

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



Especialización en Enfermería del anciano.

Atención de Enfermería a una persona anciana con alteración en la necesidad de eliminación por falta de fuerza y conocimiento, aplicando el modelo de Virginia Henderson.

Estudio de caso.

Que para obtener el diploma de especialista en Enfermería del anciano presenta. L.E.O. Margarita Cervantes Valenzuela.

Asesoría. E.E.A. Anastasia Tovar Palomares



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por permitir que escalara un peldaño más en el conocimiento, para poder ayudar a quien lo necesite.

A mi familia por las horas que no les dediqué, por su apoyo y por las ausencias en casa durante mi formación académica.

A mi amiga Dulce Maria Domínguez por su gran ayuda y por las muchas horas que pasamos juntas para poder llegar a feliz término en esta etapa de nuestra formación profesional.

A mis compañeras de la especialidad, por los momentos alegres que pasamos juntas y por sus aportaciones y sus opiniones durante la formación académica.

A mi asesora Anastasia Tovar por dedicarme su valioso tiempo, y por compartir sus conocimientos y experiencia profesional.

INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION

I	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	1
	1.1 Objetivo General	1
	1.2 Objetivo Específico	1
II	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	2
III	MARCO CONCEPTUAL	3
	3.1 Filosofía.	3
	3.2 Metaparadigma	3
	3.3 Modelo	4
	3.4 Teoría	4
	3.5 El Modelo Conceptual de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería	5
	3.6 Principales Conceptos y Definiciones	5
	3.7 Definiciones	6
	3.8 Supuestos Principales	6
	3.9 Dependencia Independencia y Fuentes de Dificultad	9
	3.10 Fuentes de Dificultad	9
	3.11 Afirmaciones Teóricas	11
	3.12 Proceso de Atención de Enfermería	11
	3.13 Etapas del Proceso	13
	3.14 Valoración Geriátrica	16
IV	MARCO TEÓRICO DE LA PATOLOGIA	20
V	METODOLOGIA	30
	5.1 Consentimiento Informado	30
	5.2 Consideraciones Éticas	30
VI	SELECCIÓN DEL CASO CLINICO	32
	6.1 Descripción del Caso Clínico	32
	6.2 Proceso de Intervención Especializada	34
VII	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	38
VIII	PLAN DE ALTA	47
IX	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	49
X	BIBLIOGRAFIA	51
	ANEXOS	

INTRODUCCION

El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en el cual de manera creciente prevalecerán las enfermedades crónicas degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios.

En México entre 1950 y 2020, la proporción de la población mayor de 60 años de edad habrá pasado de 2 a 15 millones. Aparejado al cambio demográfico. Los rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos. En la actualidad ya se observa una relación inversa entre la proporción de enfermedades infecciosas y la esperanza de vida al nacer, una drástica disminución de las defunciones atribuidas a diarreas y enfermedades del aparato respiratorio, y un aumento de la morbimortalidad por afecciones no previsible.

La práctica individual de la Enfermería no se conforma solo por el método del diagnóstico y modelo del tratamiento, o por los conocimientos y habilidades que se utilizan para la atención de la persona. En la asistencia al anciano influye de manera fundamental las ciencias y valores que la enfermera tenga a cerca de los ancianos a quién proporcionará cuidados y servicios.

Las creencias y valores influyen de modo decisivo en todos los aspectos de la Enfermería, el diagnóstico y tratamiento, los datos que se observan, las palabras que se emplean para describir lo observado.

La elaboración de este caso clínico tiene por objeto aplicar un modelo de atención de Enfermería en la práctica clínica en la atención a un Adulto mayor hospitalizado en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán. El modelo seleccionado fue el de Virginia Henderson y con base a este se aplicó la valoración de las catorce necesidades y la clinimetría. Para contar con una guía metodológica en el desarrollo de las acciones propias de Enfermería se utilizó el proceso de atención de Enfermería y sus diferentes etapas de valoración y diagnóstico sirvió para recoger datos del adulto mayor y poder sintetizar y analizar, en las etapas de planificación y ejecución se formularon objetivos basados en las necesidades afectadas las intervenciones de acuerdo a la problemática presentada por la persona.

En la estructuración de los diagnósticos de Enfermería se utilizó el formato P.E.S.

Buscando mejorar la calidad de vida al anciano que le permita tener una vejez, feliz y funcional.

El trabajo en su contenido incluye nueve capítulos. En el primero se presenta la descripción genérica del caso. En el segundo los objetivos, en el tercero se plantea la fundamentación

teórica, el cuarto contiene el marco teórico de la patología, en el quinto contiene el esquema metodológico. El sexto contiene la selección del caso clínico, el séptimo contiene los diagnósticos de Enfermería y valoración focalizada, el octavo contiene el plan de alta, el noveno contiene conclusiones y sugerencias, después se agregan bibliografía y anexos.

I.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

I.1.GENERAL.

Proporcionar cuidados de Enfermería especializada a una persona hospitalizada en el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con un grado de dependencia severa, con alteración en la necesidad de eliminación centrando la atención en la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

I.2.ESPECIFICOS

.

1.- Contribuir a mejorar la independencia funcional y el bienestar integral proporcionando cuidados de calidad al paciente anciano, mediante procedimientos específicos y adecuados.

.

2.- Proporcionar al adulto mayor hospitalizado un ambiente confortable, de manera que se sienta seguro, tranquilo y lograr que sea el mismo quien lleve a cabo las actividades de la vida diaria, y su autocuidado.

II.- FUNDAMENTACION TEORICA.

LA FUNCION DE LA TEORIA Y LOS MODELOS EN LA SUSTENTACIÓN DE LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA GERIATRICA.

En relación a la aplicación del modelo de atención de Virginia Henderson sobre las necesidades básicas, Fernández Ferrin Carmen, muestra como se puede llevar a la práctica este modelo y resalta que un modelo que sea utilizado solamente en la teoría no tiene sentido ya que para que sea efectivo debe llevarse a la realidad práctica.

Menciona además que su interés de empezar un trabajo con el modelo de Henderson y porque es uno de los mas conocidos que utiliza un lenguaje comprensible y es fácil llevarlo a la práctica.

“ El hecho de haber propuesto la aplicación del modelo de Henderson no significa que este sea el único o mejor de los modelos que existen, mas bien es un intento de acercar a la realidad la práctica de un modelo suficientemente desarrollado y apoyado en bases científicas, que ayuden en la comprensión de cómo podría utilizarse”

Fernández Ferrin expone en su libro una serie de estudios de casos, en donde hace una valoración de las necesidades básicas, un análisis de estas valoraciones, y expone diagnósticos de Enfermería, aplicando la taxonomía de la N.A.N.D.A. Para cada caso específico, Se hace un comentario a cerca de los diagnósticos descritos y finalmente se redacta la planificación de los cuidados. ¹

En el artículo American Association for Geriatric Nursing menciona que las características especiales del adulto mayor hacen necesario la aplicación de una valoración que debe abarcar aspectos cognoscitivos, emocionales funcionales y sociales y que requiere ser abordado por especialistas en Enfermería geriátrica, que cuente con los conocimientos a cerca de los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, así como el decline paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración en la homeostasia del organismo, y de esta manera le permita centrar la valoración clínica, para detectar problemas reales y potenciales del adulto mayor elaborar diagnósticos de Enfermería y establecer un plan de cuidados orientado a la resolución y prevención de problemas de salud. ²

El artículo de Clinics in Geriatric Nursing menciona que” la valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales psíquicos que presenta el anciano, y que el objetivo es desarrollar un plan de cuidados y tratamiento para realizar un seguimiento de los problemas que pueda presentar el anciano, y que se pueda utilizar de manera óptima los recursos necesarios para afrontarlos. Esta herramienta o metodología es utilizada por la enfermera especialista en el anciano utilizando escalas de valoración geriátrica validadas internacionalmente, obteniendo una visión integral, ya que se evalúa los aspectos médico sociales más relevantes, estas valoraciones son dinámicas ya que permiten evaluar y observar los cambios del anciano durante la valoración. La valoración geriátrica integral efectúa una caracterización actualizada en cuatro componentes básicos: Clínica mental, funcional, social con dicha información objetiva se valora los déficit y las

¹ FERNANDEZ Ferrin C. El proceso de atención de Enfermería estudios de caso
Edit. Masson, Barcelona 1999 pág. 70-98.

² MARIN Pedro Fragilidad del adulto mayor Nursing vol. 129 Barcelona España 2000

necesidades afectadas en el anciano y se realiza un plan de cuidados y tratamiento integral que compete a la enfermera especialista en el anciano.”³

La enfermera Adriana Sánchez dice en su estudio de caso que el utilizar el proceso de atención de Enfermería en la práctica clínica modifica la manera de pensar y actuar de la enfermera así como su actuación ante la persona a quien le proporciona cuidados, además que la utilización de la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson es de fácil comprensión y de llevarse a cabo, además agrega que le permite a la enfermera el razonamiento, ya que se enfocan a las necesidades afectadas de la persona. ⁴

- La enfermera Maria Luisa Sinecio en su estudio de caso menciona que el proceso de atención de Enfermería basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson permite brindar cuidados de una forma racional lógica y sistemática por ser un método científico ayudando a que la planeación de los cuidados sea de acuerdo a las necesidades afectadas priorizando y de esta manera la persona pueda lograr su independencia ⁵

La enfermera Amelia Rodríguez Méndez comenta en su estudio de caso que la constitución de cualquier profesión conlleva al desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos que le permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción de los fenómenos. Estos conocimientos pueden ser expresados como modelos y teorías conceptuales. La teoría facilita a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos, y de investigación asociados a sus funciones profesionales. Menciona además la importancia que tiene establecer en la práctica clínica de forma cotidiana el proceso de atención de Enfermería, ya que de esta manera se asegura que la enfermera proporciona el cuidado de calidad del que requiere la persona a su cargo. ⁶

Sin embargo estas ideas globales de lo que entendemos por Enfermería, ha sido organizada por Fawcet a través de lo que se denomina “Estructura del conocimiento”, donde sitúa al meta paradigma, filosofía, modelos conceptuales, teoría en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto. ⁷

³ ZHUREE Tutunku y cols. Clinics in geriatrics nursing vol 21 2005

⁴ SANCHEZ Sánchez Adriana Estudio de caso de Insuficiencia respiratoria 2005 pág. 65

⁵ SINECIO Maria Luisa Estudio de caso al adulto mayor 2005 pág.95

⁶ RODRIGUEZ Méndez Amelia estudio de caso paciente en estado critico 2004pág. 92

⁷ MARRINER A,T, Modelos y teorías en Enfermería .Mosby Doyma 3 Edic.México 1994pág.57-63

III.- MARCO CONCEPTUAL

3:1 FILOSOFÍA

Define el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la constitución de los modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina, orientando en una determinada dirección o definiendo las bases de los futuros trabajos.

3:2 METAPARADIGMA.

Es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión. Su función es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral, es decir sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal. Una disciplina tiene un único metaparadigma, pero varios modelos conceptuales que proporcionan formas diferentes de conceptos metas paradigmáticas.

El metaparadigma de Enfermería agrupa cuatro conceptos.

Persona. Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluyen los componentes físico, espiritual, sociológico y sociocultural y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

Entorno. Se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

Salud. Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentada por una persona.

Enfermería. Se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado.

3:3 MODELO.

Es una representación simbólica y o física de la realidad que conceptualiza fenómenos de interés. “Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos y se caracteriza por haber perdido toda forma física reconocible, para alcanzar un nivel de atención superior al de los modelos físicos. Los modelos verbales son los que se expresan mediante enunciados verbales, los esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, en tanto que los cuantitativos utilizan símbolos matemáticos. Los modelos físicos, por su parte pueden asemejarse a la realidad que representan “

“Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y la relación entre ellos”.⁸

⁸ IBIDEM pag.67-73

3:4 TEORÍA.

Una teoría, al igual que un modelo conceptual, esta hecha de conceptos y proposiciones sin embargo, una teoría explica los fenómenos con mucha mayor especificidad. El propósito principal de una teoría, contrario al marco conceptual, es generar conocimiento en un campo. Un marco conceptual proporciona orientación para el ejercicio de la Enfermería, educación y la investigación.

La definición de teoría incluye tres conceptos principales.

1.- Un conjunto de conceptos bien definidos.

2.-Un conjunto de proposiciones que especifican las relaciones entre los conceptos.

3.- Una hipótesis que analiza la relación entre los conceptos y proposiciones.

Como la teoría es abstracta, no puede aplicarse a la práctica. En cambio se analizan las hipótesis derivadas de la teoría.

En resumen, la principal distinción entre una teoría y un modelo conceptual es el nivel de abstracción. Un modelo conceptual es un modelo abstracto de conceptos relacionados. Una teoría se basa en un modelo conceptual, pero es de ámbito más limitado. Contiene conceptos más concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis que las unen.⁹

⁹ HERNANDEZ E. Fundamentos de Enfermería Manual Moderno México 1997 pág.57-64.

3:5 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

EVALUACIÓN DE LAS APORTACIONES DE VIRGINIA HENDERSON A LA ENFERMERIA.

La definición de Henderson se puede considerar una gran teoría o filosofía, dentro, del estadio previo al paradigma del desarrollo teórico sobre Enfermería, ya que su concepción descriptiva y fácil de interpretar, se define en términos de lenguaje común. Sus definiciones de Enfermería y la enumeración de las 14 funciones básicas de esta disciplina trazan una perspectiva dirigida a explicar una globalidad de la conducta de la enfermera. Dado que la intención de Virginia Henderson no era definir una teoría, no aportó afirmaciones teóricas internacionales ni las definiciones operativas necesarias para sustentar una teoría. No obstante, es algo que se puede hacer, a través de los siguientes criterios.

SENCILLEZ.

El concepto de Enfermería de Henderson es más bien complejo que simplista. Contiene numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas. No se asocia con organizaciones estructurales dentro de un marco o un modelo que favorezca la sencillez, aunque parte del trabajo se encamina a ello, las catorce necesidades básicas parecen sencillas, revisten cierta complejidad cuando se altera alguna de ellas y deben considerarse todo los parámetros relacionados con la misma.

GENERALIDAD.

La generalidad esta presente en la definición de Henderson, ya que su modelo tiene alcance amplio y trata de incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes en sus diferentes interrelaciones e interdependencias.

3:6 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, su trabajo más bien era de definición ya que las teorías no estaban en boga en aquellas épocas. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Describió su interpretación de la Enfermería como una "síntesis de muchas influencias algunas positivas y otras negativas" La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma ¹⁰

"La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o una muerte serena, actividad que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de mas rápido posible.

¹⁰ ROPER,N, y cols. Modelos de Enfermería,.Mc Graw Hill México 1993 p.121.27

3.7 Definiciones.

Enfermería: Henderson definió Enfermería en términos funcionales de acuerdo al concepto antes citado.

Salud: Henderson no dio una definición propia pero en sus escritos comparó la salud con la independencia ella consideró la salud como la capacidad de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de Enfermería, tal como declaró, se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental físico, lo que permite a una persona trabajar con eficacia.

Entorno.- Henderson no hace una definición de entorno acudió, al Webster collegiate dictionary en el que se define entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona. Individuo que requiere de asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o una muerte tranquila, considera al paciente y su familia como una unidad. Cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y que se ven influenciados tanto por el cuerpo como por la mente.

La persona necesita fuerza, voluntad y conocimiento para realizar las actividades necesarias, y poder llevar una vida sana tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener una integridad física y psicológica y a su vez promover su desarrollo y crecimiento.

3:8 Supuestos principales.

Supuestos son enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración, se clasifican en explícitos e implícitos.

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes.¹¹

Enfermería

Una Enfermera tiene como única función ayudar al individuo sano o, enfermo una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan si existe un médico encargado la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera. Una enfermera debe tener conocimientos de biología y sociología. Una enfermera puede valorar las necesidades básicas humanas.

Las 14 componentes del cuidado de Enfermería abarcan todas las funciones posibles de Enfermería.

¹¹ FERNANDEZ Ferrin y cols El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI 2ª Edic. Masson Barcelona España 2000 pág.16-24

Persona

- Las personas deben mantener el equilibrio físico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se puede separar.
- La persona y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades de la persona están incluidas en los 14 componentes de Enfermería.

Entorno.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad interfiere en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones mecánicas.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de la enfermera en las que basan sus prescripciones.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y prácticas religiosas de las personas para valorar riesgos.

Las Necesidades son.

- ❖ Respirar normalmente (Necesidad de Oxigenación)
- ❖ Comer y beber adecuadamente (Nutrición e Hidratación)
- ❖ Eliminar los residuos corporales (Eliminación)
- ❖ Moverse y mantener posturas adecuadas.(Moverse y mantener la postura)
- ❖ Dormir y Descansar (Descanso y Sueño).
- ❖ Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse (uso de prendas de vestir)
- ❖ Mantener la temperatura corporal normal adecuando la ropa.(termorregulación)
- ❖ Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (Higiene y protección de la Piel)
- ❖ Evitar peligros ambientales y evitar lesiones a otra persona. (Evitar Peligros)
- ❖ Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores opiniones, (comunicación).
- ❖ Rendir culto según sus propias creencias.(Creencias y valores).
- ❖ Trabajar de tal manera que su trabajo tenga un sentido de realización personal. (Trabajar y realizarse)
- ❖ Jugar y participar en actividades recreativas.
- ❖ Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes. (Aprendizaje).

Estas necesidades son comunes en todas las personas, si bien cada una de manera individual, tienen la habilidad y la capacidad para satisfacerlas de manera diferente, con la finalidad de lograr su desarrollo a lo largo de su vida, las diferencias personales en lograr la satisfacción de las 14 necesidades básicas están determinados por los aspectos biológicos, psíquicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, así, como la aseveración de que cualquier modificación en alguna de ellas modifica a las restantes.. Desde un punto de vista holístico, significa que el estudio de las necesidades por separado en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad, sino solo una parte de la persona, es por ello la interrelación entre cada una de ellas para valorar a la persona como un todo.

El análisis de las necesidades una a una son adecuadas cuando los fines son didácticos, o en la fase de recolección de datos en la etapa de valoración de proceso de atención de Enfermería, en este caso es de suma importancia en análisis posterior a la recolección, a partir de la interrelación de las necesidades y lograr así determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios establecidos determinados por Henderson los grados de dependencia e independencia.¹²

3:9 DEPENDENCIA INDEPENDENCIA Y FUENTE DE DIFICULTAD.

Virginia Henderson, desde su filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales,. En este sentido tratan de lograr la independencia y satisfacer sus necesidades básicas de manera continua para mantener un estado óptimo de salud, cuando esto no es posible aparece el grado de dependencia que según Henderson se debe a una de tres causas que son las fuentes de dificultad, falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

Independencia.

Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma las necesidades básicas es decir llevará cabo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de acuerdo a su edad etapa de desarrollo en que se encuentra y su situación. La manera en que cada persona satisface sus necesidades es de manera individual.

Dependencia,

La dependencia puede ser considerada en una dualidad, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona para lograr la satisfacción de las 14 necesidades básicas, y por otro lado puede ser que la persona esta realizando actividades que no son las adecuadas o sean insuficientes para lograr dicha satisfacción de necesidades.

La dependencia se manifiesta por medio de ciertos cambios observados, puede afectar aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales en el individuo.

Este problema debe ser considerado desde tres niveles de intervención que son, prevención primaria, secundaria y terciaria, determinados por ciertos factores ajenos al la persona se considera una dependencia como potencial y tendrá que implementarse acciones orientadas para evitar la permanencia de estas.

Cuando nos enfrentamos a una dependencia actual es cuando nos encontramos con un problema ya instalado entonces se debe implementar acciones que reduzcan o limiten sus consecuencias. Pero sin embargo a pesar de las acciones apropiadas proporcionados a la persona el problema no logra corregirse entonces la dependencia se torna permanente o crónica.

¹² IBIDEM pág.18-30

3:10 FUENTE DE DIFICULTAD.

Cuando no es posible que la persona sea independiente Virginia Henderson dice que se debe a tres causas que suelen ser los obstáculos o las limitaciones personales del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1.- Falta de fuerza, en este caso no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación , lo cual viene determinado por el estado emocional, es estado de las funciones psíquicas la capacidad intelectual , etc.

2.- Falta de conocimiento, en lo relativo a las investigaciones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad.

3.- Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunamente para satisfacer sus 14 necesidades.

Fuentes de dificultad de orden físico

Este tipo de dificultades comprenden cualquier impedimento físico, de cualquier naturaleza, intrínseco e extrínseco, que dificulta la satisfacción de una o mas necesidades.

Las fuentes intrínsecas provienen del propio individuo causadas por factores orgánicos, genéticos, y fisiológicos propios del individuo,.¹³

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

Fuentes de dificultad de orden psicológico.

En este tipo de fuente de dificultad intervienen los sentimientos y las emociones, estados de ánimo y el intelecto, de tal manera que influyen en la satisfacción de alguna de las necesidades básicas, relacionado al aspecto del intelecto intervienen los trastornos del pensamiento, ansiedad, estrés, problemas de evolución de la personalidad, estado de adaptación a una enfermedad y algunas situaciones de crisis.

Fuentes de dificultad del orden sociológico.

Por naturaleza el hombre debe de vivir en sociedad y poder satisfacer sus necesidades básicas, las interacciones que se crean ayudan al individuo en la satisfacción de sus necesidades o en ciertos casos poner limites, las fuentes de dificultad de orden sociológico se presentan en el individuo por su incapacidad para integrarse a su entorno, cónyuge, familia, amigos, compañeros de trabajo etc., este tipo de dificultad están vinculados con el plano relacional y cultural.

¹³ FERNANDEZ Ferrin y cols. El pensamiento de Virginia en el sigloXXI
2 edic.. masson Barcelona España 2000 pág.35 53

Fuentes de dificultad vinculadas a la ausencia de conocimientos.

El hecho de carecer de información acerca del estado de salud, su realidad personal, familiar o del entorno, pueden producir en el individuo una fuente de dificultad tanto físico como psicológico, la enfermera puede proporcionar conocimientos al individuo para que pueda solucionar problemas de salud ocasionados por la falta de información y conocimientos. Estos elementos de información deben tener como objetivo principal el conocimiento de sí mismo, de su estado de salud, de la enfermedad y después de conocimiento del entorno.

3:11 Afirmaciones teóricas.

Relación Enfermera paciente

La enfermera ayuda a la persona a satisfacer las necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente. Al respecto Henderson identifica 3 niveles a la función de la enfermera. Que varía desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente.

1. **Sustituta** (compensa del que le hace falta a la persona).

2. **Ayudante** (establece las intervenciones clínicas).

3. **Compañera** (fomenta una relación terapéutica con la persona y actúa como miembro del equipo de salud.)¹⁴

Respecto al primer nivel, solo en casos de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que la persona carece para considerarlo completo, integro e independiente por la ausencia de fuerza física voluntad o conocimiento

3:12 . PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de Atención de Enfermería es la forma científica en la que el personal de Enfermería debe estructurar su trabajo, la manera de aplicar sus conocimientos recibidos durante su formación, utilizando una estructura metodológica y sistemática para la aplicación correcta de los cuidados al individuo, familia y comunidad.

La Enfermería es una ciencia que requiere destreza intelectual, interpersonal y técnica a través del proceso de atención de Enfermería para ayudar al individuo a obtener su máximo potencial de salud, que la enfermera este consciente de su responsabilidad y logre evaluar la eficacia de su atención, la cual es una forma de demostrar interés, responsabilidad en sus acciones al paciente, el proceso de atención de Enfermería es un instrumento que permite evaluar la eficacia de la intervención de Enfermería.

En la práctica profesional la enfermera realiza acciones independientes interdependientes y dependientes. Entre sus actividades independientes se encuentran, la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. En las actividades interdependientes son las actividades que se llevan a cabo en coordinación con otros miembros del equipo de salud. Las actividades dependientes son las indicaciones dadas por el médico para el tratamiento del paciente.¹⁵

¹⁴ IBIDEM pág. 56-60

¹⁵ IBIDEM pág. 63-65

Las ventajas.

La aplicación del proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera, profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, la persona es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería, para el profesional de Enfermería se produce un aumento de la satisfacción profesional así como de su profesionalidad.

- ❖ Las ventajas para la persona son.
- ❖ Participación en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejora la calidad de la atención.

- ❖ Para la enfermera.
- ❖ Se convierte en experta.
- ❖ Satisfacción laboral.
- ❖ Crecimiento profesional.

Las características.

Se dirige a un objetivo.

- Es sistemático. Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico. Responde a un cambio continuo.
- Es Interactivo. Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el personal de Enfermería, la persona y su familia y los otros profesionales de la salud.
- Es flexible. Se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con personas, grupos o comunidades.
- Tiene una base teórica. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias humanas y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de Enfermería.

3:13 ETAPAS DEL PROCESO.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas. Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Con esta estructura el personal de Enfermería deberá realizar acciones encaminadas a lograr sus objetivos.

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar al paciente a bien morir, cuando se encuentre en etapa terminal.
- Permitir al individuo, familia o comunidad, participar en sus cuidados hasta donde su capacidad se los permita.
- Proporcionar cuidados de Enfermería de calidad y con eficiencia.

VALORACIÓN.

La valoración es la primera fase del proceso de atención de Enfermería y durante ella la enfermera debe reunir y analizar los datos obtenidos con el objeto de tener a su alcance toda la información necesaria para determinar condiciones de salud en las que se encuentra el individuo y hacer una descripción de sus capacidades y problemas.

En esta etapa la enfermera debe observar de manera directa e indirecta la recolección de datos así como la entrevista al paciente y familiar, la historia clínica de la enfermera es la manera de conocer el diagnóstico y tratamiento del paciente, signos y síntomas, valora los signos vitales y condición física mediante la exploración, aspectos nutricionales características de eliminación, posturas, movimientos, patrón de descanso y sueño, vestido, hábitos higiénicos, maneras de comunicación, relaciones con su entorno, creencias religiosas educación y estado socioeconómico. Solo a través de la obtención de esta información se tienen bases para valorar los problemas reales y potenciales que presenta el paciente. En esta etapa la enfermera utiliza el método clínico cuyas técnicas específicas son.¹⁶

Inspección, palpación, percusión y auscultación.

1.-Inspección. Es el examen visual cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos(tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

2.-Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudan en la valoración.

3.-Percusión. Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonidos que podemos diferenciar son. Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mate. Aparecen sobre hígado y bazo. Hiperresonantes, aparecen cuando percutimos pulmón normal lleno de aire timpánico cuando se percute estómago lleno de aire.

¹⁶ MARRINER A, El proceso de atención de Enfermería un enfoque científico. Mosby Doyma 3 edic España 1994 pág.320-24.

4.-Auscultación .consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras del pulmón, corazón, e intestino.

DIAGNOSTICO.

A lo largo del tiempo se han publicado diversas definiciones del diagnóstico enfermero entre las que destaca la aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association.

N.A.N.D.A. En su novena conferencia celebrada en marzo 1990, define al diagnóstico como “ un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos que la enfermera es responsable. Los diagnósticos pueden ser reales potenciales o de salud.

1.-Diagnóstico real.-

Describe respuestas humanas a procesos vitales, estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias, (manifestaciones signos y síntomas) que se agrupan en patrones o referencias relacionadas. Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes donde el problema se une a la causa mediante la fórmula relacionado con r/c y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase manifestada por (m/p)

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos.

2.- Diagnóstico de riesgo.

Es igual al anterior sin embargo se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad, al escribirlo debe anteponerse la frase “ riesgo de “ y se aconseja el formato en dos partes. Problema r/c factor de riesgo (causa) ¹⁷

3.- Diagnóstico de salud .-

Describe respuestas humanas que presentan un buen nivel de salud, pero que tiene el potencial para lograr un nivel superior, este tipo de diagnósticos tienen un solo componente. Situación de salud a mejorar.

En los dos primeros diagnósticos es importante identificar la causa que los provoca o que contribuye a ello ya que en la medida en que esta pueda eliminarse el problema desaparecerá. No obstante en los diagnósticos de salud no es preciso identificar la causa dado que es irrelevante para nuestro propósito.

El diagnóstico de Enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Una vez que la enfermera logra reunir la información necesaria tiene los elementos esenciales para determinar las capacidades y limitaciones que tiene el individuo así como los problemas reales y potenciales de salud. Aquí se mencionan cuales problemas debe resolver la enfermera misma y cuales en coordinación con otros miembros del equipo de salud y donde recibir indicaciones médicas o de otro profesional de salud para resolverlos. Es un enunciado del problema real o potencial de la persona que requiere de la intervención de Enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos en ella se va a exponer el proceso mediante el cual se estará en condiciones de establecer un problema clínico y formularlo para su posterior tratamiento, ya sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

¹⁷ IBIDEM pág.530-32.

Después de haber enunciado el problema se procede al registro del diagnóstico de Enfermería, y la forma mas habitual de registro es el formato PES (problema, etiología signos y síntomas).

P. Problema real o riesgo de la persona.

E. Etiología del problema.

S. Signos y síntomas identificados en la fase de valoración.

Normalmente, el diagnóstico de Enfermería, se formula como un juicio con dos partes, una es el problema y la otra la etiología, estas dos partes están unidas por las palabras “relacionado con” (R/C) que implica la conexión entre el problema y los factores relacionados.

La primera parte del diagnostico, es decir el problema (P), constituye una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre una respuesta que arriesga su salud.

La etiología (E) es la segunda parte del diagnóstico de Enfermería, es todo el conjunto de valores ideológicos, ambientales, socioculturales, psicológicos o fisiológicos que pueden tener relación con el problema de salud del individuo o contribuye a ello.

La (S) del formato PES representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración, son los datos que se constituyen en las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica.

La formulación de los diagnósticos de los cuidados se hace a partir de todo un conjunto de información recolectada por la enfermera y de la cual ha extraído por deducción o inducción, una explicación del problema y de su causa. Cuando se desea establecer un diagnóstico de cuidados nos percatamos de la ambigüedad de ciertos conceptos claves. Un problema de salud es una situación compleja que no se puede encerrar dentro de unas pocas abstracciones, en la práctica se identifican ciertos elementos que pueden ser contemplados a la vez como problemas de dependencia o como fuente de dificultad, un problema de salud provoca con frecuencia múltiples problemas de dependencia en la persona, la enfermera debe establecer prioridades entre los problemas a los que deberá centrar su atención.

El ser humano presenta necesidades fundamentales que dependiendo su intensidad y urgencia, no siempre se manifiesta de la misma manera todas las necesidades básicas deben de estar satisfechas. Implementando algunos criterios, algunos son útiles en determinadas situaciones y en distintas condiciones suelen ser válidas otras. Para la misma prioridad pueden ser convenientes varios criterios.

- De una necesidad insatisfecha pone en peligro la salud de la persona.
- De una necesidad no satisfecha entra en un fuerte desgaste de energía.
- De una insatisfacción puede derivar la inseguridad de la persona.
- Una necesidad no satisfecha se puede derivar un grado de dependencia importante.
- La insatisfacción de una necesidad repercute en la satisfacción de otras.

PLANEACIÓN.

De acuerdo a la información obtenida del paciente se deben establecer prioridades de atención, deberán plantearse objetivos a corto, mediano y largo plazo y cuales necesitan más atención, la enfermera no trabajará sola en los problemas independientes debe incluir al paciente y familia en la elaboración de los objetivos y en la aplicación de los mismos.

La enfermera debe hacer anotaciones del plan de cuidados al paciente familia o comunidad, debe informar a sus compañeras el plan descritos y los objetivos a alcanzar.

. EJECUCIÓN.

Esta es la cuarta etapa del proceso. Donde la enfermera lleva a cabo el plan de cuidados que es estructurado en la etapa de planeación, mientras lleva a cabo el plan de cuidados continua obteniendo información para determinar la respuesta del paciente a las acciones de Enfermería aplicadas e identificar nuevos problemas que surjan.

La enfermera debe realizar las acciones que se planteó y tiene que registrar y comunicar la respuesta obtenida.

EVALUACIÓN.

Durante la etapa final del proceso de atención de Enfermería, la enfermera evalúa si la atención que requería el paciente ha sido realmente la que proporcionó durante la ejecución de su plan de cuidados, si la atención ha sido efectiva y si debe realizar algún cambio en el plan.

Aunque la evaluación esta considerada en la fase final del proceso esta no llega a su fin aquí, ya que la evaluación solo muestra los problemas que han sido resueltos, los que han de volverse a valorar y planear, los efectuados y reevaluados.

Por tanto el proceso de atención de Enfermería es un ciclo continuo. ¹⁸.

3:14. VALORACIÓN GERIATRICA.

La valoración geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario dinámico e integral que se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, menta, y social del anciano par conseguir un plan racional y coordinado de tratamiento y uso de recursos. ¹⁹

Se distingue de otras evaluaciones médicas por dos aspectos básicos, la importancia del trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario y el tiempo que debe invertirse para realizarla. Su objetivo es la identificación precisa de toda la problemática de los ancianos, especialmente de aquellos en situación de alto riesgo.

La experiencia de un buen número de especialistas en todo el mundo en la elaboración de programas dirigidos a la evaluación interdisciplinaria del anciano en diferentes ámbitos, como la comunidad, hospital y servicios de estancia prolongada ofrecen diversas alternativas de atención como son la evaluación multidimensional, un tratamiento interdisciplinario, programas de rehabilitación, toma de decisiones en relación con los cuidados ordinarios así como seguimiento a largo plazo.

¹⁸ IBIDEM pág. 535-545

¹⁹ HYVER Carlos y cols. Tratado de Geriatria. Manual Moderno México 2006 pág. 59-63

La evaluación geriátrica puede llevarse a cabo en diversos ámbitos, que incluyen cuidados agudos, psiquiátricos, rehabilitadores, casa hogar, así como en servicio de consulta externa, cuidados primarios de la salud y el hogar del paciente

Un factor que debe ser considerado al valorar a un anciano es el impacto de los cambios de vida recientes, se dice que cualquier modificación en el estilo de vida sea bueno o malo es estresante para el anciano ya que habrá experimentado cambios en el aspecto familiar social o laboral.

Si se producen cambios en el estilo de vida del anciano se pueden originar en el periodo de aislamiento, depresión, frustración y sensación de malestar general.

Valoración funcional.

La interrelación de envejecimiento, enfermedad y ambiente tiene una vía común, el deterioro funcional.

El estado funcional es una de las muchas dimensiones que deben ser incluidas en toda evaluación inicial del anciano, si bien existen datos sobre la importancia que reviste la funcionalidad como resultado de la interacciones de otras áreas como cognoscitivas, afectiva, médica, ambiental, económica y social y la calidad de vida.

Es por ello que la evaluación integral de este grupo de la población se ha enfocado no solo a la curación o control de la enfermedad sino que también al mejoramiento o restablecimiento de un nivel funcional óptimo.²⁰

Una forma de conocer la funcionalidad del anciano es utilizando el índice del desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria que es desarrollado por Katz. Esta escala de actividades básicas de la vida diaria proporciona un medio sencillo que resume la capacidad de realizar labores necesarias para el cuidado personal y se basa en una evaluación de la independencia funcional o dependencia de los ancianos para bañarse, vestirse, usar inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse..

Calificación de Katz. 6 puntos significan dependencia total.

- ❖ Independencia en alimentación, continencia, transferencia, ir al baño, vestirse y bañarse.
- ❖ Independencia en todas las funciones menos una.
- ❖ Independencia en todo menos bañarse y otra función adicional.
- ❖ Independencia en todo menos bañarse vestirse y otra función adicional.
- ❖ Dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra función adicional.
- ❖ Dependencia en el baño, ir al baño, transferencia y otra función adicional.
- ❖ Dependencia total en las seis funciones.²¹

Con referencia a las actividades instrumentales de la vida diaria de la escala de Lawton, se incluyen acciones importantes para determinar la capacidad de vivir de modo independiente. Están ligados a aspectos culturales y del entorno, esta categoría incluye. Cocinar, limpieza del hogar, realizar compras, labores domésticas, uso de teléfono, lavado de ropa, toma de medicamentos y administrar las finanzas..

²⁰ IBIDEM pág. 64-70

²¹ LUCKENOT Annete G. Valoración Geriátrica Interamericana España 2002 pág. 2230.

Lo ideal es que el anciano tenga la posibilidad de efectuar estas actividades de manera independiente o que alguien lo auxilie. 16 puntos significan dependencia total.

Evaluación mental.

Se han validado varios test para detectar las alteraciones funcionales cognitivas, de los cuales el más popular es el MiniMental State Examination, ya que explora de manera eficaz los aspectos de la función cognoscitiva. En esta escala se valora cada una de los tres componentes de la memoria. El recuerdo inmediato, memoria reciente y memoria remota así como orientación, lenguaje, capacidad para realizar cálculos sencillos y el aspecto visoconstructivo.

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

Se permite un error mas cuando la persona no tuvo preparación escolar y se permite un error menos si la persona tuvo una preparación académica mayor a la media superior.

En la prueba estandarizada del estado mental o (Folstein) se califica de la siguiente manera.

- ❖ Orientación 10 puntos.
- ❖ Registro 3 puntos.
- ❖ Atención y calculo 5 puntos.
- ❖ Memoria 3 puntos.
- ❖ Lenguaje 9 puntos.

Dando un total de 30 puntos.

Escala de depresión geriátrica.

Esta escala se validó en pacientes no dementes, la sensibilidad de la escala parece disminuir en pacientes con demencia significativa, pero tal vez sea útil en aquellos ancianos que presentan demencia leve.

Esta escala esta formada por 30 preguntas con valor de 1 punto cada una, en la que dependen del estado de animo del paciente es la respuesta debe contestar solo con un si o con un no.

- 0-10 puntos = normal.
- 11-20 puntos = depresión leve.
- 21-30 puntos = Depresión severa.

Valoración de la marcha y balance de tinneti.

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.

En esta evaluación el anciano debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos a partir de la postura se evalúa.

- Balance. Balance sentado, levantarse, intento de levantarse, balance inmediato al levantarse, balance de pie, empujón, ojos cerrados, giro 360 grados y al sentarse.
- Marcha. El anciano se pone de pie con el examinador, camina a lo largo de un corredor o cruza el cuarto(2 metros) primero a su “ paso” habitual de regreso “rápido” pero con precaución (utilizando su apoyo habitual) se evalúa, inicio de la marcha, longitud y elevación del paso, balance del pie derecho , balance del pie izquierdo, simetría entre los pasos continuidad en los pasos, rumbo, tronco y base de sustentación total de puntos es de 16 en el balance y 12 en la marcha ²²

Riesgo de úlceras por presión.

Las úlceras por presión son las alteraciones más frecuentes, previsibles y tratables en las que se relacionan con la movilidad del anciano. En esta evaluación existen cinco factores que contribuyen en el desarrollo de las úlceras por presión.

- ❖ Condición física.
- ❖ Condición mental.
- ❖ Actividad.
- ❖ Movilidad.
- ❖ Incontinencia.

A cada factor se dan máximo 4 puntos mínimo 1 punto.

Una calificación total de menos de 14 puntos indica alto riesgo de ulceración mas de 14 puntos indica sin riesgo.

IV.- MARCO TEORICO DE LA PATOLOGÍA

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA Y HEMATURIA.

La incontinencia de urgencia es básicamente un problema de almacenamiento en el cual el músculo de la vejiga se contrae de forma inapropiada. A menudo, estas contracciones suceden sin importar la cantidad de orina que hay en la vejiga. La incontinencia de urgencia puede resultar de lesiones neurológicas (como lesión de la médula espinal o accidente cerebrovascular), enfermedades neurológicas (como la esclerosis múltiple), cáncer de la vejiga, cálculos en la vejiga, inflamación de la vejiga u obstrucción en la salida de la vejiga.

La mayoría de los casos se clasifican como idiopáticos (no puede identificarse una causa específica).

Aunque la incontinencia de urgencia puede presentarse a cualquier edad, es más común en las mujeres y en las personas de edad avanzada. Solo la supera la incontinencia de esfuerzo como la causa más común de la incontinencia urinaria (pérdida involuntaria de orina). Aproximadamente del 1 al 2% de las mujeres adultas están afectadas por el problema.

En los hombres, la incontinencia de urgencia puede deberse a lesiones secundarias de la vejiga provocadas por hipertrofia prostática benigna (HPB) u obstrucción de la salida de la vejiga por un agrandamiento de la próstata.

Manifestaciones clínicas

Necesidad urgente de orinar (urgencia de orinar) que aparece repentinamente

Micción frecuente durante el día y la noche

Molestia o distensión abdominal

Pérdida involuntaria de orina.

Estudios de laboratorio.

El examen físico incluye examen del abdomen y del recto, también examen pélvico en las mujeres y examen genital en los hombres. En la mayoría de los casos, el examen físico no revela ninguna anomalía.²³

Si se presentan causas neurológicas, se pueden encontrar otras anomalías neurológicas.

²³ FARRERAS, R. Tratado de Medicina Interna 3 edic. Interamericana, Barcelona España 2000 pág.23-56.

Entre los exámenes que se pueden realizar se encuentran:

- Residuo posmiccional para medir la cantidad de orina que queda en la vejiga después de la micción
- Análisis de orina o cultivo de orina para descartar una infección del tracto urinario
- Prueba de estrés urinario (el paciente se para con la vejiga llena y tose)
- Prueba con toalla sanitaria (después de colocar una toalla sanitaria previamente pesada, se le pide al paciente que haga ejercicio; después del ejercicio, la toalla se vuelve a pesar para determinar el grado de pérdida de orina)
- Ultrasonido abdominal o pélvico
- Radiografía con medio de contraste
- Cistoscopia (inspección de la parte interna de la vejiga)
- Estudios urodinámicos (exámenes para medir la presión y flujo urinarios)
- EMG (miograma): raras veces se necesita

Pueden realizarse otros exámenes para descartar otros tipos de incontinencia. Estos exámenes pueden incluir la prueba del hisopo o *Q-tip*, que es una medición del cambio de ángulo de la uretra cuando está en reposo y cuando está escurriendo orina. Un cambio mayor de 30 grados en el ángulo a menudo indica una debilidad significativa en los músculos y tendones que sostienen la vejiga, lo que es común en la incontinencia de esfuerzo.

TRATAMIENTO. Existen diversas formas de abordar el manejo y tratamiento de la incontinencia de urgencia. Si se encuentran evidencias de una infección en el cultivo de orina, se prescriben antibióticos. La elección de un tratamiento específico depende de la severidad de los síntomas y del grado en el cual los síntomas interfieren con el estilo de vida del paciente. Existen tres grandes categorías de tratamiento: medicamentos, terapia de reentrenamiento y cirugía.

MEDICAMENTOS: Los medicamentos que se emplean para tratar la incontinencia de urgencia están orientados a relajar la contracción involuntaria de la vejiga y a mejorar su funcionamiento. Existen varios tipos de medicamentos que pueden utilizarse solos o en combinación:

- ❖ Agentes anticolinérgicos (propantenila)
- ❖ Medicamentos antiespasmódicos (oxibutinina, tolterodina, flavoxato)
- ❖ Antidepresivos tricíclicos (imipiramina, doxepina)
- ❖ Bloqueadores de los canales del calcio (tolterodina)
- ❖ Beta-agonistas (terbutalina)

La oxibutinina (Ditropan) y la tolterodina (Detrol) son medicamentos antiespasmódicos que relajan el músculo liso de la vejiga y son las de uso más común para la incontinencia de urgencia y están disponibles en dosis de una vez por día lo que hace su dosificación fácil y efectiva.

Los efectos secundarios de estos medicamentos son mínimos; los más comunes son la boca seca y el estreñimiento. Sin embargo, estos medicamentos no se pueden utilizar en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado.

La dicitlomina (Bentyl) es otro medicamento antiespasmódico que relaja la vejiga. Los efectos secundarios, que incluyen la resequedad en la boca, mareo, somnolencia, aumento del ritmo cardíaco y dificultad para orinar, han sido notificados por casi la mitad de las personas que toman estos medicamentos.

Otro medicamento antiespasmódico es el flavoxato (Urispas). Sin embargo, los estudios han mostrado beneficios contradictorios al controlar los síntomas de la incontinencia de urgencia.

Los medicamentos anticolinérgicos bloquean las contracciones inadecuadas de la vejiga. Se utilizaron ampliamente en el pasado para tratar la incontinencia de urgencia debido a que son relativamente baratos y efectivos. La oxibutinina y tolterodina han reemplazado virtualmente el uso de estos medicamentos debido a que tienen menos efectos secundarios.

Los antidepresivos tricíclicos también se han utilizado para tratar la incontinencia de urgencia, debido a que poseen la capacidad de inhibir o "paralizar" el músculo liso de la vejiga. Entre los posibles efectos secundarios se encuentran la fatiga, resequedad en la boca, mareo, visión borrosa, náuseas e insomnio

CIRUGÍA. El objetivo de cualquier cirugía para tratar la incontinencia de urgencia está orientado al aumento de la capacidad de almacenamiento de la vejiga a la vez que se disminuye la presión en el interior de la vejiga. La cirugía está reservada para pacientes que estén muy debilitados a causa de su incontinencia, la cual puede ser producto de una contracción inapropiada de la vejiga o de una disminución en la capacidad de la vejiga para almacenar orina y para personas que tienen una vejiga inestable (contracción inapropiada severa) y poca capacidad para almacenar orina.

La cistoplastia de aumento es el procedimiento quirúrgico utilizado con más frecuencia para la incontinencia de urgencia severa. En esta cirugía reconstructiva se extrae un segmento del intestino y se usa para reemplazar una porción de la vejiga enferma.

Entre las posibles complicaciones se encuentran aquellas que son comunes en toda cirugía abdominal mayor: obstrucción intestinal coágulos de sangre infección y neumonía

Existe el riesgo de desarrollar una fístula urinaria (pasaje anormal en forma de tubo desde la vejiga que produce un drenaje de orina anómalo), infección de las vías urinarias y dificultad para orinar. La cistoplastia de aumento también está asociada con un mayor riesgo de desarrollar tumores.²⁴

DIETA. Algunos expertos recomiendan un régimen con ingesta controlada de líquidos, además de otras terapias, para el manejo de la incontinencia con urgencia. El objetivo de este programa es distribuir la ingesta de líquido a lo largo de todo el día, de manera tal que la vejiga no tenga necesidad de manejar un gran volumen de orina de una sola vez.

No se deben tomar grandes cantidades de líquido con las comidas, limitando la ingesta a menos de 236 ml (8 onzas) por vez; entre comidas sólo deben tomarse pequeños sorbos y se debe suspender la ingesta de líquido aproximadamente dos horas antes de acostarse.

Adicionalmente, puede ser útil eliminar el consumo de sustancias que irritan la vejiga como cafeína, comidas condimentadas, bebidas carbonatadas y comidas muy ácidas como frutas y jugos cítricos.

²⁴ IBIDEM pág. 60-73

REENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA

El manejo de la incontinencia de urgencia, por lo general, comienza con un programa de reentrenamiento de la vejiga. Ocasionalmente, la estimulación eléctrica y la terapia de biorretroalimentación pueden emplearse juntamente con el reentrenamiento de la vejiga.

Para seguir este programa es preciso que el paciente esté consciente de los patrones de episodios de incontinencia y aprenda de nuevo las destrezas necesarias para el adecuado almacenamiento y vaciado de la vejiga. El reentrenamiento de la vejiga, sin ningún otro tratamiento, es exitoso en un 75% de las personas tratadas por incontinencia de urgencia.

.HEMATURIA. La hematuria es la presencia de eritrocitos en la orina en cantidades superiores a la normal. En condiciones de buena salud el examen químico de la orina

no descubre la presencia de hemoglobina en la orina y el examen del sedimento urinario en fresco encuentra de 0 a 2 hematíes por campo o en el recuento de Dais con orina de 24 horas no hay más de 1 millón de elementos. Se considera hematuria cuando se excede estos límites. La hematuria se manifiesta por cambios en el color y la transparencia en la orina cuando es lo suficientemente intensa como para teñirla (más de 1, 5 ml. de sangre por litro de orina), esta es una hematuria macroscópica. En otras circunstancias, la cantidad de sangre perdida al aparato urinario es menor de 1, 5 ml. razón por la cual no hay cambios en el color o aspecto de la orina y la hematuria solo se descubre con el examen químico y del sedimento urinario. Esta es una hematuria microscópica.

Resumiendo, existe dos clases de hematuria: ¿Cómo se presenta una hematuria macroscópica? En oportunidades la orina es de color rojo, especialmente cuando pasa corto tiempo entre la salida de los eritrocitos de los vasos sanguíneos y la observación por el paciente. Esto puede suceder en lesiones destructivas del parénquima renal (cáncer, TBC), hemorragias de la pelvis renal, uréter, la parte anterior de la vejiga y uretra posterior. En estas circunstancias la sangre puede coagular en el uréter correspondiente formando moldes del mismo con aspecto vermicular (lombriz o gusano) si la hemorragia es supra ureteral o intraureteral (dentro del uréter). Si es infraureteral (debajo del uréter), son aplanados irregularmente redondeados, grumosos pero nunca vermiculares. Como los eritrocitos no circulan por la nefrona no hay formación de cilindros. En presencia de lesiones glomerulares y túbulointersticiales, en las que no hay destrucción de parénquima renal, los hematíes circulan a través de los túbulos del nefrón en los que los hematíes son traumatizados mecánicamente y expuestos a la acidez de la orina con la transformación de la Hb. en hematina, los factores de coagulación son reabsorbidos o metabolizados, muchos glóbulos rojos o la Hb liberada por ellos pueden ser aglomerados por la proteína de Tam Horsfall que hace de matriz y se forman cilindros hemoglobínicos (hemáticos) y eritrocitarios. En este caso la orina es de color pardo, como borra de café, no hay coágulos. En el sedimento se verá los cilindros de hemoglobina y de hematíes. Otras veces la pérdida hemática, alta o baja, es escasa: 2-3 ml. de modo que la coloración de la orina es rosada, parecido al del agua de lavado de carne. En todos los casos de hematuria macroscópica la orina se presenta turbia no permitiendo ver a través. del recipiente que la contiene. Resumiendo, una hematuria macroscópica puede presentarse con orinas color rojo, pardo oscuro o rosado.²⁵

²⁵ CECIL, M. Tratado de Medicina Interna 6 Edic.. Interamericana, Barcelona España 2000 pág.340-358.

Hemoglobinuria.

Es la presencia de hemoglobina liberada del eritrocito en la orina. Da positiva la reacción para sangre en el examen químico de la orina pero la observación del sedimento urinario no encuentra hematíes. Tiene un significado diferente a la hematuria por cuando esta liberación del pigmento se produce dentro de los vasos sanguíneos, extrarrenales generalmente, y la hemoglobina liberada en la circulación filtra en el glomérulo y se excreta por la orina dándole una coloración marrón rojizo o caoba. Esto sucede en las anemias hemolíticas en la que la destrucción de hematíes se produce en forma relativamente intensa y rápida como para sobrepasar la capacidad de captación por el sistema retículoendotelial. Ejemplos: anemia hemolítica por transfusiones de

sangre incompatible, anemia hemolítica auto inmune, hemoglobinuria paroxística, etc. Como la hemoglobina se une a la haptoglobina (una alfa globulina plasmática) y la consume, los valores de la haptoglobina en el plasma bajan en las hemólisis agudas (normal: 50 a 150 mg %). Además, en las hemólisis se libera gran cantidad de la enzima LDH al plasma y sus niveles aumentan (normal 60-170 mU. l/ml). Lo más importante, después de unas horas, se observa ictericia flavínica (amarillo limón).

Pseudohematuria.

Debemos diferenciar la hematuria verdadera de las falsas en las que la orina se tiñe con sustancias coloreadas diferentes a la hemoglobina de los hematíes, o bien por hematíes que provienen de órganos vecinos al aparato urinario como el genital, especialmente femenino, o el recto y que contaminan la orina que es, por otra parte, normal. Algunas sustancias como la fenazopiridina, antipirina (analgésicos ambos), anticonvulsivantes como la fenitoina, laxantes como fenolftaleína o dantrona, antibacterianos como la rifampicina y algunas sulfas (sulfisoxazol y sulfametoxazol), la vitamina B12, sedantes (fenotizinas), alimentos determinados (remolacha, zanahoria y zapallo) pueden comunicar un color rojo naranja o rosado a la orina. Otros tipos de sustancias pueden teñirla de color marrón oscuro como nitrofurantoina, sulfas, cloroquina, metildopa, fenacetina, salicilatos, levodopa, deferroxiamina (quelante del hierro). Los pigmentos biliares en una ictericia o las porfirinas de las porfirias que se excretan en la orina, se oscurecen al exponerse al aire ambiente y comunican un color marrón a la orina y pueden confundirse con hematuria. El cuadro clínico propio de estas enfermedades junto con las reacciones químicas negativas para sangre en la orina y la falta de hematíes en el sedimento aclaran las dudas.

Mioglobinuria. La mioglobina, una proteína compleja con el grupo prostético hem, existe en las fibras musculares estriadas y lisas. En los procesos con destrucción muscular extensa (síndrome de aplastamiento en los traumatismos graves, convulsiones, esfuerzos musculares intensos y duraderos, mionecrosis en la gangrena), se libera mioglobina que circula libre en el plasma y filtra en el glomérulo, no se reabsorbe y se excreta por la orina tiñéndola de color marrón o rojo. La sintomatología propia de las enfermedades causales de liberación de mioglobina, añadido a la falta de hematíes en el sedimento a pesar de que las reacciones químicas para sangre pueden dar positivo, ayudan en la diferenciación. Además, la mioglobina se disuelve en una solución 3, 2 N (normal) de sulfato de amonio de modo que la orina sometida a esta prueba no cambia el color marrón pero en caso de hematuria o hemoglobinuria se produce un precipitado coloreado pero el líquido sobrenadante es incoloro.

Uretrorragia. Es la salida de sangre pura, sin mezclarse con la orina, a través del meato uretral. Se ve en la litiasis urinaria al expulsarse un cálculo vesical, traumatismos de la uretra, tumores uretrales, uretritis.

Etiología de la hematuria Las enfermedades que pueden causar hematuria son múltiples: enfermedades inflamatorias no sépticas, infecciones, enfermedades auto inmunes, neoplásicas, circulatorias, hematológicas, etc. Desde un punto de vista topográfico, atendiendo el órgano urinario predominantemente involucrado en la hemorragia, podemos clasificar las causas de hematuria en: De origen renal, uretral, vesical, uretroprostático y extraurinario.

Las enfermedades renales pueden ser del parénquima renal, intersticio y vasos sanguíneos o de los conductos excretores del riñón (cálices y pelvis renal). Entre las enfermedades del parénquima renal tenemos las glomerulopatías, en sus variedades primarias y secundarias a enfermedades sistémicas (colagenosis, vasculitis) y carcinoma renal. Enfermedades del intersticio y de los túbulos: pielonefritis, nefritis intersticial por analgésicos. Causas vasculares: infarto renal por trombosis de vena o arteria renal. Patología de los cálices y pelvis renal: litiasis, carcinoma. La tuberculosis renal afecta el intersticio y los túbulos renales. Causas ureterales: la litiasis y los carcinomas son los más frecuentes. Causas vesicales: las cistitis, los cálculos, el cáncer. Causas uteroprostáticas: neoplasias, cálculos, hipertrofia y carcinoma de la próstata, cuerpos extraños (trozos de sondas vesicales rotas al extraerlas). Causas extrarrenales de hematuria: Las enfermedades hemorrágicas: púrpura trombocitopénica, hemofilia, enfermedad de Rendú Osler, medicación anticoagulante, hipoprotrrombinemia no medicamentosa, enfermedad de von Willebrand.

Diagnostico de la hematuria. Se basa en tres parámetros: el interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios.

Interrogatorio: La edad puede servir de orientación puesto que en la niñez son más frecuentes las glomérulo nefritis y las pielonefritis. En la edad adulta lo son las litiasis, pielonefritis, glomérulo nefritis y tuberculosis. Después de los 50 años predominan el cáncer de riñón y vejiga y la patología prostática (adenoma y carcinoma). Los antecedentes pueden ser importantes: Una historia familiar de enfermedad renal y sordera, a veces con alteraciones oculares (cataratas, queratocono) orientan al síndrome de Alport (glomerulopatía). Familiares del paciente en 1 o 2º que padezcan tendencia a las hemorragias orientan a una coagulopatía. La poliquistosis en alguno de los progenitores o abuelos es un dato importante. La ingestión de medicamentos puede causar hematuria y debe ser investigada especialmente analgésicos y/ o anticoagulantes. Algunos síntomas son orientadores. Por ejemplo un cólico renal seguido de hematuria orienta a litiasis, pero si en este contexto se eliminan coágulos vermiformes, pensar en enfermedad destructiva del riñón (TBC, cáncer). Si además de la hematuria hay fiebre y lumbalgia sin cólicos, pensar en pielonefritis aguda y si a esta sintomatología se agrega anuria y eliminación de trozos de tejidos en un diabético, pensar en papilitis renal necrotizante. Un dolor hipogástrico que irradia al pene, con tenesmo acompañando a la hematuria orienta a una litiasis vesical. Una hematuria indolora con antecedentes de nicturia polaquiria y disuria hace sospechar patología prostática. El antecedente de una arritmia cardíaca (fibrilación auricular) con hematuria, con o sin dolor lumbar induce a sospechar embolia renal. Lo mismo si el paciente está cursando un infarto de miocardio. Pero si recibe heparina por el infarto corresponde diferenciar iatrogenia con embolia. ²⁶

Examen físico: Se debe efectuar un examen completo y no solo del aparato urinario, pues signos extrauritarios, pueden aportar elementos valiosos para el diagnóstico. Así tendremos que en un paciente con púrpura y antecedentes de otros sangrados (epistaxis, gingivorragias, enterorragia o melena), se puede pensar en una diátesis hemorrágica, espontánea o inducida por anticoagulantes (antecedentes de recibir dicumarínicos). Si existe artritis o artralgias con diarrea sanguinolenta y cólicos abdominales luego de un cuadro respiratorio alto se puede sospechar púrpura anafilactoide de Schönlein Henoch. Si el paciente tiene, además de hematuria, edema subcutáneo e hipertensión arterial, cabe pensar en una un síndrome nefrítico agudo o subagudo, y si hay signos de insuficiencia cardiaca con anorexia, náuseas o vómitos y mal estado general, se trata de una glomerulopatía crónica con insuficiencia renal terminal. En un paciente femenino, hematórico, micro o macroscópico, con artritis, fiebre y eritema malar en alas de mariposa pensar en lupus eritematoso sistémico.

En el examen del aparato urinario se palpará los riñones pues una nefromegalia indolora unilateral puede orientar a un cáncer renal, si es bilateral, una poliquistosis renal, si es dolorosa y unilateral y precedida por un cólico más bien corresponde a una uronefrosis litiásica. La puñopercusión positiva puede orientar a pielonefritis, litiasis, tuberculosis, infarto renal. Lo mismo vale para el dolor en los puntos ureterales. La palpación y percusión del hipogastrio nos aportaran datos sobre patología vesical y/o retención urinaria baja. No debe olvidarse el tacto rectal que nos informará de la próstata.

Prueba de los tres vasos de Guyon. Sirve para localizar aproximadamente la topografía de una hematuria macroscópica. Consiste en hacer orinar al paciente y tratar de que distribuya la micción en tres vasos, con lo cual se puede observar:

- a) la orina de los tres vasos es de color rojo (toda la orina sale teñida de rojo). Se trata de una hematuria total y la ubicación del sangrado es el riñón y parte inicial del uréter.
- b) la orina del primer vaso es rojiza mientras que la del segundo y tercero es de color amarillo ámbar (al principio sale roja y luego es de color normal). Es una hematuria inicial y la ubicación de la hemorragia es la parte inferior e la vejiga y la uretra membranosa y prostática.
- c) La orina de los dos primeros vasos es normal (amarillo ámbar) y la del tercer vaso es roja o de color pardo oscuro Es una hematuria terminal o final y el sitio de la hemorragia está en la parte posterior o transverso de la vejiga. Si es imposible juntar la orina en los tres vasos por diversas causas, basta con observar la micción y se podrá verificar las mismas alteraciones que en los tres vasos.

Laboratorio. El análisis completo de orina es fundamental, primero para certificar la hematuria, especialmente si es microscópica y descartar pigmenturias (orinas coloreadas por elementos diferentes a la sangre). Los datos del análisis de orina que certifican una hematuria son, la reacción positiva para hemoglobina en el examen químico y el hallazgo de hematíes en el sedimento, ya sea aislados o agrupados, o bien, formando cilindros. Recordar que en la hematuria microscópica, en el análisis de orina se considera que hay hematuria cuando se cuenta más de dos eritrocitos por campo microscópico a 40 aumentos o bien cuando en el recuento de Addis con orina de 12 hs. se encuentra más 500. 000 elementos por ml. Cuando el origen de la hematuria es renal, especialmente enfermedades glomerulares o tubulares no destructivas, los hematíes aparecen deformes, rotos, a veces con aspecto espiculado o de pera (hematíes dismórficos) y forman cilindros con hematíes identificables (cilindros eritrocitarios) o bien sin identificar eritrocitos pero teñidos con hemoglobina (cilindros hemoglobínicos). En las enfermedades destructivas del riñón (carcinoma, TBC) y en las hemorragias por debajo del riñón, no hay cilindros ni hematíes dismórficos. El hallazgo de otras anormalidades de la orina son de ayuda. Por ejemplo la existencia de neutrófilos conservados o en degeneración o necrosis (piocitos) orientan a una pielonefritis, cistitis, prostatouretritis o TB. Si además de neutrófilos hay linfocitos pensar en una nefritis intersticial no bacteriana. Si hay abundante cristales en el sedimento se puede

pensar en una litiasis urinaria. Si además de la hematuria hay proteinuria mayor de 1 g. por día y cilindruria se debe pensar en una glomérulo nefritis. Si hay sospecha de cáncer de uréter o vejiga, la tinción del sedimento con el método de Papanicolau puede encontrar células anaplásicas. Los otros análisis de rutina (hemograma, eritrosedimentación, uremia, glucemia) orientan hacia el diagnóstico o sugieren la indicación de otros análisis: coagulograma, hepatograma, exámenes bacteriológicos, recuento de Addis, proteinuria de 24 hs, estudios inmunológicos en la sangre.

Estudios por imagen. Comprenden la radiología convencional, ecografía y la tomografía axial computada. Todos ellos buscan signos morfológicos de lesión del aparato urinario que en algunas circunstancias son de por sí diagnósticos sin necesidad de otra metodología como en el caso de quistes renales o cálculos radio opacos. En otras circunstancias producen alteraciones bastante características que permiten sospechar el diagnóstico como las alteraciones en clava de los cálices renales en la pielonefritis, las distorsiones de los cálices y pelvis con cavernas parenquimatosas en la TBC, las imágenes lacunares por falta de relleno en los cálculos y tumores vegetantes en la vía urinaria en el urograma excretor. La invasión de estructuras vecinas que se aprecia en la ecografía y la tomografía computada en los casos de carcinomas, lo cual, además, permite estadificar al paciente para evaluar un tratamiento quirúrgico. En las nefropatías "médicas" (no pasibles de tratamiento quirúrgico como las glomérulo nefritis crónicas, la nefroangioesclerosis, nefritis intersticiales) se aprecia disminución bilateral, difusa de las dimensiones renales que permite sospechar el diagnóstico. La ecografía y la tomografía axial computada sirven como guía cuando se desea efectuar punción biopsia de una lesión renal o para evacuar una colección líquida. La urografía excretora y la ecografía son métodos más baratos pero la radiología utiliza la inyección de sustancias yodadas potencialmente tóxicas o alergénicas. La tomografía computada es más cara y también requiere el uso de contraste, con los mismos problemas que en la radiología. La pielografía retrógrada o ascendente se utiliza cuando se sospecha una obstrucción ureteropielica y el paciente tiene una azoemia superior a 1 g% en cuyas circunstancias el riñón es incapaz de excretar el contraste yodado con lo que no se puede opacificar el aparato urinario. Es un método invasivo en el cual se coloca un catéter en uréter que puede ocasionar su traumatismo y /o una infección ascendente renal.

Endoscopia:

Entra en la categoría del método de imágenes. Útil cuando se sospecha una causa vesical o prostática de hematuria pues además de observar los aspectos macroscópicos de las lesiones permite la toma de una muestra de tejido para anatomía patológica. Otra circunstancia de uso de la uretrocistofibroscopia es cuando las imágenes no aportan datos de las causas de hematuria y se desea saber cual árbol urinario es el que está sangrando para focalizar otros estudios (arteriografía o pielografía retrógrada).

Arteriografía:

Se utiliza cuando se sospecha tromboembolismo de la arteria renal o cuando existe una masa renal que no se puede biopsiar y también en caso de uronefrosis por vasos polares renales que comprimen la unión pieloureteral.

Biopsia:

Las biopsias más frecuentemente utilizadas en el diagnóstico de la hematuria son la punción biopsia renal, punción biopsia de próstata y biopsia endoscópica de la vejiga. La punción biopsia renal se utiliza con control tomográfico computado para acceder exactamente al sitio de la lesión. La punción biopsia de la próstata se efectúa por vía rectal, antes se lo hacía a ciegas guiado por el tacto rectal pero actualmente se puede hacer bajo control ecográfico o tomográfico. Cabe agregar que en las hematurias en que se sospeche enfermedad glomerular, además de las técnicas usuales de microscopía óptica, se utiliza la inmunofluorescencia para identificar depósitos de complejos inmunes en dicha estructura, y la microscopía electrónica para identificar la localización exacta de dichos depósitos en las

paredes del glomérulo. Estos datos permiten diferenciar, en algunas circunstancias, las diferentes glomerulopatías, especialmente cuando se complementa con la clínica y algunos estudios inmunológicos en la sangre.

Resumen.1. No todas las hematurias son de causa urinaria.2. Una hematuria que se acompaña de cilindros hemáticos y una proteinuria de 24 hs. mayor que 1 g . y/o con hematíes deformes en el sedimento, es probablemente de origen glomerular3. La prueba de los tres vasos es útil para ubicar el origen de una macrohematuria4. Se debe efectuar una anamnesis en cuanto a medicaciones previas recientes y sintomatología concomitante.cuando no hay síntomas urinarios

5. El examen físico debe ser completo y no solo del aparato urinario.
6. Pedir los estudios complementarios más baratos, menos invasivos o menos sujetos a efectos colaterales tóxicos y que más información aporten. Ejemplo: análisis de rutina con una urografía excretora o una ecografía renal bilateral y vesicoprostática.
7. En el anciano las causas más frecuentes de hematuria son el cáncer de la vejiga, el de riñón, la patología prostática y la litiasis.²⁷

V.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso a una persona que acude al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán al servicio de hospitalización, a la persona se le realiza un interrogatorio directo y contando con la colaboración de algún familiar o cuidador con la finalidad de que nos aporte datos que el paciente no pueda proporcionar por no estar en condiciones para ello.

Se aplica la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

En la primera evaluación es para identificar el estado mental, la funcionalidad del adulto mayor, y el grado de dependencia e independencia, además de encuestas con preguntas abiertas y cerradas.

En la valoración de las 14 necesidades nos permite valorar las necesidades que presenta el adulto mayor y de acuerdo a ellas elaborar diagnósticos de Enfermería.

Se les pidió autorización al paciente y al familiar para realizar dicho estudio.

5:1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por consentimiento informado se entiende un proceso de diálogo, desarrollado en el marco de la relación enfermera- paciente según el cual una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar o a los cuidados que debe recibir como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta, en el caso de la aplicación de la valoración de las catorce necesidades, se le solicita su colaboración explicando los beneficios que tiene la elaboración de diagnósticos de Enfermería y elaboración del un plan de cuidados así como la disminución de riesgo y la complicación de su enfermedad.

5:2 CONSIDERACIONES ETICAS.

La investigación en Enfermería requiere del paciente que es el sujeto de estudio, este trabajo se sustenta en la declaración de principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptada por la 18ª asamblea médica mundial. Helsinki Finlandia, 1964 y revisada por la 29 asamblea médica mundial, Tokio Japón, 1975, la 35ª asamblea medica mundial Venecia Italia, 1983, la 41ª asamblea mundial, Hong Kong, 1989, la 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, 1996 y la 52ª , asamblea general Edimburgo , Escocia, 2000, donde se declara que la investigación médica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventaja económica y medica, también se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por si mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiaran personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros, esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público. El personal de salud debe abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Se debe suspender el experimento en marcha si se observa que los riesgos que implican son mas importantes que los beneficios La investigación en seres humanos solo debe

realizarse cuando la importancia de su esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

La investigación médica solo justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que se realiza la investigación podrá beneficiarse de sus resultados. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse utilizar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello de alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud, aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos esta información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno publicarla. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta declaración. Estas disposiciones se encuentran en la ley general de salud, y es importante aclarar que aunque no se utilizaron procedimientos que pusieran el peligro la vida de la persona, se le pidió autorización, para realizar este estudio de caso de su persona.²⁸

²⁸ BUSQUETS M Ejercicio profesional, responsabilidad ética y legal Enfermería Clínica

Mc. Graw Hill México 1997 pág. 29-34.

FUNCEI 52ª Asamblea general Edimburgo Escocia 2000.www.funcei.org.ar/paginas/investigación/declaración_Helsinki.htm

VI.- SELECCIÓN DEL CASO CLINICO.

Independientemente de la patología o problema de salud que cursa el paciente la enfermera especialista en Enfermería del anciano tiene la responsabilidad y compromiso de proporcionar cuidados de calidad, eficaces y de manera oportuna al adulto mayor que ingrese al área de hospitalización, de tal manera que aplique los conocimientos teórico prácticos para beneficio del adulto mayor a su cargo, debe visualizar al adulto mayor como un ser holístico que presenta necesidades físicas, emocionales espirituales y sociales. El presente caso clínico se seleccionó por observar en la persona grados de dependencia y algunos síndromes geriátricos por mencionar algunos: incontinencia urinaria, disminución de la agudeza visual, riesgo de caídas etc. los cuales permiten a la especialista en el anciano poner en práctica sus destrezas y habilidades adquiridas durante el bloque teórico y la práctica hospitalaria.

6:1- DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO.

Persona masculino E.S.F. de 70 Años de edad aparente de acuerdo a la cronológica, originario del Distrito Federal, viudo desde hace 6 años orientado, con fascies de dolor. Sin alteraciones en la oxigenación ingiere dieta de 1500 calorías para persona diabética tres veces al día, consume de 1 a 2 litros de agua diariamente, presenta problemas para la eliminación urinaria, refiere salida involuntaria de orina y uso de pañal, se observa rigidez y contractura articular, verbaliza problemas para conciliar el sueño por lo que se observa somnoliento durante el día, lleva a cabo adecuados hábitos higiénicos, presenta piel seca y áspera, verbaliza disminución de la agudeza visual (utiliza lentes) con ausencia de conducto auditivo izquierdo, además de referir disminución de la agudeza auditiva, la persona vive con su hija y nietos, el nieto mayor es su cuidador primario(24 años) La persona inicia su padecimiento hace tres semanas al presentar hematuria leve esto fue posterior a la ingesta de un té que le recomendó un amigo ,se desconoce que tipo, la hematuria se presenta de forma leve por dos semanas, con remisión espontánea, acude al servicio de urgencias por presentar hematuria intensa con dolor suprapúbico tipo cólico motivo de ingreso al servicio de hospitalización, en donde se coloca sonda foley a derivación, con salida de franca sangre, al momento del ingreso la persona presenta los siguientes resultados de laboratorio. Hb 11.2mg/dl Hto.32% Glucosa 110mg/dl Creatinina 2.07, Potasio 6.93. se inicia manejo con líquidos y se valora para cistoclisis .al momento de la aplicación de la clinimetria arroja los siguientes datos, en la escala de Folstein obtiene una puntuación 22/30, a expensas de no ubicarse en el lugar en donde se encuentra, ausencia de la memoria episódica, y alteración en el aspecto visoconstructiva, con relación a la auto percepción en el estado de salud se percibe como mala, tiene polifarmacia sin embargo el no es capaz de tomar sus medicamentos sin que se le recuerde, conoce las dosis y para que los toma, en la escala la Katz obtiene un resultado 5/6 dependiente las actividades instrumentales obtiene 4/16 es completamente dependiente.

La persona refiere haberse caído hace aprox. un mes, se observa signos de fragilidad y pérdida de la vitalidad, en la escala de levántate y anda se observa una marcha lenta e inestable, no tiene una posición erguida, no mantiene el equilibrio con ojos cerrados y no es capaz de levantar los pies del suelo, no existe simetría en los pasos.

En la escala de G.D.S. obtiene 25 /30 con tendencia a la depresión severa, cabe mencionar que esta escala no representa un diagnóstico solo es una prueba de tamizaje.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE.	E. S. F.
Sexo.	Masculino.
Edad.	70 Años.
Ocupación.	Campesino.
Lugar de nacimiento.	Distrito Federal.
Lugar de residencias.	El mismo.
Estado civil.	Viudo.
Fecha de ingreso.	26-09-2005.
Escolaridad.	Primaria completa.
Fecha de valoración.	28.09-2005.
Tipo de interrogatorio.	Directo.
Diagnóstico médico.	Incontinencia Urinaria de Urgencia, I.V.U. Hematuria.

Estudios de Laboratorio y Gabinete.

Hb.10.4mg/dl.Hto.30.4%,Leucocitos.6.900mm³,Bandados0,Plaq.532000mm³.

Gluc.75mg/dl, Creat.1.67mg/dl Albúmina 2.96g/dl.

E.G.O. Densidad.1.1,Ph 9,Leucos.70xc, Eritroc.400xc.

Estudios de Gabinete. T.A.C. de abdomen y renal, con resultado normal.

6:2.- PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.

a).-Hallazgos obtenidos de la valoración por necesidades. 28-09-2005

De las necesidades básicas.

Para llevar a cabo la valoración de las necesidades básicas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson en este adulto mayor con hematuria se realizó un examen físico mediante la aplicación de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, se le realizó una valoración de clinimetría, además se revisaron estudios de laboratorio y gabinete.

Con lo anterior se encontraron las siguientes necesidades afectadas y especificado la existencia de grado de dependencia.

a).Variables e indicadores a evaluar.

1.- OXIGENACION.

D.I. Sus medidas antropométricas son: Talla 1.64 peso. 70kg.I.M.C. 28.7.

T.A.130/90, con una frecuencia cardiaca de 90xm, frecuencia respiratoria 23xm un llenado capilar de 3seg, narinas permeables, mucosas orales hidratadas, orofaringe sin datos patológicos cuello cilíndrico, tráquea central desplazable con presencia de pulsos carotídeos normales, no se palpan adenomegalias, tórax cilíndrico y simétrico con movimientos respiratorios normales, se escuchan campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, no se escucha la presencia de secreciones, ruidos cardiacos con buena intensidad y ritmo, no se escuchan soplos. Miembros pélvicos, se observa simetría, eutróficos con presencia de cambios en la coloración a nivel maleolar (ocre), sin que ocasione datos patológicos , presencia de pulsos periféricos normales.

D.D. Padre finado a los 68 años y dos hermanos por infarto agudo al miocardio tabaquismo a los 37 años por 10 años, consumiendo un cigarrillo diario.

2.- NUTRICION E HIDRATACIÓN.

D.I. Ingiere tres comidas durante el día de 1500 calorías para diabético, no requiere ayuda, consume 1000 a 2000 ml. De agua al día, sin datos de desnutrición, peso de acuerdo a su talla.

Abdomen. No globoso con presencia de ruidos peristálticos disminuidos, blando sin dolor a la palpación superficial y profunda, no se palpan esplenomegalia ni Hepatomegalia.

D.D. Glucosa capilar 140mg/dl pre prandial. La persona refiere dolor a nivel del Hipogastrio. Alcoholismo por 6 años llegando a la embriaguez.

3.- ELIMINACIÓN.

D.I no presenta problemas para la eliminación intestinal, evacua diariamente con características normales, En el 2004 se le diagnostica insuficiencia renal aguda, la cual remitió a los 6 meses. Genitales. Sin datos de alteración

D.D. Ingresa al servicio de urgencias por presentar hematuria con tres semanas de evolución. Refiere salida involuntaria de orina y uso de pañal, presencia de sonda foley drenando hematuria aprox.100ml por hora. con cistoclisis. Madre finada a los 60 años por Cáncer cérvico uterino .

4.- MOVIMIENTO Y POSTURA.

DD. Presenta rigidez y contractura de articulaciones.

En la escala de levántate y anda es completamente dependiente, se percibe pérdida de tono muscular y fuerza, se observa esfuerzo para ponerse de pie, verbaliza no poder subir escaleras, en la marcha en la longitud y elevación del paso, el pie derecho no rebasa al izquierdo. No deja el piso, hay discontinuidad en los pasos, se observa marcada desviación y balanceo de tronco, en las escalas de Katz.5/6 dependiente, por presentar incontinencia urinaria de urgencia, requiere ayuda durante el baño el alguna parte del cuerpo y Lawton,4/16 es dependiente. Necesita compañía para realizar cualquier compra, necesita que le preparen los alimentos, no participa en la limpieza de su casa es capaz de lavar prendas pequeñas con ayuda, no sale de su casa por si solo, es incapaz de manejar finanzas.

5.-DESCANSO Y SUEÑO.

D.I. No refiere problemas con algún miembro de la familia.

D.D. Despierta por las noches 3 veces, y le es difícil conciliar el sueño de nuevo, dice que la muerte de su hijo que, falleció hace dos años por C H.A.N. A los 44 años y su esposa fallecida hace 6 años, no le permite dormir de manera adecuada, duerme de 4-5 horas diarias.

6.- TERMORREGULACIÓN. Y PRENDAS DE VESTIR.

D.D. Frecuentemente experimenta frío en miembros pélvicos.

.D.I, Utiliza ropa hospitalaria, buena temperatura y ausencia de corrientes de aire.

7.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

D.I. buenos hábitos higiénicos baño y cambio de ropa cada 3er día, higiene dental regular lava los dientes dos veces al día, uñas de pies y manos en buen estado, no se observan datos de lesión tisular. Presencia de lesiones color ocre a nivel maleolar en ambos pies sin datos patológicos.

D.D. Se observa piel seca y áspera niega uso de cremas para hidratar la piel, presenta riesgos de formación de úlceras por presión y dermatosis por contacto por el uso de pañal y por permanecer en una sola posición por tiempo prolongado.

8.- EVITAR PELIGROS.

D.I. Habita en casa en un medio urbano la cual cuenta con todos los servicios intra domiciliarios y de urbanización, casa propia la habita con su hija y nietos.

Convive con fauna doméstica las cuales están vacunadas y desparasitadas, niega hacinamiento y promiscuidad.

D.D. Las calles que rodean su casa son accidentadas, no es capaz de subir escaleras, refiere problemas para acudir al baño. presenta disminución de la agudeza visual, ausencia del conducto auditivo izquierdo por lo que su capacidad auditiva esta disminuida, D.M.2 desde 1989 la cual es manejada con tolbutamida, metformina 50mg tres veces al día, insulina N.P.H.4 unidades por la mañana y por la noche, el paciente cursa con una neuropatía diabética la cual es tratada con carbamecepina, luego con clonazepan 10 gotas por la mañana y por la tarde, actualmente se esta manejando con gabapentina,300mg c/12h .

D.I. Tiene aplicadas todas las vacunas propias de su edad.

9.-COMUNICACIÓN.

D.I. pabellón izquierdo auditivo con presencia de malformación congénita (ausencia) el de lado derecho se observa permeable y con dificultad para la audición, pupilas isométricas, con reflejos pupilares normales, no presenta problemas para la comunicación ya que utiliza lenguaje de acuerdo a su nivel y de manera correcta mantiene buena interacción familiar vive con 9 personas.

D.D. La mayoría del tiempo esta en casa solo ya que los miembros de la familia con los que vive trabajan o estudian, el nieto mayor es el cuidador primario, la persona presenta datos de depresión y tristeza G.D.S.25/30. se observa intranquilidad y nerviosismo, refiere sentirse desamparado, tiene problemas para concentrarse, se considera con problemas de memoria , siente deseos de llorar con frecuencia, ya no tiene esperanzas del futuro, se siente sin energía, su mente ya no la considera tan clara como antes, se aburre con frecuencia. Frecuentemente recuerda a su hijo fallecido y a su esposa. El uso de lentes no le permite leer refiere la necesidad de una nueva valoración de la graduación.

10.- VIVIR SEGÚN CREENCIAS.

D.D, No pertenece a ningún grupo social ya que su condición de salud no le permite acudir a misa todos los domingos acompañado de algún familiar.

12.-TRABAJOS Y REALIZACIÓN.

D.I. No tiene problemas económicos ya que su hija y nieto le proporcionar lo necesario para cubrir sus necesidades básicas y la adquisición de medicamentos.

D.D. No realiza actividad remunerada.

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

D.I. Su pasatiempo favorito es ver la televisión y ocasionalmente leer el periódico y revistas de entretenimiento, le gustaría poder participar en actividades de personas de la tercera edad.

14.- APRENDIZAJE.

D.I. Sabe leer y escribir, conoce a cerca de su patología, conoce los efectos y cambios del envejecimiento, conoce su tratamiento que ingiere.

D.D. Baja escolaridad 1ro de primaria, en la escala de Folstein obtiene una puntuación 22/30, a expensas de no ubicarse en el lugar en donde se encuentra, ausencia de la memoria episódica, y alteración en el aspecto viso constructiva.

6: 4.- Métodos para la recolección de datos.

Registros clínicos. Se revisó la historia clínica de la persona que contenía el expediente clínico tomando algunos datos que permitían completar la valoración, Se realizó una entrevista al familiar para conocer como era el estado de salud de la persona antes de ser ingresado al área hospitalaria, se aplicó la clinimetria y la aplicación de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson . Los estudios de laboratorio y gabinete tomados del expediente, así como las notas médicas de evolución y el tratamiento a seguir de acuerdo a las indicaciones médicas para Enfermería, fueron otros de los registros consultados.

Investigación documental. Para esta investigación se revisaron y consultaron fuentes bibliográficas que tratan a cerca del modelo de atención de Virginia Henderson, realizando un resumen y análisis del mismo. Para la información a cerca del proceso de atención de Enfermería se hizo de la misma manera, se consultó bibliografía para recabar información a cerca de las patologías que presenta la persona en estudio, para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería se baso en el formato P.E.S. Se consultó la página web para ampliar la información a cerca de las consideraciones éticas. Se le realizó a la persona una valoración física la cual arroja datos para evaluar la dependencia e independencia previa autorización por parte de la persona y de su familiar es este caso el nieto el cual funge como cuidador primario y es el responsable de lo que concierne a la persona en el hospital.

VII.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

La elaboración de los diagnósticos de Enfermería aquí presentados fueron en base al formato P.E.S. A continuación se mencionan los diagnósticos de Enfermería encontrados en la persona durante su estancia hospitalaria y durante el seguimiento a su domicilio, estos se han ordenado de acuerdo a la prioridad de atención y por fecha de aparición. Algunos de ellos se presentaron en más de una ocasión pero no se exponen para no ser repetitivos sin embargo se indican en el plan de cuidados cuando fueron o no resueltos. Los diagnósticos de Enfermería son reales y potenciales .

VALORACIÓN FOCALIZADA.

Valoración focalizada Número 1. 28-09-05

Persona masculina, orientada en tiempo y espacio, con palidez tegumentaria. Mucosas hidratadas con adecuado intercambio gaseoso sin necesidad de oxígeno suplementario, inicia antibioticoterapia. el día 27-09-0 presencia de cistoclasia, con abundante hematuria, la persona refiere dolor suprapúbico Signos vitales. T.A. 130/90 F.C 70X', F.R. 21 X' Temp.36.5 Grados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la eliminación urinaria R/C proceso infeccioso M/P hematuria y dolor.

Objetivo. Disminuir la presencia de la infección, hematuria y el dolor.

Dato de dep.	F.De Dif.	Interacción	Cuidados De Enfermeria	Evaluación.
Infección en vías urinarias, hematuria, dolor. Presencia de sonda foley.	F.F.	No tiene interacción son otra necesidad	<ul style="list-style-type: none">◆ Valorar signos vitales y el estado mental de la persona dos veces por turno, y durante los episodios de infección. (las primeras 24 hrs)◆ Participación en la recolección de muestras de lab. como urocultivo, E.G.O hemocultivo y antibiograma antes de iniciar antibiótico terapia.◆ Ministración de antibióticos durante siete días y cada doce horas, analgésicos indicados. cada ocho horas a D.R.◆ Vigilar características y cantidad de la orina durante cada turno.◆ Buscar presencia de otras alteraciones de la orina con tiras reactivas bililabstix una vez por turno.◆ Vigilar el estado de la sonda foley, buscar datos de infección y la presencia de la fecha de instalación.	Se logró disminuir la hematuria una vez iniciado la antibioticoterapia se observa mejoría a las 24hrs de inicio de tratamiento, el dolor disminuye considerablemente (verbalizado por la persona) mediante la administración de analgésicos con horario (el antibiograma informa sensibilidad a ceftriaxona).

Valoración focalizada número 2. 29-09-05

Persona masculino, orientado en tiempo y espacio, con buen intercambio gaseoso, el día de hoy continua con cistocclisis, con escasa hematuria, se valora para retirar cistocclisis, se observan datos de depresión moderada, refiere tristeza.

Signos vitales. T.A.120/80, F.C. 75 X' F.R.23 X', Temperatura corporal 37 grados, se observa buena tolerancia de la vía oral, con adecuada ingesta de la dieta que se proporciona.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Necesidad afectada. **Comunicación.**

Riesgo de depresión severa, R/C duelo no resuelto, por pérdida de su hijo mayor hace 3 años.

Objetivo. Disminuir el riesgo de depresión mediante la canalización de redes de apoyo.

Datos de Dep.	F. de Dif.	Interacción.	Cuidados de Enfermería	Evaluación.
La persona presenta un G.D.S. 25/30.	F.F.	No interactúa.	<ul style="list-style-type: none">◆ Llevar a cabo una reunión con su familia el día treinta de sep. e informar a cerca de la tendencia a depresión de la persona.◆ Canalizarlo al servicio de tanatología del hospital, una vez que haya sido dado de alta,◆ Que la persona se encuentre siempre acompañado.durante hospitalización y domicilio◆ Lograr que la persona exprese sus sentimientos, pensamientos y escucharlo sin prisa.◆ Orientarlo a cerca de las etapas de duelo y convencerlo poco a poco de que la pérdida es irreparable y su hijo ya se fué y debe empezar a vivir sin él.◆ Apoyarlo cuando utilice sus recursos espirituales.◆ Animarlo a que se integre a algún grupo de la tercera edad de su colonia cuando egrese del hospital.	La persona logra disminuir la tendencia a deprimirse y los familiares interactúan con el con mucha frecuencia, cuatro días posterior a la orientación proporcionada. El servicio de tanatología le proporciona sesiones dos veces por semana.por seis meses.

Valoración Focalizada número 3 3-10-05

Persona masculino, con buena coloración tegumentaria, mucosas orales hidratadas, abdomen con ligera distensión, el fin de semana se le retira cistoclasia, presentando una eliminación urinaria de aprox. 50ml por hora con características normales, se observa dificultad para iniciar la marcha, presenta rigidez y dolor articular, por lo que requiere ayuda de su cuidados primario, ya que la persona verbaliza que la fuerza para caminar ha disminuido, refiere tener temor de una caída.

Signos vitales. T.A. 110/75, F.C 68X' F.R. 22 X'

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Necesidad afectada. **Movimiento y Postura.**

Deterioro de la movilidad física R/C disminución de fuerza y resistencia muscular M/P movimientos corporales lentos descoordinados, rigidez, dolor y Contractura articular verbalizado por la persona.

Objetivo. Mejorar la movilidad, aumentar la fuerza muscular, disminuir el dolor, la rigidez y contractura articular.

Dato de dep.	F.De Dif.	Interacción	Cuidados De Enfermería	Evaluación.
Incapacidad para mantener la postura erguida Tinneti.5/14	F.F.	No interactúa Con otra necesidad	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Implementar un programa de actividades y ejercicios, como son caminatas cortas por lo menos una vez por turno que requieran bajo gasto de energía. ◆ Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimiento en ambos ms ps y ts. durante cada turno y durante la estancia hospitalaria. ◆ Que la persona realice ejercicios asistidos de resistencia y coordinación para que pueda hacerlos de manera activa tanto en el hospital como en su domicilio por veinte minutos. (Ver anexo.) ◆ Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular. ◆ Administrar analgésicos (A.I.N.E.S).cada ocho horas ◆ Involucrar a cada uno de los miembros de la familia en la rutina de ejercicios, y al cuidador primario ◆ Animar a la familia para que apoyen cualquier mejoría en la actividad física o ejercicios de la persona. 	Mediante la realización de ejercicios en la unidad hospitalaria la persona logra mejorar la movilidad y Disminución de la rigidez contractura articular dos días posterior a la implementación de los ejercicios, el dolor se controla en su totalidad lo verbaliza la persona.

Valoración focalizada número 4 4-10-05

Persona orientado en las tres esferas, buena coloración tegumentaria, con buena tolerancia a la ingesta de alimentos, y líquidos, eliminación urinaria de 60 ml por hora aprox, amarilla clara sin presencia de datos de infección, aunque continua con esquema de antibióticos, el día de hoy se programa para realizar una usg y descartar cálculos renales e hipertrofia prostática, refiere tener dificultad para acudir solo al sanitario durante las noches, por referir tener dificultad para la marcha ya que se observa inestable, además de utilizar lentes, (sin adecuada graduación) refiere temor a caídas por disminución de la agudeza visual. Signos vitales. T.A.110/70 F.C.80X' F.R. 21 X' Temp. Corporal 36.5 grados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Riesgo de caídas R/C marcha inestable, y disminución de la agudeza visual.

Objetivo. Eliminar los riesgos de caídas.

Datos de dep.	F.de dif.	Interacción.	Cuidados de Enfermería.	Evaluación
Marcha Inestable Disminución de agudeza visual.	F.F.	Evitar Peligros.	<ul style="list-style-type: none">◆ Orientar a la persona sobre el uso de algún auxiliar de la marcha (bastón. andadera)◆ Fomentar el uso de calzado cómodo y ligero◆ Canalizar a la persona al servicio de oftalmología para valoración de su estado de la vista y que se valore la graduación necesaria.◆ Informar a cerca de la importancia del uso de lentes.◆ Orientar a la familia sobre la importancia de que el paciente tenga apoyo al desplazarse de un lugar a otro.	La persona logra mejorar la marcha ya que el familiar le proporciona una andadera, la agudeza visual continua disminuida, la cita en el servicio de oftalmología es el 29 de octubre. no presenta caídas.

Valoración focalizada número 5 5-10-05

Persona masculino orientado, con datos de somnolencia, responde de manera lenta al interrogatorio, refiere no tener un adecuado descanso y sueño, con buena eliminación urinaria , buena ingesta de alimentos hábitos higiénicos, se baña diario con ayuda de su cuidador primario, se observan datos de cansancio e irritabilidad, el resultado del u.s.g. no reporta datos de hipertrofia prostática, reporta pequeños cálculos renales en cantidad moderados, la persona refiere que la causa del insomnio se debe a que no aparta de su pensamiento al hijo fallecido. Por lo que despierta varias veces durante la noche. Signos vitales. T.A. 110/ 80 F.C. 75 X' F.R.19 X' Temperatura corporal 37 grados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Necesidad afectada. **Descanso y Sueño.**

Deterioro del Patrón de descanso y sueño R/C duelo no resuelto y pensamientos repetitivos antes de dormir, M/P insomnio , sensación de cansancio al despertar y somnolencia durante el día.

Objetivo. Disminuir los despertares durante la noche y que el paciente descanse.

D. de Dep.	F. de Dif.	Interacción	Cuidados de Enfermería	Evaluación
Se despierta de 3-4 veces durante la noche. por no poder olvidar al hijo fallecido, hace tres años, refiere incapacidad para conciliar el sueño.	F.F. F.V.	Comunicación.	<ul style="list-style-type: none">◆ Evitar que duerma siestas durante la tarde.mientras refiera alteración del descanso y sueño.◆ Sugerir una caminata ligera antes de dormir.(15 minutos)◆ Evitar la ingesta de café, refrescos de cola durante la tarde.◆ Sugerir música terapia.◆ Ejercicios de relajación.◆ Valorar con el medico tratante la administración de algún sedante.(no se indica)	La persona logra descanso y sueño Reparador y de calidad, disminuyen los despertares durante la noche, ya que durante la tarde no realiza siesta, antes de dormir su familiar le proporciona música de relajación.

Valoración Focalizada número 6 6-10-05

Persona masculino con buena coloración de tegumentos, orientado, refiere no tener deseos de movilización fuera de cama, debido a la incontinencia que presenta se requiere de uso de pañal, se observa distraído y verbaliza ya tener deseos de volver a su domicilio se observa buena relación con sus familiares, se termina ya su esquema de antibióticos por lo que se valora su alta por mejoría, signos vitales.

T.A.120/75 F.C 80X' F.R.20 X' Temperatura corporal 36 grados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Necesidad afectada **Higiene y Protección de la Piel.**

Riesgo de formación de úlceras por presión R/C reposo prolongado en cama.

Objetivo. Disminuir el riesgo de formación de úlceras por presión.

D. de Dep.	F. De Dif.	Interacción	Cuidados de Enfermería.	Evaluación
Se mantiene en una sola posición por periodos de tiempo largo.	F.C.	Evitar peligros.	<ul style="list-style-type: none">◆ Conscientizar a la persona sobre la importancia de los cambios de posición. cada dos horas en el hospital y su domicilio.◆ Vigilar el estado y coloración de la piel, y los puntos de presión en cada turno.◆ Sugerir el uso de colchón antiescaras.◆ Pedir a la persona que informe al personal de Enfermería a cerca de la presencia de dolor en los puntos de presión.◆ Evitar la presencia de arrugas de la ropa de cama.◆ Empleo de protectores de talón y codos.	Mediante el uso de estas medidas preventivas no presenta úlceras por presión Presenta una piel integra. El colchón no se proporciona, los familiares no cuentan con recursos económicos

Valoración focalizada número 7 10-10-05

Persona masculina despierto colaborador, buena coloración tegumentaria adecuado intercambio gaseoso, sin necesidad de oxígeno suplementario, abdomen sin datos de distensión, adecuada eliminación urinaria y fecal, utiliza pañal durante las noches y algunas ocasiones durante el día, refiere frío en miembros pélvicos por lo que se indica vendaje para mantenerlos tibios, buena tolerancia a la dieta la cual es para diabético de 1500 kcal pendiente alta domiciliaria por mejoría. Signos vitales T.A. 130/90 F.C.80 X' F.R 24X' temperatura corporal 36.5 grados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA PERSONA EN SU DOMICILIO.

Necesidad afectada. **Termorregulación.**

Termorregulación ineficaz R/C proc. del envejecimiento e incapacidad para protegerse, M/P frialdad en ambos pies.

Objetivo. Eliminar los episodios de frialdad en ambos pies.

Dato de Dep.	F. de Dif.	Interacción	Cuidados de Enfermería.	Evaluación
Refiere episodios constantes de frialdad de ambos pies.	F.C. F.V.		<ul style="list-style-type: none">◆ Sugerir el uso de calcetas gruesas durante el día.◆ Evitar corrientes de aire.◆ Aplicación de bolsas con agua caliente en ambos pies.(por 10 minutos).◆ Orientar al paciente para que informe a la familia si hay ausencia de sensación en los pies.	La persona logra mantener una temperatura Adecuada en los pies.

Valoración focalizada número 8 10-10-05.

Persona masculina orientada se observa contenta con buen semblante, buena coloración tegumentaria mucosas orales hidratadas, buen intercambio gaseoso no se escucha presencia de secreciones, campos pulmonares bien ventilados, adecuados ruidos cardiacos , abdomen blando depresible sin dolor a la palpación no se palpan visceromegalias, adecuada eliminación urinaria e intestinal, la persona continua con control de su diabetes, se observa piel reseca y áspera utiliza pañal durante la noche ya que a veces aumenta sus episodios de incontinencia, algunas noches no cuenta con la ayuda de su cuidador primario.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

.Necesidad afectada. Higiene y Protección de la Piel.

Riesgo de formación de úlceras por presión relacionado a maceración de la piel por uso de pañal durante la noche.

Deterioro de la integridad cutánea R/C falta de lubricación e hidratación de la piel
M/P piel seca y áspera.

Objetivo. Mantener la Piel Integra y sin lesiones.

Datos de Dep.	F. de Dif.	Interacción.	Cuidados de Enfermería.	Evaluación.
Uso de pañal.	F.F. F.C.	Eliminación	<ul style="list-style-type: none">◆ Orientar a cada miembro de la familia a cerca de la importancia de cambiar el pañal y mantener la piel seca.◆ Estimular al paciente para que acuda al sanitario y dejar el uso de pañal de manera paulatina.◆ Informar a la persona que el uso de pañal puede ocasionar la presencia de úlceras.◆ Informar a la persona y familiar que la resequedad de la piel puede ocasionar lesiones y que representa una entrada de gérmenes◆ Estimular al paciente para que utilice de manera continua cremas emolientes y lubricantes.◆ Sugerir uso de jabón neutro.	Mediante la realización de las medidas anteriores se logro reducir los riesgos de formación de úlceras por maceración.durante su estancia hospitalaria.
Piel seca y áspera.	F.C.			El paciente logra una piel hidratada y sin presencia de lesiones. en dos días utilizando emolientes y lubricantes de piel.

VIII- PLAN DE ALTA.

Desde el ingreso de la persona a la unidad hospitalaria debe de recibir información por parte del personal de enfermería a su cargo a cerca de las medidas y acciones por parte de la persona enferma ,que contribuyan a su recuperación mediante las acciones específicas del autocuidado, La persona debe de mantenerse informada a cerca de su patología, el tratamiento y los procedimientos que se le realizan para satisfacer las necesidades afectadas que son detectadas por la enfermera, al momento de realizar la valoración de las 14 necesidades así como la valoración focalizada que se realiza diariamente con el fin de proporcionar cuidados específicos.

La persona debe mantener los hábitos higiénicos de acuerdo a las estipuladas por la unidad hospitalaria, se le informa a la persona a cerca del tipo de dieta que debe ingerir, en este caso la persona debe ingerir dieta para diabético de 1500kcal, se le informa a cerca de la importancia de realizar actividades físicas fuera de cama.

La persona egresa a su domicilio por mejoría.

Seguimiento del caso clínico en su domicilio.

Se realizó un seguimiento de la persona en su domicilio con la finalidad de observar la evolución y la recuperación total del paciente así como los factores de riesgo presentes en su domicilio, e involucrar a cada uno de los miembros de la familia, para lograr que la persona se integre a su entorno social y familiar.

Se indico al paciente y familiares sobre como identificar signos y síntomas de alarma, que se puedan presentar en el paciente, como son, confusión mental, perdida de la sensibilidad en miembros pélvicos, visión borrosa, presencia de hematuria o anuria, se le indica que deberá continuar con los hábitos de higiene proporcionados en el hospital, así como la importancia de la ingesta de dieta para diabético de 1500cal y continuar con su tratamiento terapéutico , y que debe acudir de manera puntual a su cita a la consulta externa con su medico tratante y que en caso de presentar alguna alteración que requiera hospitalización deberá hacerlo a través del servicio de urgencias del Instituto.

La necesidad de eliminación que origina la causa de ingreso al área hospitalaria de la persona evolucionó de manera satisfactoria, ya que se elimina el proceso infeccioso de vías urinarias la hematuria y el dolor mediante la ministración de analgésicos,y esquema de antibióticos sin embargo al momento de egreso por mejoría a domicilio se continua con tratamiento para su control de la diabetes.

La necesidad de comunicación se logra satisfacer ya que la familia colabora activamente en las actividades que requiere la persona para poder superar el duelo prolongado, y acudiendo a las terapias con el servicio de tanatología.

La movilidad física de la persona continua limitada por el propio proceso de envejecimiento,sin embargo se logra aumentar los arcos de movimiento y disminuir la presencia de rigidez articular y muscular.

Se logra que la persona duerma por lo menos 5 a 6 horas mediante las intervenciones planeadas, logra mantenerse durante el día alerta y tranquilo.

La piel y tegumentos se mantienen integras e hidratadas mediante la aplicación de cremas hidratantes y humectantes por lo menos una vez al día, se logra el cambio del pañal de manera frecuente y evitar la presencia de humedad, el uso de pañal es un factor de riesgo para dermatitis por contacto es por ello la importancia de mantener seca la piel y libre de lesiones cutáneas.

Mediante el uso de calcetas después del baño se logra disminuir los eventos de pies fríos. La familia se integra al cuidado y a la administración adecuada del tratamiento terapéutico, el paciente utiliza de manera habitual los lentes con la graduación adecuada y ello le evita el riesgo de caídas.

IX- CONCLUSIONES. Y SUGERENCIAS

El modelo de Virginia Henderson por su sencillez y facilidad de aplicación es ideal para llevarlo como patrón metodológico en la especialidad de Enfermería del Anciano tomando en cuenta que las 14 necesidades básicas son aplicables y valorables en cualquier individuo.

La utilización del proceso de atención de Enfermería en el presente estudio de caso significa una herramienta básica para llevar una secuencia lógica en su estructuración ya que muestra como el profesional de Enfermería cuenta con un esquema metodológico, sustentado en bases científicas, para poder aplicar sus conocimientos y poder proporcionar cuidados de calidad al paciente a su cargo.

El manejo del formato P.E.S sirve para conocer la manera en que el profesional de Enfermería plasma las condiciones en las que se muestran al individuo a quien proporciona atención, basándose en una serie de diagnósticos ya establecida de manera intencional.

La importancia de haber utilizado en el presente estudio de caso el modelo de Virginia Henderson, el proceso de atención de Enfermería y los diagnósticos con formato P.E.S y fusionar estos complejos metodológicos con la finalidad de sustentar con bases científicas el cuidado que otorga este profesional y que además su interrelación en la práctica de Enfermería constituye un todo que no se debe olvidar.

Los cuidados de Enfermería proporcionados al paciente lograron estabilizar y eliminar los signos y síntomas de la enfermedad de manera que el paciente logra egresar a su domicilio por mejoría, sin embargo debe estar en constante observación y control por su médico tratante para evitar que su patología lo lleve a una complicación mayor y que ponga en peligro su vida.

La elaboración de este estudio de caso refuerza los conocimientos que el especialista en Enfermería del anciano obtiene durante el bloque teórico, incluyendo las actividades académicas, técnicas y asistenciales que lo capacita para proporcionar cuidado especializado a cualquier adulto mayor.

SUGERENCIAS.

El trabajo que Enfermería realiza en forma metódica es mediante el Proceso de Atención de Enfermería, es por ello que con su aplicación todo el profesional de Enfermería lograría mejorar la calidad de los cuidados que proporciona y afianzaría esta profesión.

El personal de Enfermería profesional y no profesional, debe comenzar a plasmar sus conocimientos e impresiones a cerca del estado de salud de un individuo, a través de una estructura uniforme para todo personal de Enfermería, utilizando la taxonomía de la NANDA. Formato P.E.S.

Los conceptos manejados en este estudio de caso, son los que requiere el especialista en Enfermería del anciano planee y aplique una atención individualizada, de esta manera el modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de la NANDA y con el formato P. E.S. deben ser fundamentales para la elaboración de los planes de cuidado en este tipo de estudios de caso.

Los instrumentos de valoración de Enfermería del anciano deben ser utilizados por el especialista para que su trabajo sea confiable y profesional.

X- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **ALFARO** Rosalinda, Aplicación del proceso de Enfermería guía práctica 2 ed. . Doyma Barcelona España 1999 p.289-300.
- 2.- **BABB** Pamela, Manual de Enfermería gerontológico Interamericana, México 1992 p145-46.
- 3.- **BUSQUETS**, M Ejercicio profesional, responsabilidad ética y legal Enfermería clínica . Mc.Graw Hill México 1997 p29-34.
- 4.- **CARNEVALI**. D.L, Tratado de geriatría y gerontología , 2 ed. . Interamericana México 1992 p 750-55.
- 5.- **CECIL** M, Tratado de Medicina interna 6 ed . . Interamericana España 2000 p.350-358.
- 6.- **GUILLÉN LLERA** F., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos 2 edic. Masson España 1998 p 367-70.
- 7.- **GRONDIN** R Lise Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. . Mc. Graw Hill Interamericana España 1997 p 128.
- 8.- **DAVIS**, A Las dimensiones éticas del cuidar de Enfermería Enfermería clínica .Mc.Graw Hill . México 1998 p 34-37.
- 9.- **ENEO UNAM**, Valoración del estado de salud individual Antología Fundamentos de Enfermería México 1994 p 234.
- 10.- **FAVC,A** Y Cols Harrison Principios de Medicina Interna, . Mc. Graw Hill Interamericana 14 ed. Barcelona España Vol 1 p.345-370.
- 11.- **FARRERAS** R y Cols. Tratado de Medicina Interna 3edic. Mc. Graw Hill Interamericana Barcelona España 2000 p. 23-56 60-73.
- 12.- **FUNCEI**. Fundación del Centro de estudios 52ª Asamblea General Edimburgo Escocia 2000 www.funcei.org/páginas/investigación/declaración_Helsinki.htm.

- 13.- FERNANDEZ, C** Novel El proceso de atención de Enfermería estudios de caso. Masson España 1999 p 3-15.
- 14.-FERNÁNDEZ** Ferrin Carmen, El proceso de atención de Enfermería estudio de caso . Masson-Salvat, España 1993 p 117-124.
- 15.- FERNÁNDEZ** Ferrin y cols. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI 2 edic Masson .Barcelona España p.16-65
- 15.- FRANCÉS F** y Cols. Plan de cuidados en Enfermería Geriátrica v Ediciones científicas y técnicas manual Masson Salvat España 1995 p 115-120-230-254.
- 16.- HERNÁNDEZ E** Fundamentos de Enfermería Manual moderno México 1997 p 57-64.
- 17.- HENDERSON** Virginia La naturaleza de la Enfermería reflexiones 25 años después, Interamericana Mc. Graw Hill España 1994 p 115-120.
- 18.-HYVER** Carlos Gutiérrez Robledo Luis Miguel Geriatría . Manual moderno México 2006 p 59-63 64-70
- 19.- KASCHACK** Newman Planes de cuidados en geriatría 1ed. Doyma España 1994 p 194-207 –321
- 20.- LOZANO CARDOSO A.** Introducción a la geriatría Méndez Editores, México 1993 p 309.
- 21.- LUCKENOT** Annete G. Valoración Geriátrica Interamericana España 2002 p 2230.32
- 22.- LOPEZ** Parnau M. Caso clínico intento de trabajar con diagnósticos de Enfermería Nursing España 1989 7 diciembre p 8-10.
- 23.- MANUAL MERCK,** Diagnóstico y Tratamiento, . Océano 9 ed. Barcelona España 1994 p.257-270.
- 24.- MARRINER A** El proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico Manual Moderno, 2 edic. México 1983 p .320-24-530-32-535-45.
- 25.- MARRINER A** Modelos y teoría en Enfermería. Mosby Doyma 3 ed. España 1994 p.57-63-67-73
- 26.- MORAN** Victoria Modelos de Enfermería Trillas, México 1993 p 250.
- 27.- NANDA,** Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, definiciones y clasificaciones Elsevier España 2005-06 p.140-159-165-170.
- 28.- ROPER N** y Cols. Modelos de Enfermería 3 edic. Interamericana México 1993 p 13-15.

- 29.- ROPER N** Y Cols. Proceso de atención de Enfermería modelo de aplicación, Edit. Interamericana México 1993 p 121-27
- 30.- SALGADO** Alba y Cols. Fundamentos prácticos de asistencia al anciano Interamericana España 2000 p 47
- 31.- SMITH J.** Virginia Henderson los primeros noventa años, Masson Barcelona España 1996 p 47-50.
- 32.- STAAB A** Hodges L.C. Enfermería Gerontológico . Mc. Graw Hill Interamericana México 1999 p 81-88- 479-82.
- 33.- VANDER CARMEN** Y Cols. El manual clínico de geriatría .Interamericana México 1998 p 479-80.
- 34.- WESLEY R** Teorías y Modelos de Enfermería 2 edic. Interamericana México 1995 p 179-80. 24-27

anexos

ESCALA DE Folstein

		1°	2°
Pts			
1.	5 ¿Qué fecha es hoy? (años, estación día fecha completa)	4	
2.	5 ¿En donde estamos? (piso,Hosp..estado, país)	4	
3.	3 nombre 3 objetos(1 por seg) que los repita (mesa, llave limón)	3	
4.	5 Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o deletree la palabra MUNDO al revés) hasta 5 respuestas	4	
5.	3 Pregunte por los tres objetos aprendidos.	0	
6.	2 Muestre un lápiz un reloj pida que los identifique	2	
7.	1 Que repita la frase. Ni es, ni no es, ni peros.		
8.	3 Que cumpla la siguiente orden verbal: tome una hoja de papel con su mano derecha, doblar a la mitad y ponerla en el piso.	3	
9.	1 Que lea la frase “ Cierre los ojos “.	1	
10.	1 Que escriba una oración.	0	
11.	1 Que copie un diseño gráfico (Pentágonos Cruzados).	0	
12.	Más de 23 pts continúe de 19 23 pts escolaridad, sí es analfabeta continúe, si es menos de 13 o 13 a 19 con primaria o superior continúe con ayuda de un informante. Total puntos.	22/30	

LAWTON

		1°	2°	3°
A. USTED PUEDE PREPARAR SUS ALIMENTOS		0		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede preparar ningún alimento	0			
B. USTED PUEDE HACER SU QUEHACER/TRABAJO O ACTIVIDADES EN CASA		1		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede hacer ningún trabajo en casa	0			
C. USTED PUEDE LAVAR SU ROPA		1		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede lavar nada	0			
D. USTED PUEDE TOMAR SUS MEDICINAS		1		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede tomar medicinas sin ayuda	0			
E. USTED PUEDE IR A LUGARES DISTANTES (NO CAMINANDO, EN TRANSPORTE)		0		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede transportarse sin ayudas especiales	0			
F. USTED PUEDE IR A COMPRAR LO NECESARIO PARA LA CASA (TIENDA, MERCADO)		0		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede ir de compras en lo absoluto	0			
G. USTED PUEDE MEJORAR SU DINERO		0		
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3.No puede manejar su dinero	0			
H. USTED PUEDE USAR EL TELÉFONO		1	4/16	
1. Sin ayuda	2			
2. Con algo de ayuda	1			
3. No puede usar el teléfono	0			
TOTAL (puntuación máxima 16)				

ESCALA G.D.S

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

TINNETTI

							1°	2°	3°
1. Balance sentado	Se va de lado o resbala	0	Firme y seguro	1			1		
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda	0	Capaz pero usa los brazos	1	Capaz sin brazos	2	1		
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0	Capaz en más de un intento	1	Capaz a la primera	2	1		
4. Balance inmediato al levantarse (5seg)	Inestable (vacila, mueve los pies)	0			Estable sin ningún apoyo	2	0		
5. Balance de pié	Inestable	0	Estable pero con amplia base de sustentación (>10cm)s o apoyo físico	1			0		
6. Empujón (la persona con los pies juntos empuja con la palma sobre el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0	Se tambalea pero se recupera	1	Esta firme	2	1		
7. Ojos cerrados (misma posición)	Inestable	0	Estable	1			0		
8. Giro de 360°	Pasos irregulares Inestable	0	Pasos regulares Estable	1			0		
9. Al sentarse	Inseguro (juzga mal distancia, se deja caer)	0	Usa los brazos o está inseguro	1	Seguro baja con suavidad	2	1		

KATZ

	Preguntas	1°		2°		3°	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Baño: En regadera, con esponja o tina. Necesita ayuda para bañar la totalidad o parte del cuerpo	X					
2.	Vestido: Prepara la ropa, se viste sin ayuda excepto el anudarse las agujetas o abrocharse el calzado		X				
3.	Ir al baño: Va al baño, usa el WC, se limpia y arregla su ropa (puede utilizar auxiliar)		X				
4.	Desplazamiento: Entra y sale de la cama, silla sin ayuda (puede utilizar auxiliar)		X				
5.	Continencia: Control de esfínteres vesical e intestinal, sin accidentes esporádicos		X				
6.	Alimentación: Se alimenta sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)	X		5/6			

INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS EN EL ADULTO MAYOR

I. DATOS GENERALES

Nombre: Espinoza Sandoval Jose Félix. **Edad:** 70 años **servicio:** _____ **Fecha:** 3-10-05

Domicilio Pedro Moreno # 3 Santo Tomas Ajusco.
Teléfono: _____

II. ANTECEDENTES

Factor de Riesgo/Daño		Especificar
1.	Diabetes Mellitus	Hace 17 años.
2.	Glicemia mayor a 120 mg/dl	205mg/dl
3.	DM. más de 10 años de evolución	
Factor de Riesgo / daño		Especificar
4.	Hipertensión arterial	no
5.	T/A mayor 140/90 mmHg	
6.	HTA con más 10 años de evolución	
7.	Enfermedad Cardiovascular	no

Factor de Riesgo/Daño		Especificar
8.	Artritis	no
9.	Artritis: poca limitación	
10.	Artritis: severa limitación	
Factor de Riesgo / daño		Especificar
11.	Caídas en los últimos 6 meses	no
12.	Otras enfermedades	
13.	Alta Hosp. en el último mes	
14.	Función Intelectual (Folstein)	22/30
15.	Figura del reloj	normal

III. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

1.-OXIGENACIÓN

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Frecuencia cardiaca	90xm
2.	Frecuencia respiratoria	23xm
3.	TA sentado	110/70
4.	TA parado	120/80
5.	Llenado capilar Ms.Ps.Der.	3seg
6.	Llenado capilar Ms.Ps.Izq.	3seg.

2.-NUTICIÓN E HIDRATACIÓN

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Peso, talla: IMC	
2.	Glucosa capilar	140mg/dl
3.	Presencia de caries	no
4.	Dentadura postiza	no
5.	Comidas al día	3
6.	Come en compañía de alguien	si
7.	Líquidos / día equivalente <1600 ml	2000ml

3.- ELIMINACIÓN

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Problemas para iniciar la micción	Si. Con disuria
2.	Goteo incontrolado de orina	si
3.	Salida involuntaria de orina	si
4.	Ocasiona problemas orinarse involuntariamente por la cantidad o frecuencia	
5.	Tiene dolor o escozor al orinar	si
6.	Orina con sangre	si
7.	Veces que orina al día	5veces
8.	Veces que orina de noche	4veces
9.	Flujo (vagina/pene)	no
10.	Defeca involuntariamente	no
11.	Ocasiona problemas defecar involuntariamente por la cantidad o frecuencia	no
12.	Veces que evacua al día	una
13.	Defeca con esfuerzo, dolor o distensión abdominal	no
14.	Evacua con sangre	no

4.-MOVIMIENTO Y POSTURA

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Tiene problemas para caminar	si
2.	Tiene problemas para subir escaleras	si
3.	Tiene problemas para pararse de estar sentado	no
4.	Pérdida de fuerza muscular	Si
5.	Contracción y rigidez de articulaciones	
6.	Marcha y balance con inestabilidad (Tinnetti)	Si marcha 5 balance 5/14
7.	Cap/ABVD (Katz) 1/6 dep.	
8.	Cap/AIVD (Lawton) 4/16	
9.	Prueba de estación unipodal	No valorable
10.	Año de realización de densitometría	

5.-

DESCANSO Y SUEÑO

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	Problemas familiares o con otras personas	no
2.	Su vida/algún cambio importante	Muerte de su hijo hace 2 años
3.	Ser querido fallecido hace menos de 1 año	no
4.	Despierta en la noche	Si 3 veces
5.	Sueño menor de 7 horas en 24 hrs.	5 horas

6.-TERMORREGULACIÓN 7.- VESTIDO

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Experimenta frío frecuentemente	Si en ms ps.
2.	Experimenta mucho calor	no
3.	Incapaz de tomarse la temperatura	no
4.	Vestido inadecuado a la estación	no
5.	Habitación y vivienda inadecuada y temperatura inadecuada	no

8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Baño/ más de 8 días	Cada 3er dia
2.	Lavado de manos: antes de comer y después de ir al WC	si
3.	Higiene bucodental: ocasionalmente	Si cada 3er dia
4.	Uñas de las manos (limpias, cortas)	si
5.	Uñas de los pies largas (limpias, cortas)	si
6.	Piel seca	si
7.	Lesiones en el cuerpo	no
8.	Presenta úlceras por presión	no
9.	Riesgo úlceras por presión (Escala Norton)	Si x reposo prolongado

9.-EVITAR PELIGROS

	Factor de Riesgo / daño	Especificar
1.	Casa donde vive: rentada	propia
2.	Calles a su alrededor: accidentadas	si
3.	Problemas para subir o bajar escaleras	si
4.	Problemas para bañarse	si
5.	Alfombras o cables que le puedan ocasionar un caída en su casa	si
6.	Agudeza visual ojo derecho: -20/40	si
7.	Agudeza visual ojo izquierdo: -20/40	si
8.	Vista no permite darse cuenta del peligro (escaleras, autos, etc)	no
9.	Incapacidad auditiva oído derecho	no
10.	Incapacidad auditiva oído izquierdo	no
11.	Incapacidad comprensión: Auditiva oído derecho	no
12.	Incapacidad comprensión: Auditiva oído izquierdo	no
13.	Oído no le permite oír el ruido de un vehículo	si
14.	Aplicación vacuna/ influenza	si
15.	Aplicación vacuna/ neumococcica	no
16.	Aplicación vacuna/ Td	si
17.	Más de 1 año / ultimo papanicolaou	
18.	Más de 1 año / ultima exploración mamaria	
19.	Ingiere más de 3 medicamentos al día	si
20.	Los medicamentos que ingiere están ministrados por un médico	si
21.	Conoce la dosis, horario y el efecto de cada uno de los medicamentos	si
22.	Requiere aplicación de insulina	Si 4u 2xdia

10.-COMUNICACIÓN

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	La vista le permite: leer títulos, periódico	si
2.	Tiene problemas para coser	No valorable
3.	Mantiene con facilidad una conversación en grupo	si
4.	Tiene dificultades para conversar con una persona	no
5.	Es posible conversar	si
6.	La mayoría del tiempo esta solo	si
7.	Cuenta con transporte para salir	no
8.	Al describirse se devalúa	Como debil
9.	Se siente mal de pedir ayuda	no
10.	Número de personas con las que vive	9
11.	Esta deprimido (Yessavage)	Si G.D S.25/30
12.	Vive persona con dependencia	no
13.	Situación económica (\$ quincena, mes)	No percibe dinero
14.	Cubrir sus gastos: no puede, con dificultad, sin problemas.	Los cubre la familia
15.	Estado civil:	viudo
16.	Actitud: inadecuada	no
17.	Cambio de domicilio en los últimos 3 meses	no

11 VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	Pertenece algún grupo social	no
2.	Pertenece algún grupo religioso	no
3.	Tiene algún significado Dios en su vida	si
4.	Le gustaría participar en alguna actividad de la colonia, parroquia ó INAPAM	si

12.- TRABAJO Y REALIZACIÓN

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	Tiene actividad remunerada	no
2.	Cuenta con vales de despensa GDF.	no
3.	Sus ingresos no cubren sus necesidades, le resulta difícil cubrir sus gastos ó no tiene problemas financieros.	No percibe ingreso economico
4.	¿De qué manera o de quién recibe ayuda?	De hija y nieto
5.	Se siente inútil	no

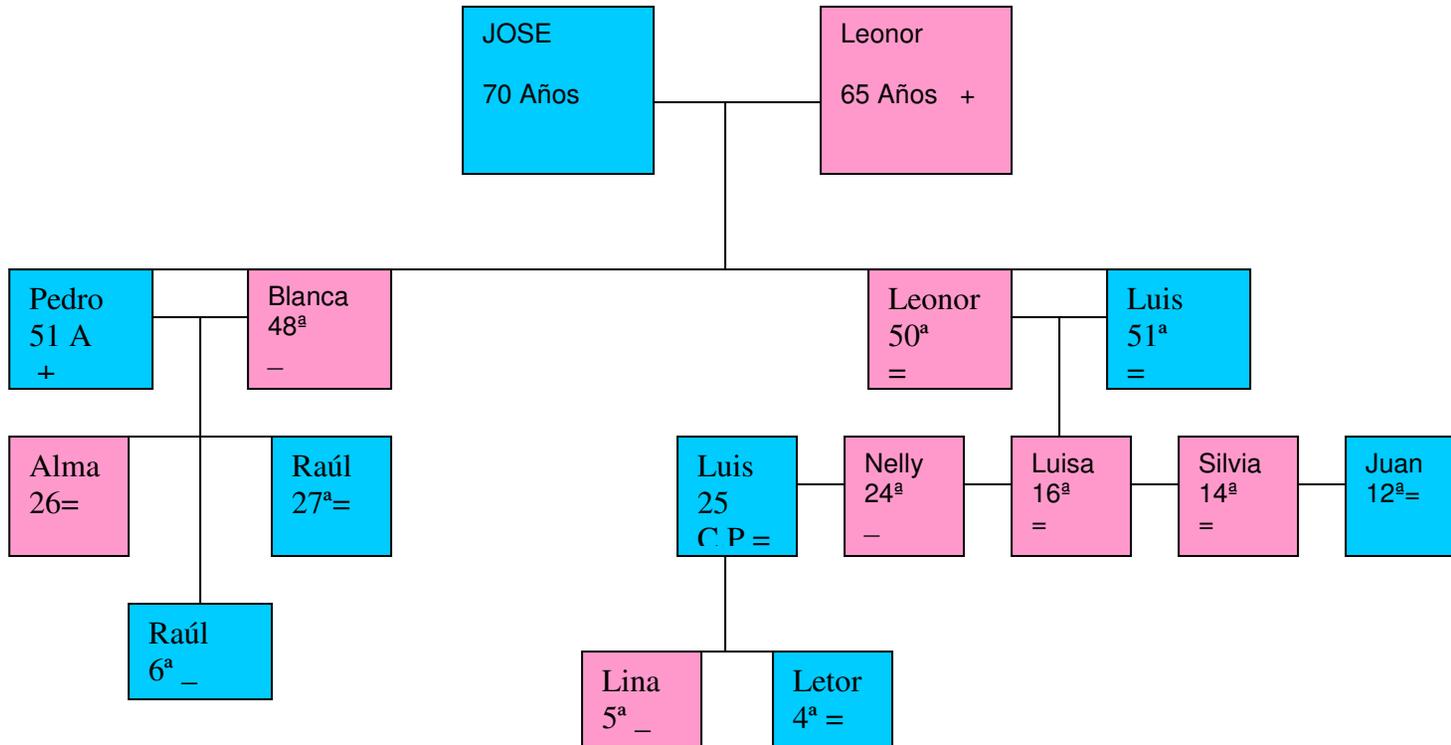
13.-JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	Realiza ejercicio, cuál (frecuencia)	no
2.	Tiene pasatiempos, cuáles	leer
3.	Dedica menos de 2hrs. a pasatiempos (frecuencia)	no
4.	Cree que el tiempo libre es igual a tiempo perdido	si
5.	Cree que existe entretenimiento adecuado a su edad	si
6.	¿Le gustaría participar en alguna actividad social?	si

14.-APRENDIZAJE

	Factor de Riesgo/Daño	Especificar
1.	Años de escolaridad	Primaria completa
2.	Sabe Leer	si
3.	Sabe escribir	si
4.	Deterioro de la función intelectual (Escala Folstein)	
5.	Sabe de su enfermedad	si
6.	Sabe de los cambios anatomofisiológicos de la vejez	no
7.	Sabe de sus medicamentos	si
8.	Sabe de otros tratamientos	no
9.	Le gustaría aprender a cuidarse	si

FAMILIOGRAMA



Equivalencias. Buena Relación =
Regular Relación _

***RUTINA DE EJERCICIOS IMPLEMENTADO AL ADULTO MAYOR PARA
MEJORAR LA MOVILIDAD.***

Es preferible hacer ejercicio antes de comer o tres horas después de haber comido.

Si la contaminación es alta haz ejercicio en lugares cerrados.

Antes de realizar ejercicio, realiza siempre algunos movimientos de calentamiento como estiramiento y contracción.

NO OLVIDES QUE.

Después de hacer ejercicio debes dejar pasar de 10 a 15 minutos antes de bañarte.

Los líquidos se toman a temperatura normal.

Obtendrás mayores beneficios si haces ejercicio por lo menos tres veces por semana y durante 15 minutos como mínimo.

HACER EJERCICIO ES SENTIRTE MEJOR.

Está comprobado que haciendo ejercicio

- ❖ Mejora el funcionamiento del corazón
- ❖ Los músculos se hacen mas flexibles y fuertes
- ❖ Se disminuye la rigidez articular.
- ❖ Ayuda a mantener los niveles de glucosa adecuados.
- ❖ Se fortalecen los huesos.

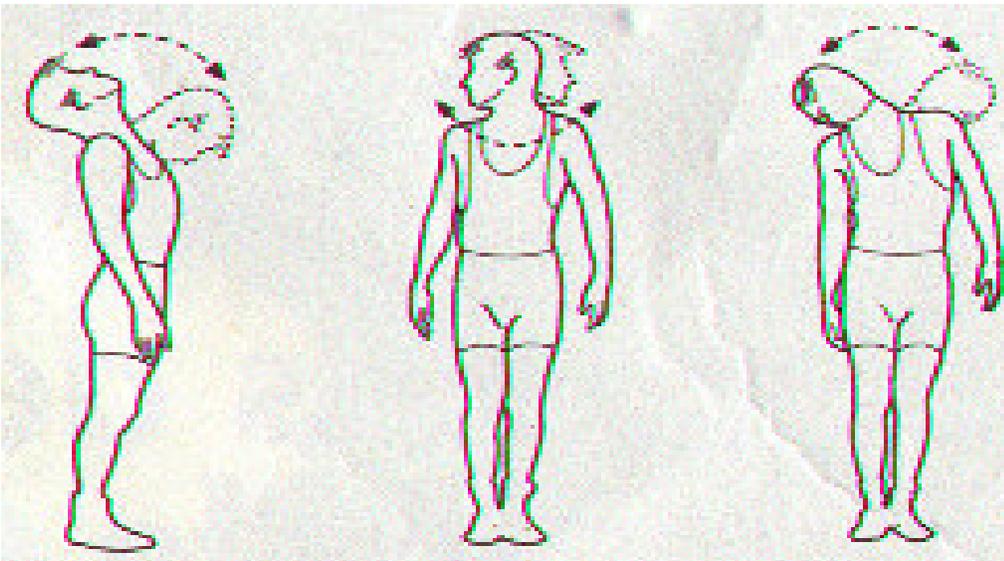
OBTÉN LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO DE UNA MANERA SEGURA.

Si llevas una vida sedentaria y deseas empezar a hacer ejercicio, es importante que lo hagas de manera gradual y de menos a más.

Estos son algunos de los ejercicios de calentamiento que puedes realizar antes de comenzar una actividad física intensa.

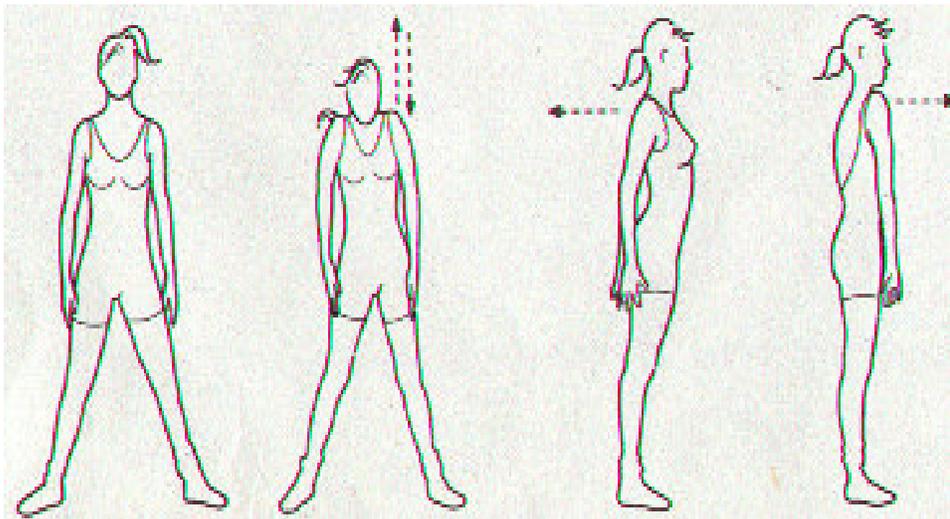
1.-MOVIMIENTOS DE CABEZA..

- ❖ Muévela al frente y atrás.
- ❖ Gírala a la derecha e izquierda.
- ❖ Recuéstala en los hombros, alternando derecha e izquierda.



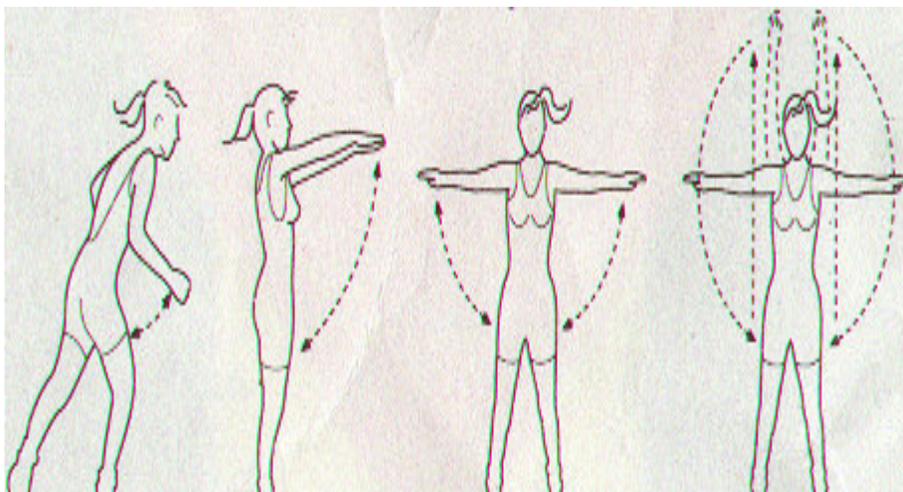
2.-MOVIMIENTOS DE HOMBROS.

- ❖ Súbelos y bájalos.
- ❖ Muévelos hacia adelante y atrás, alternando.



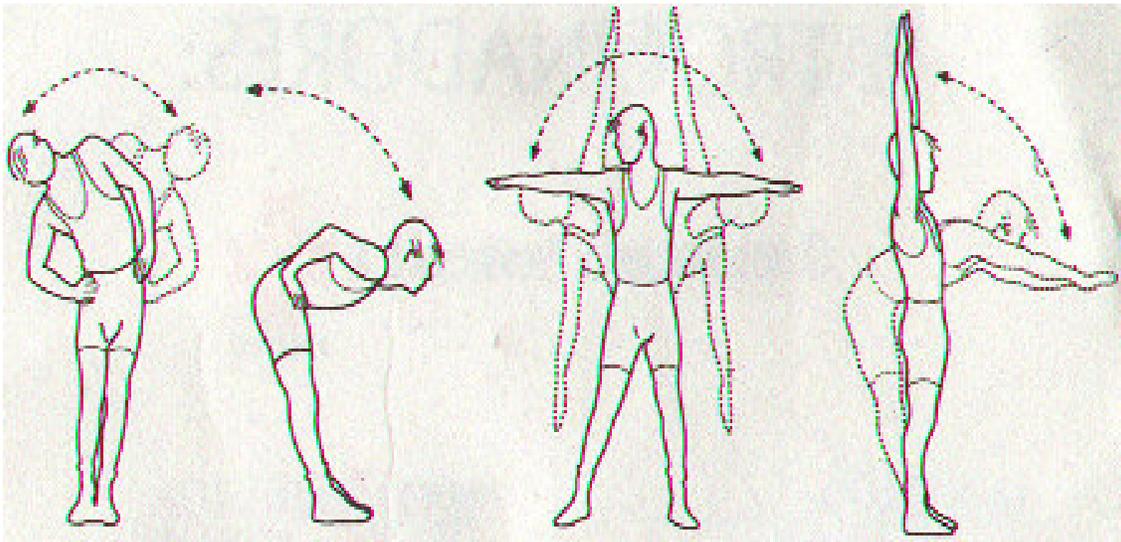
3.-MOVIMIENTOS DE BRAZOS.

- ❖ Muévelos como si fueras corriendo.
- ❖ Elévalos al frente hasta la altura de la cadera y regresa a la posición original.
- ❖ Elévalos hasta la altura de los hombros y regresa.
- ❖ Elévalos al frente hasta arriba de la cabeza y baja lentamente.
- ❖ Elévalos lateralmente hasta arriba de la cabeza y bájalos por el frente.



4.-FLEXIONES DE TRONCO Y CINTURA.

- ❖ Con las manos en la cintura, flexiona el tronco derecha e izquierda.
- ❖ Con manos en la cintura flexiona el tronco al frente y atrás.
- ❖ Con los brazo extendidos a los lados ,flexiona el tronco a la derecha ,al centro e izquierda.
- ❖ Con brazos extendidos hacia arriba, flexiona el tronco hacia el frente y hacia atrás, luego al centro.



5.- MOVIMIENTOS DE PIERNAS.

- ❖ Eleva las rodillas al frente de manera alternada.
- ❖ Balancea las piernas al frente y atrás alternándolas.
- ❖ Eleva las piernas lateralmente alejándolas y acercándolas alternando cada una.
- ❖ Eleva las piernas hacia atrás, alternándolas.

