

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN UNA PERSONA
ADULTA MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE COLANGITIS CON BASE EN LOS
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON REALIZADA EN EL
HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZALEZ.

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL
ANCIANO

P R E S E N T A

CORDERO GARCÍA GIOVANNA

CON LA ASESORÍA DEL

MTRO. MOCTEZUMA HERRERA DAVID ÁNGEL

CIUDAD DE MÉXICO, 2017.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Mtro. David Ángel Moctezuma Herrera asesor de este estudio de caso y por todas sus enseñanzas que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por las enseñanzas a lo largo de este proceso de formación que hizo posible obtener los aprendizajes significativos de sus excelentes maestros.

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” por ser sede de la especialidad de Enfermería del anciano y al Hospital General “Manuel Gea González” por haberme otorgado la oportunidad de poder brindar los cuidados especializados con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mis Padres: Víctor Hugo Cordero Iturbide y Veronica García Huitrón quienes no sólo me han dado la vida sino también los principios de superación personal y profesional que guían mi camino.

A mi Hermano Bryant Cordero García que gracias a su amor y comprensión he podido culminar esta meta profesional.

A mi abuelo + Francisco García Flores, a mis tíos y amigos quienes han compartido conmigo diferentes momentos que han enriquecido mi vida para beneficio de los pacientes.

CONTENIDO

Pág.

I.INTRODUCCIÓN.....	7
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
III. FUNDAMENTACIÓN.....	10
3.1 ANTECEDENTES.....	10
3.2 ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	11
IV.MARCO CONCEPTUAL.....	16
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	17
4.2 PARADIGMAS.....	18
4.3 METAPARADIGMAS.....	19
4.3.1 Persona	
4.3.2 Entorno	
4.3.3 Salud	
4.3.4 Enfermería	
4.4 TEORÍA DE MARJORY GORDON.....	20
4.4.1 Biografía de Marjory Gordon	
4.4.2 Patrones funcionales de Marjory Gordon	
4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	24
4.5.1 Concepto y características	
4.5.2 Etapas del proceso	

4.6 VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL.....	27
4.6.1 Concepto	
4.6.2 Valoración en el anciano	
4.7 DESCRIPCIÓN DE ESCALAS GERIÁTRICAS.....	28
4.7.1 Valoración clínica	
4.7.2 Valoración funcional	
4.7.3 Valoración cognitiva	
4.7.4 Valoración emocional	
4.7.5 Valoración social	
V. MARCO TEORICO.....	39
5.1 COLANGITIS AGUDA.....	40
5.2 SÍNDROME GERIÁTRICO: TRASTORNO MARCHA- BALANCE.....	45
5.3 SÍNDROME GERIÁTRICO: POLIFARMACIA.....	46
VI. MARCO ÉTICO Y JURIDICO.....	48
6.1 ASPECTOS ÉTICOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	49
6.1.1 Principios bioéticos	
6.1.2 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.	
6.1.3 Derechos de las enfermeras y enfermeros en México.	
6.1.4 Derechos de los pacientes	
6.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52
VII. METODOLOGÍA.....	53
7.1. SELECCIÓN DE ESTUDIO DE CASO.....	54
VIII. PROCESO DE ATENCIÓN.....	56
8.1. ANTECEDENTES DE LA PERSONA.....	57
8.2. DESCRIPCIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.....	61

8.3. EXPLORACIÓN FÍSICA CEFALO-PODAL.....	65
8.5 FAMILIOGRAMA.....	66
8.5 JERARQUIZACIÓN DE PATRONES ALTERADOS.....	67
8.6 PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	68
8.7 PLAN DE ALTA.....	109
IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	112
X. ANEXOS Y APENDICES.....	114
XI. GLOSARIO.....	130
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	132

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO 1: Mini Nutritional Assesment (MNA).....	115
ANEXO 2: El índice de Katz.....	116
ANEXO 3: Índice de Barthel.....	117
ANEXO 4: Lawton y Brody.....	118
ANEXO 5: Prueba de corte de desempeño físico (SPPB).....	119
ANEXO 6: Escala Rosow-Breslau (movilidad).....	120
ANEXO 7: Índice de Nagi (discapacidad).....	120
ANEXO 8: Examen Minimental (MMSE).....	121
ANEXO 9: Prueba del reloj.....	122
ANEXO 10: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	123
ANEXO 11: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....	124
ANEXO 12: Consentimiento informado.....	125
ANEXO 13. Fotos.....	127

1. INTRODUCCIÓN

En México, el envejecimiento poblacional es un proceso que ocurre aceleradamente, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los adultos mayores representaron 6.2% de la población en 1990, 9.1% en 2015 y, según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se estima que para 2050 este porcentaje ascienda a 21.5%, cifra superior a la de las personas más jóvenes para entonces.¹

Sin embargo, tal como plantea Luis Miguel Gutiérrez Robledo en la sociedad posmoderna en la que vivimos el adulto mayor se enfrenta al “fracaso del éxito”, donde la población logra una mayor esperanza de vida para pasar a una situación de enfermedad, dependencia y a la carencia de recursos o servicios específicos, condicionado por la transición epidemiológica y demográfica; dado este crecimiento poblacional y las características específicas de este grupo étnico resulta necesario la formación de profesionales especialistas en la atención de las personas adultas mayores.

Ante estas necesidades de salud y las demandas sociales; la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) crea el Programa Único de Especialización en Enfermería y de manera específica la Especialidad de Enfermería del Anciano con el fin de crear personal capacitado en el quehacer geronto-geriátrico a partir de bases teóricas, metodológicas y tecnológicas para brindar cuidados a este grupo poblacional.

1 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda; 2010*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.

En el presente, se describe el estudio de caso de una persona adulta mayor de 64 años con colangitis aguda en el Hospital General "Manuel Gea González" en México, Cd. Mx.; donde los diversos factores que influyen para determinar la gravedad de esta infección hacen necesaria la atención a la población anciana por la inmunosenescencia como característica del envejecimiento.

Además, el trabajo contiene un marco conceptual, un marco teórico, ético y jurídico, una metodología, así como el plan de atención en sus cinco etapas basado en el modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon y la valoración geriátrica integral; llevado a cabo del 28 de marzo al 8 de abril del 2016.

Por lo anterior, el siguiente estudio de caso se presenta como una contribución al profesional de enfermería esperando sea de apoyo para futuras consultas del mismo gremio y que todas aquellas dudas que genere su contenido, sea motivo de investigación para mejora en los próximos estudios.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Vincular los conocimientos teóricos con la práctica para la realización de un estudio de caso para la estructuración del pensamiento crítico y la toma de decisiones ante una persona adulta mayor a través del proceso atención de enfermería con fundamento en los patrones funcionales de M. Gordon para brindar un cuidado especializado y generar un aprendizaje significativo y trascendental.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una comunicación terapéutica enfermera – persona.
- Realizar la valoración geriátrica integral conjuntando los patrones funcionales de M. Gordon.
- Elaborar diagnósticos de enfermería en formato PES (reales y/o potenciales).
- Planificar las intervenciones de enfermería especializadas en la persona adulta mayor atendiendo a la respuesta humana.
- Proporcionar cuidados con enfoque de riesgo, prevención primaria, secundaria, terciaria, incluso cuaternaria si fuese necesaria.
- Colaboración multidisciplinaria para un abordaje integral de la persona.
- Evaluar el plan de atención de enfermería.
- Proporcionar un plan de alta, haciendo partícipe al cuidador primario y/o familia.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

La Colangitis Aguda ha sido una patología de gran morbimortalidad a través de la historia. En los años 70's tenía una mortalidad habitual de un 50%, que en los años 80's disminuye a un 7% gracias al avance de las unidades de cuidado intensivo, advenimiento de nuevos antibióticos y técnicas de drenaje biliar. Sin embargo, durante los 90's se reportaron tasas de mortalidad de 11 a 27%, por lo que sigue siendo una enfermedad letal en ausencia de un tratamiento oportuno.

Anteriormente la colangitis era tratada mediante cirugía. Sin embargo, este manejo se asociaba a una mortalidad cercana al 40%. En México la mortalidad asociada al tratamiento quirúrgico fluctúa entre el 3 y 23% de acuerdo a la complejidad del manejo escogido. Sin embargo, el avance de las técnicas de endoscopia y radiología ha desplazado estas técnicas y lo han reservado para casos seleccionados.²

La primera descripción de la que se hace referencia a esta patología fue debida a Charcot, que describió en 1877 la denominada "fiebre hepática", entidad que se caracteriza por la presencia de fiebre intermitente acompañada de escalofríos, dolor en hipocondrio derecho e ictericia. Con posterioridad, este complejo sintomático se reconoció como la tríada de Charcot. Desde un punto de vista clínico, lo más relevante es decidir si el paciente puede estar afectado de una colangitis aguda obstructiva, que se ha de sospechar cuando a la tríada de Charcot se asocian signos de sepsis grave o confusión mental, ya que en esta situación la mortalidad es elevada si no se asocia un tratamiento médico adecuado con una descompresión eficaz de la vía biliar.

² Asociación Mexicana de cirugía general A.C. (2014). *Guía de práctica clínica colangitis México*. Cd mx. P. 10-13. Disponible en: <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/colangitis.pdf>

El desglose de casos graves con colangitis aguda incluye 7-25% con choque, 7-22.2% con alteraciones del estado de alerta y 3.5-7.7% con pentada de Reynolds. En los pacientes con colelitiasis asintomática, el riesgo anual de desarrollar un cólico biliar es del 1%, una coledocolitiasis sintomática, la causa más frecuente de colangitis, del 0,2%² y una pancreatitis biliar de entre el 0,04 y el 1,5%.

Aunque conocemos el riesgo de estos pacientes para desarrollar una colecistitis aguda, aproximadamente el 0,3% anual, la incidencia de colangitis es desconocida. La incidencia de colangitis tras la práctica de una colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE) ha sido más estudiada y en una recopilación de varios estudios que incluía a más de 33.000 pacientes se situó entre el 0,7 y el 5,4%.³

3.2 ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

En los ancianos, las colangitis tienen mayor riesgo debido a las enfermedades asociadas, el riesgo de complicaciones, retraso en el diagnóstico, que traduce en una estancia hospitalaria prolongada; se sabe que las personas ancianas que son hospitalizadas por enfermedades agudas presentan con frecuencia deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas a la enfermedad de ingreso; dos características del paciente anciano agudamente enfermo son la disminución de su reserva funcional y la disminución de la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar.⁴ Estas características hacen que en el paciente anciano incremente el riesgo de complicaciones y su capacidad funcional comience a mermar, conduciendo a una cascada de eventos que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida.

³ Humberto Flisfisch F. Heredia C, (2011) *Colangitis Aguda: Revisión de aspectos fundamentales*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011. P. 39. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/06_COLANGITIS_AGUDA.pdf

⁴ José Carlos Millán Calentí (2010). *Inmovilidad, inestabilidad y caídas*. Geriatria y gerontología. Madrid: Médica Panamericana. p. 415- 424.

La relación entre el riesgo, las intervenciones y las estrategias de prevención de la colangitis así como la disminución de los días de estancia hospitalaria, representan un desafío clínico, a pesar de mejores estrategias para su identificación, en el presente se recurrió a la valoración geriátrica integral, como herramienta primordial en la atención al anciano y el desarrollo de un plan de cuidados para mejorar la calidad de vida, disminuir los riesgos de mortalidad y los costos en la prestación de servicios de salud; se pretende que las intervenciones de enfermera geriátrica permitan disminuir la morbimortalidad relacionada a la colangitis aguda.

Las intervenciones deben estar basadas en la Metodología de la evidencia científica, sustentado en una revisión juiciosa y exhaustiva de la bibliografía disponible en revistas electrónicas indexadas; desfavorablemente no existe información actualizada de la colangitis y sobre todo de datos estadísticos de nuestro país.

De acuerdo al nivel de asistencia y el grado de recomendación se presentan en orden descendente los artículos de investigación/ revisión:

1. *Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores.*

Nos menciona que la colecistectomía de urgencia por laparoscopia en el adulto mayor con colecistitis aguda, ha aumentado en el mundo, en este estudio se evaluaron los resultados del procedimiento, efectuando un análisis discriminado por subgrupos de edad. El método se estableció a partir del análisis descriptivo de los factores demográficos, clínicos, bioquímicos y de imágenes diagnósticas, en una población de adultos mayores sometidos a colecistectomía por laparoscopia de urgencia en comparación con la población general.

Se evaluó la tasa de morbilidad, de mortalidad, conversión y estancia hospitalaria para cada grupo y en dos poblaciones de adultos mayores (mayores de 65 a 74 años y mayores de 75 años), donde se incluyeron 703 pacientes (18,3% adultos mayores).

La hipertensión, la diabetes, la colangitis, la coledocolitiasis y la clasificación ASA III-IV fueron factores significativamente estadísticos en los adultos mayores. Las tasas de reintervención, de conversión y de hemorragia fueron estadísticamente significativas en los adultos mayores. A partir de los resultados el estudio concluye que la colecistectomía de urgencia por laparoscopia continúa siendo un procedimiento relevante en adultos mayores con colecistitis aguda. Se debe tener precaución pues las tasas de hemorragia, reintervención y conversión, son ligeramente superiores en este grupo.⁵

2. *Colangitis bacteriémica en adultos en un hospital general en Chile.*

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo con adultos atendidos entre el 2006 y el 2012 en un hospital general que analiza las características clínicas, evolución, microbiología y factores de riesgo asociados a ingreso a UCI, recurrencia y resistencia antimicrobiana en la colangitis. Se identificaron 22 pacientes con 29 episodios de bacteremia. Un 27,3% tenía historia previa de colangitis aguda, 45,5% de hospitalizaciones en los últimos tres meses y 50% recibió previamente antimicrobianos.

5 Luis Carlos Domínguez, et al. (2011). *Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores*. Rev Colomb Cir. 2011; 26:93-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n2/v26n2a5.pdf>

La coledocolitiasis fue la causa más frecuente de obstrucción (45,5%) y las neoplasias ocuparon el segundo lugar (36,4%). El 31% desarrolló shock hemodinámico y fue el factor determinante para ingresar a la UCI.

Las especies bacterianas mayoritarias fueron bacilos gramnegativos entéricos o no fermentadores (> 80% del total), 29.2% presentó resistencia a fluoroquinolonas y 26,1 % a cefalosporinas de tercera generación, fenómenos asociados al antecedente de colangiografía endoscópica retrógrada.

El 93,1% de los eventos de bacteriemia tuvo una respuesta favorable pero 31,8% de los pacientes presentó recurrencia de colangitis, con o sin bacteriemia, un hecho asociado a hospitalización reciente y que se dio en todos los casos antes de 81 días. La estadía hospitalaria promedio fue de 17,8 días.

Concluye que la intervención precoz sobre la VB, los cuadros de colangitis bacteriémica han logrado una baja letalidad, pero usan recursos intensivos, tienen una estadía prolongada, un patrón recurrente, pueden estar asociados a cáncer y a una diversidad de agentes bacterianos, algunos de ellos resistentes.⁶

3. Tratamiento de la colecistitis aguda en el anciano: cirugía urgente frente a terapia médica y cirugía diferida.

Es un estudio de cohorte retrospectiva sobre pacientes con edad igual o superior a 70 años tratados de colecistitis aguda entre 2003 y 2009. Se analizaron parámetros epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, quirúrgicos y de coste-efectividad. Menciona que la colecistitis aguda (CA) en el anciano es una entidad clínica frecuente, caracterizada por la elevada tasa de complicaciones y mortalidad.

⁶ Alberto Fica, et al. (2013). *Colangitis bacteriémica en adultos en un hospital general en Chile*. Rev Chilena Infectol 2013; 30 (1): 65-73. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716>

Durante los 6 años estudiados fueron tratados 173 episodios de CA en 147 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 80.6 años (máximo 101). En 103 episodios (77 pacientes) se adoptó tratamiento médico de los que 31 se operaron de forma electiva con un 100% de abordajes laparoscópicos, baja tasa de conversión (6.4%) y morbilidad (9.6%) sin registrarse mortalidad. Otros 85 pacientes fueron intervenidos de urgencia con un 78.5% de abordajes laparoscópicos, tasa de conversión del 19.7%, morbilidad 53% y mortalidad 3.5%. Con lo que concluye considerando todas las variables la cirugía urgente y el tratamiento médico seguido de colecistectomía electiva obtienen resultados similares, aunque los enfermos sometidos a colecistectomía laparoscópica precoz fueron los que mejor evolucionaron.⁷

⁷ Jesús Sánchez Beorlegui, et al. (2010). *Tratamiento de la colecistitis aguda en el anciano: cirugía urgente frente a terapia médica y cirugía diferida*. Rev. gastroenterol. Perú v.29 n.4 Lima oct./dic. 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000400006&script=sci_arttext

IV. MARCO CONCEPTUAL

“La idea no es que se pueda conceptualizar el mundo sin conceptos. La idea es que cuando reflexionamos sobre nuestra concepción del mundo, podemos reconocer en ella que algunos de nuestros conceptos y vías para representar el mundo dependen más que otros de nuestra perspectiva, de nuestra propia y local manera de aprehender las cosas”.

Frases de Bernard Williams

4. 1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Es importante establecer las bases por las cuales se reconoce a Enfermería como una disciplina profesional; para comprender el sentido de esta denominación, se retoma lo presentado por Ana Luisa Velandia quien cita a Taylor, para afirmar que la profesión se refiere a “todas aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: la competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad”.⁸

El desarrollo conceptual de Enfermería refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la profesión disciplinar, que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud, lo que se traduce en la consolidación del desarrollo conceptual, el crecimiento del cuerpo de conocimientos y la aceptación de Enfermería como una disciplina profesional.⁹

Históricamente enfermería ha evolucionado en su práctica y en su conceptualización, pasando de ser humanista hasta la conformación de una profesión cuya proyección social se ha ampliado en todos los niveles de la atención a la salud.

En México, la formación de las enfermeras, a semejanza de lo que ocurre en Europa y Estados Unidos, se realiza en los hospitales a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, esto va a tener una influencia determinante en la visión del cuidado y de persona cuidada que prevalece hasta nuestros días.

⁸ Eugenia Cabal E. Mildred Guarnizo T. (2011). *Enfermería como disciplina*. Revista Colombiana de Enfermería, Volumen 6 Año 6, Págs. 73-81. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf

⁹ Velandia M AL (2010). *Indicadores de profesionalización e identidad profesional de la Enfermera*. Publicaciones y reflexiones. Disponible en: http://analuisavelandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010//indicadores-de-profesionalizacion-e_07.htm

En el Hospital General de México el 9 de febrero 1907 inicia la formación de enfermeras por iniciativa del Dr. Fernando López y el Dr. Liceaga, en 1911 se incorpora a la Universidad Nacional de México.¹⁰ Para la OMS la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias; comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹¹

4.2 PARADIGMA DE ENFERMERÍA

La formación en Enfermería se ha asociado principalmente al paradigma positivista. Lo anterior se traduce en una desviación de los cuidados y de la persona enferma hacia la enfermedad, la técnica y la tecnología, acentuando la orientación positivista.¹²

En lo señalado, el tránsito del ser y hacer de las enfermeras desde el paradigma salud-enfermedad al de vida-salud, se torna lento y difícil, toda vez que los antecedentes del surgimiento de la enfermería moderna, las condiciones que establece el sistema de salud.

¹⁰ Jiménez Trujano L., Ostiguín M., Bermúdez. (2010) *El concepto de persona, como determinante del cuidado*. Práctica Profesional. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 3 Disponible En:

<https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CFwQFjAJahUKEwjUgM6xuPriAhULOz4KHUrDC0&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Ffreu%2Farticle%2Fdownload%2F29939%2F27827&usg=AFQjCNEosD2eKYWEp2fBbiPeazxR4OW7bw>

¹¹ Organización Mundial de Salud. (2015). *Enfermería*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

¹² R. Lizet Veliz. (2012) *Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería*. Index Enferm vol.21 no.4 Granada oct.-dic. 2012 disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010

En general, las influencias económicas, políticas, culturales, educativas y laborales, son factores decisivos para el cambio esperado en los albores del siglo XXI; reconocer que el ser y hacer del personal de enfermería en México, se fundamenta en el paradigma vida-salud es uno de los grandes desafíos.¹³

4.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

Los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales, son los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el quehacer de cada profesión que respondan a lo que no es y a aquello que la hace única y diferente.¹⁴

4.3.1 Salud

Entendida como un estado integral caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad.

4.3.2 Persona

Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse, dando significado a un ser creativo visto como un campo de energía heliocéntrico (bio-psico-socio-espiritual).

¹³ García Hernández M. Luisa, et al. (2014). *Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México: la reconstrucción del camino*. Esc. Anna Nery vol.13 no.2 Rio de Janeiro Apr./June. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200008&script=sci_arttext

¹⁴ Morales Valdivia, Estela. (2012). *Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*. Revista científica de Enfermería. Nº 4 Mayo. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf

4.3.2 Entorno

Se considera el entorno como un ambiente cambiante con factores positivos y negativos, relevantes o insignificantes donde las personas cercanas interactúan con la persona que posee su propia concepción del mundo, tanto físico como espiritual.

4.3.4 Enfermería

Disciplina científica y humanística del arte de cuidar, a través de ser protector de la dignidad humana; de empatía, consuelo y alivio frente sufrimiento; de ayuda en el afrontamiento a la enfermedad y a la discapacidad; favorecedor de una muerte tranquila.¹⁵

4.4 TEORÍA DE M. GORDON

4.4.1. BIOGRAFÍA

Marjory Gordon profesora y teórica estadounidense, líder internacional en el campo de la Enfermería fue la creadora en los años setenta de los patrones funcionales de salud de Gordon con la intención de crear un método de valoración de pacientes, que incluyera conocer los datos necesarios del paciente, su familia, la comunidad y su entorno de forma global y holística y generar diagnósticos propios de Enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), asociación de referencia a nivel mundial para la elaboración y difusión de los diagnósticos de Enfermería.

¹⁵ Susana Santos Ruiz, (2010). *Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma*. Enfermería Global. Enferm. glob. n.18 Murcia feb. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100011&script=sci_arttext

La taxonomía II de la NANDA publicada entre 2009-2011 es el actual sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados los diagnósticos de Enfermería, para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía se utilizaron los patrones funcionales de salud de Gordon, que en la estructura taxonómica de la NANDA pasan a llamarse dominios y que en su proceso de adaptación terminan por ser. Contribuyó al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado, y a la creación de una terminología propia de la Enfermería para su uso en todo el mundo, su obra tiene implicaciones en la investigación y en la educación en salud y en el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias.¹⁶

4.4.2 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.

- PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD: Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación, prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

- PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO: Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo o las posibilidades de disponibilidad, problemas en su ingesta, características de la piel y mucosas.

¹⁶ Maribel Miralles-Enfermera. (2015). *En memoria de Marjory Gordon. "Callista Roy" / Living legend Marjory Gordon*. Disponible en: <http://nurseteando.com/en-memoria-de-marjory-gordon>

- PATRÓN 3: ELIMINACIÓN: Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos, materiales para su control o producción y características de las excreciones.

- PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO: Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo; busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

- PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO: Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL: En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

- PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO: Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

- PATRÓN 8: ROL – RELACIONES: Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc., así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo y a la existencia de problemas en las relaciones familiares o sociales.

- PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN: Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y la reproducción.

- PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS: Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo, capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS: Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.¹⁷

¹⁷ José Luis Álvarez, et al. (2011). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Disponible en: http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf

4.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.5.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

Es un método científico, sistemático y organizado que permite prestar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Su objetivo es servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería e imprimir a la profesión un carácter científico para favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada, además traza objetivos y actividades evaluables y desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.¹⁸

4.5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

— Valoración

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta. Es el primer paso que se debe realizar; puesto que todo el plan de cuidados se basa en los datos recogidos; es muy importante que la información obtenida del paciente, familia, historia clínica, etc., sea validada, completa y esté bien organizada. Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

a) Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona), permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.

¹⁸ Armendáriz Ortega Angélica. (2011). *Teorías de Enfermería y su relación con el proceso de atención en Enfermería. Aventuras del pensamiento.* Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/05/12/enfermeria.pdf

b) Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- a) Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- b) Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.
- c) Valoración urgente: se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente. Su objetivo es identificar problemas que amenazan la vida.¹⁹

- Diagnóstico

Indica problemas reales y potenciales del paciente. Describe la respuesta humana a problemas de salud, describe problemas reales o potenciales. Es un problema que refleja un juicio de enfermedad que procede de la valoración y se refiere a afecciones que pueden ser tratadas de forma independiente.

¹⁹ Antonio Arribas Cachá, et al., (2016). *FUDE. Observatorio de Enfermería. Valoración de Enfermería estandarizada*. Madrid. 11-14 pp. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf

La NANDA-I recomienda el uso del Formato PES que, en 1982, Margory Gordon propuso para enunciar los diagnósticos de enfermería. Este formato consta de tres partes, correspondientes a:

P (Problema), E (Etiología), S (Signos/Síntomas).

— Planificación:

Consiste en la elaboración del plan de cuidados para lograr los objetivos esperados, mediante el establecimiento de prioridades, formulación de objetivos y determinación de actividades, identificar las posibles soluciones, establecer patrones de evaluación, determinar las acciones necesarias o estratégicas y brindar información al resto del equipo.

— Ejecución:

Es la puesta en marcha del plan de cuidados. Las actividades o intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico, espiritual, fomentar, conservar y restaurar la salud (OMS).

— Evaluación:

Es un proceso de identificación del progreso dirigido hacia la consecución de objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente al comparar la situación real con los objetivos que se habían fijado previamente. Sólo se dará por concluido el proceso clínico cuando se hayan cumplido todos los objetivos, asegurando de esta manera el hecho de proporcionar a los pacientes unos cuidados de calidad.²⁰

²⁰ Manual CTO Oposiciones de Enfermería. (2010) *Metodología de Enfermería: fases del proceso de enfermería. valoración diagnóstica según patrones funcionales De Marjory Gordon*. Diagnósticos De Enfermería: concepto y tipos según taxonomía NANDA. Disponible en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf

4.6 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

4.6.1 CONCEPTO

Es la herramienta principal de trabajo del equipo multidisciplinar en geriatría, y su finalidad es facilitar el abordaje del paciente adulto mayor dadas las características de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y las presentaciones especiales de la enfermedad (atipicidad), lo que hace necesaria una evaluación específica.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional interdisciplinario con enfoque en las capacidades funcional, cognitiva- emocional, clínica y social del adulto mayor para desarrollar un plan coordinado e integrado.

Esta valoración está conformada por la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados “escalas de valoración geriátrica”, los cuales facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor.

4.6.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO

La importancia de enfermería dentro de la valoración del adulto mayor residente es el proceso diagnóstico multidimensional, destinado a identificar, describir y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el residente. Esta valoración permitirá diseñar un plan de cuidado global, optimizar los recursos disponibles y efectuar el seguimiento y evolución de cada residente.²¹

²¹ Kameyama Fernández Lucero (2011). *Valoración geriátrica integral*. Vol. V Número 2-2010: 55-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2011/rr102c.pdf>

4.7 DESCRIPCIÓN DE ESCALAS GERIÁTRICAS

4.7.1 VALORACIÓN CLÍNICA

Sus pilares fundamentales son la historia clínica y la exploración física, que aportan información sobre el estado nutricional, la pluripatología, la comorbilidad, la polifarmacia, los síndromes geriátricos y la tendencia a la cronicidad e incapacidad, gravedad o muerte; factores que influyen en el curso clínico del bienestar o la enfermedad del anciano.

Las herramientas para evaluar el estado nutricional son:

- MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) (Ver anexo 1)

El objetivo de esta escala es establecer si existe desnutrición mediante la aplicación del instrumento. Dicho instrumento está conformado por 18 preguntas, de las cuales 6 pertenecen al tamizaje y 12 a la confirmación. La puntuación va de 0.0 a 30 con un máximo de 30 puntos en total: 14 para el tamizaje y 16 para la confirmación de desnutrición. Cabe destacar que hay dos líneas de corte: en el tamizaje y en el estudio. La línea de corte en el tamizaje es 12. Es importante mencionar que al obtener esta puntuación no se continúa el estudio.

Recoge índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Clasifica al individuo en bien nutrido, riesgo de malnutrición o malnutrido. Su realización es simple; toma menos de 15 minutos. La puntuación máxima es de 23 a 30 puntos; los diferentes diagnósticos del estado de nutrición se presentan mediante la siguiente puntuación: < 17 puntos: desnutrición, 17-23.5: riesgo de desnutrición; ≥ 24 puntos: estado nutricional adecuado.²²

²² Rendón-Orozco MC et al. (2011) *Valoración clínica integral en geriatría*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 171-177 Disponible En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112l.pdf>

4.7.2 VALORACIÓN FUNCIONAL

La valoración funcional es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). Las AIVD son aquéllas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia; son necesarias para mantener su participación en la comunidad (transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, quehacer doméstico y lavandería). Las AAVD permiten al individuo actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso; incluyen roles sociales, familiares y comunitarios, así como participación ocupacional y de recreación. Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

— EL ÍNDICE DE KATZ (Ver anexo 2).

Escala publicada por Sydney Katz y colaboradores en el año de 1976. El objetivo de la herramienta es la evaluación de una serie de actividades básicas para la función del ser humano, se incluyen la capacidad para bañarse, vestirse, movilizarse fuera de cama, usar el sanitario, contener los esfínteres y alimentarse. Mediante el interrogatorio del adulto mayor, sus familiares y cuidadores, se evalúa si el adulto mayor es capaz de realizar sin asistencia cada una de las actividades, existiendo para cada una de ellas distintos escenarios que permiten identificar si el paciente es o no independiente.

Existen dos formas en que puede evaluar el índice de Katz, la forma original cualitativa y la forma numérica. La forma original, propuesta por los desarrolladores de la herramienta, asignaba una letra de la A hasta la H de acuerdo con las actividades que se encontraban afectadas en el adulto mayor. Esta forma de evaluación es confusa, sobre todo en el personal de salud que no está familiarizado con la herramienta, además de dificultar la interpretación de los cambios en las evaluaciones subsecuentes.

La forma numérica asigna un punto como máximo a cada una de las actividades en las que el adulto mayor es independiente, mientras que si requiere asistencia para alguna de ellas, de acuerdo con los posibles escenarios, no se le asignaran puntos. Se puede obtener una puntuación máxima de 6 puntos, considerando independiente al paciente con 6 puntos y totalmente dependiente o con pérdida de la autonomía al paciente con 0 puntos.²³

— EL ÍNDICE DE BARTHEL (Ver anexo 3).

Publicado por Mahoney y Barthel en 1965. Es una herramienta cuyo objetivo es evaluar una serie de actividades básicas para la función del ser humano, evalúa por separado la continencia del esfínter urinario y anal, además de evaluar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar sin asistencia una distancia mayor de 50 m. Tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y aunque es menos conocida, suele ser preferida por personal de salud dedicado a la rehabilitación.

Puede ser aplicado a adultos mayores en comunidad, sobre todo en aquellos con enfermedades neuromusculares y musculoesqueléticas. Para cada una de las actividades a evaluar se cuenta con distintos escenarios que evalúan si el adulto mayor es independiente para realizar, requiere algo de asistencia o es incapaz de realizarla. A cada uno de los escenarios se le asigna una puntuación que puede ir de 0 a 15 puntos dependiendo del rubro. Evalúa 10 actividades: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias, subir/bajar escalones, continencia urinaria y fecal y alimentación. Al finalizar la evaluación de cada una de las actividades, se sumara los puntos obtenidos en cada uno de los rubros hasta obtener un máximo de 100 puntos. Se considera independiente al paciente con 100 puntos y dependiente al paciente con 0 puntos.

²³ Martha Graciela Segovia Díaz de León, et al. (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Gerokomos vol.22 no.4 Madrid- dic. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

Entre menor sea la puntuación obtenida mayor será la dependencia funcional. No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia). De acuerdo con la puntuación obtenida, se puede evaluar la gravedad de la dependencia funcional de la siguiente manera: Leve: > 60 puntos. Moderada: 40 a 55 puntos. Grave: 20 a 35 puntos. Severa o total: < 20 puntos.

Tiene un gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con evento cerebrovascular. En lo que respecta a la comparación con evaluaciones previas o subsecuentes, permite identificar los cambios en la intensidad en la dependencia funcional.

— LAWTON Y BRODY (Ver anexo 4).

Es la herramienta más utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, publicada en 1969 por Lawton y Brody. El objetivo de la herramienta es evaluar una serie de actividades que requiere desempeñar el adulto mayor que vive en una comunidad de tipo urbano, necesitando integridad en sus esferas biológicas y sociales primordialmente. Las actividades evaluadas incluyen la capacidad para utilizar el teléfono, transportarse en vehículos automotores a lugares distantes, realizar compras, controlar el consumo de sus medicamentos, manejar sus finanzas, realizar la limpieza de su domicilio, lavar su ropa y preparar sus alimentos. Se requiere la participación activa del adulto mayor, sus familiares y sus cuidadores, en especial cuando el paciente presente deterioro cognoscitivo y/o funcional grave.

Cuando los varones evaluados requieren asistencia para la preparación de alimentos, la limpieza de su domicilio o el lavado de la ropa, se deberá interrogar si en etapas previas de su vida fue responsable de realizar dichas actividades o jamás las realizó por el contexto cultural donde vivió.

Se asignará un punto a cada una de las actividades en que el paciente no requiera de asistencia. Existen distintos escenarios para cada una de las actividades con las cuales el personal de salud puede decidir si considere independiente o dependiente en cada una de ellas al adulto mayor, se puede obtener una puntuación máxima de 8 puntos, siendo independiente el adulto mayor con 8 puntos y dependiente el paciente con 0 puntos.

— PRUEBA DE CORTE DE DESEMPEÑO FÍSICO (SPPB). MARCHA Y EQUILIBRIO (Ver anexo 5).

Fue desarrollada desde el año 1990 por Jack Guralnick. La prueba o test incluye tres pruebas: equilibrio, velocidad de la marcha y capacidad para levantarse y sentarse de una silla. En el test de equilibrio, el participante intenta mantener tres posiciones: pies juntos, semi-tándem y tándem durante 10 segundos; las tres subpruebas siguen una secuencia jerárquica, en el test de velocidad de la marcha, el participante anda a su ritmo habitual una distancia de 4 metros. El test se realiza dos veces y se registra el tiempo más breve de los dos. Provee un marco estructurado para evaluar componentes específicos de la marcha y balance.

Cada test se puntúa de 0 (peor rendimiento) a 4 (mejor rendimiento): para el test de equilibrio según una combinación jerárquica del desempeño en los 3 subtest componentes y para los otros 2 test se asigna una puntuación de 0 a aquellos que no completan o intentan la tarea y puntuaciones de 1 a 4 en función del tiempo empleado. Además, se obtiene una puntuación total para toda la batería que es la suma de la de los 3 test y que oscila entre 0 y 12.²⁴

²⁴ Julio Cabrero-García, et al. (2012). *Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud*. Atención Primaria, Volume 44, tomo 9, pp 540-548. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712000923>

— ESCALA ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD) (Ver anexo 6)

Publicada en 1966 por Rosow y Breslau, esta herramienta que pretende detectar en adultos mayores en comunidad la limitación para realizar una serie de actividades cotidianas que se pueden asociar con dependencia funcional y desarrollo de discapacidad, evalúa la capacidad para recorrer 500 m sin asistencia y sin detenerse, la capacidad de subir y bajar escaleras para llegar a otro piso sin asistencia y la capacidad para realizar trabajo en casa ejemplificado como lavar las paredes o realizar actividades de jardinería. Se le asigna un punto por cada una de las 3 actividades que pueda realizar de forma independiente, con un máximo de 3 puntos en total para la escala, considerándose con bajo riesgo de alteraciones en la movilidad si logra los 3 puntos o con alta probabilidad de alteraciones serias en la movilidad si no logra obtener ningún punto y se reporta en 0 puntos.

A pesar de ser la herramienta más descriptiva y útil en el proceso de aprendizaje de la evaluación de la marcha y el equilibrio en los adultos mayores, con una buena sensibilidad y especificidad para identificar el riesgo de caídas, requiere entre 15 a 20 min para aplicarse por personal experto por lo que no es una herramienta práctica para su aplicación cotidiana en la consulta de primer nivel de atención.²⁵

— ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD) (Ver anexo 7)

El objetivo de este cuestionario es establecer la capacidad funcional física del individuo a través de actividades de la vida diaria. Está integrado por nueve actividades físicas que valoran la flexibilidad, elasticidad, fuerza y resistencia del aparato musculo esquelético. La puntuación va de 1 a 5, con un máximo de 5 puntos. Cada actividad se califica con 1 si ésta es realizada.

²⁵ Id.

Las preguntas del cuestionario están divididas en 9 actividades: 1º extender los brazos por debajo de los hombros (elasticidad); 2º extender los brazos por arriba de los hombros (elasticidad); 3º levantar objetos de un peso menor de 5 Kg (fuerza y resistencia); 4º permanecer sentado por más de una hora; 5º tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos (fuerza y resistencia); 6º permanecer parado por más de 15 minutos; 7º Mover objetos grandes (fuerza y resistencia); 8º levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg (fuerza y resistencia) y 9º agacharse y arrodillarse (flexibilidad). Para su calificación existen dos opciones, cualitativa y cuantitativa: en la primera opción se debe especificar la(s) actividad(es) en la que el individuo es capaz de realizarlo sin dificultad, con dificultad, o no es capaz de realizarlo, no existe línea de corte es una evaluación descriptiva, a pesar de que hay una ponderación.²⁶

4.7.3 VALORACIÓN COGNITIVA

Para hacer la evaluación cognitiva es fundamental conocer la escolaridad del paciente, y se requiere la historia clínica, exploración física y neurológica, exploraciones complementarias, observación del comportamiento del paciente y aplicación de cuestionarios. La función cognitiva incluye la atención, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales y capacidad ejecutiva, praxias y gnosias.

El deterioro cognitivo en el adulto mayor es alto y su prevalencia aumenta con la edad, hasta 20% en los mayores de 80 años. Se asocia con trastornos conductuales y mayor utilización de recursos de salud; durante su curso puede aparecer algún síndrome geriátrico: inmovilidad, incontinencia, caídas.

²⁶ Alma Rosa Cortés N, et al. (2011). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor*. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext

— EXAMEN MINIMENTAL (MMSE) (Ver anexo 8)

El objetivo de este estudio es establecer la presencia de probable deterioro cognoscitivo mediante la entrevista a la persona adulta mayor. Es una prueba de tamizaje útil, su realización suele tomar de 5 a 10 minutos en personas con deterioro cognitivo. Prueba múltiples dominios de la función cognitiva, incluyendo orientación, registro, atención y cálculo, evocación, lenguaje y función visuoespacial. Se ha validado en diferentes escenarios. La puntuación tiene un rango de 0 a 30; dependiendo de la respuesta, ésta se califica con 0 si la respuesta es incorrecta y con 1 si es correcta. Los ítems de esta escala se dividen en 5 funciones mentales superiores: 1ª orientación en tiempo y lugar, 2ª memoria a corto plazo, 3ª atención y cálculo, 4ª memoria diferida y 5ª lenguaje oral y escrito. Para su calificación se realiza la suma total de cada apartado correspondiente a la función mental superior explorada. Consta de 11 ítems, con una puntuación máxima de 30 puntos, y un punto de corte de 24 puntos, mediante el cual se alcanza una sensibilidad para la detección de demencia superior a 80%. Puntuaciones de menos de 24 puntos son anormales e indican deterioro cognitivo severo. Se debe tomar en consideración su nivel educativo, porque la demencia puede estar presente incluso en pacientes con calificaciones normales.

Las características esenciales que se evalúan son: Orientación espacio- tiempo, capacidad de atención, concentración, memoria, capacidad de abstracción (cálculo), lenguaje, percepción viso- espacial y capacidad para seguir instrucciones básicas. Fue creada a través de la práctica clínica. La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Entre 30 y 27: sin deterioro, entre 26 y 25: dudoso o posible deterioro, entre 24 y 10: demencia leve a moderada, entre 9 y 6: demencia moderada a severa, menos de 6: demencia severa.

— PRUEBA DEL RELOJ (Ver anexo 9)

La idearon Shulman et al. en 1986 y valora principalmente las alteraciones visoespaciales y constructivas. La prueba del reloj fue originalmente desarrollada para evaluar las habilidades visuo-construccionales. Este sencillo procedimiento puede evaluar las siguientes habilidades cognitivas: comprensión auditiva; planeamiento; memoria visual y reconstrucción de una imagen gráfica; habilidades visuo-espaciales; programación motora y ejecución; conocimiento numérico; pensamiento abstracto (instrucción semántica); inhibición de la tendencia a colocar por características perceptuales del estímulo (ante la orden de poner las agujas a las 11 y 10, impulso de colocar erróneamente encima del número 11 y 10); concentración y tolerancia de la frustración.²⁷

En la condición de TRO, el punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 6. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad, especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9. En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8. El punto de corte de mayor eficacia del TRO+ TRC es 15. Así pues, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) en las dos condiciones del test (orden y copia) es menor o igual a 15, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 15.²⁸

²⁷ D’HYVER, C., Gutierrez, L. (2014). *Geriatría*; 3a ED. Ed. : Manual Moderno pág. 43-44

²⁸ Álvarez Marujo, et al. (2011). *Apuntes de Geriatría*. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EhRB_nlYds4C&oi=fnd&pg=PA339&dq=valoraci%C3%B3n+geriatrica+integral&ots=tYB1kc12XV&sig=JhUwm9c9F2vaQl8WHErbPrHpN9o#v=onepage&q&f=false

4.7.4 VALORACIÓN EMOCIONAL

La depresión y la ansiedad son los trastornos afectivos más comunes y resultan en sufrimiento significativo en los adultos mayores.

— LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Ver anexo 10)

En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. El objetivo de este instrumento es detectar la existencia de sintomatología depresiva.

Éste está integrado, en su versión abreviada, por 15 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) y, por lo tanto, la puntuación va de 0 a 15. Las preguntas de esta escala se dividen en 5 puntos: Percepción (se explora a través de las preguntas 1, 10, 12, 15), estado emocional (se explora a través de las preguntas 4, 5, 6, 7, 11), desesperanza (se explora a través de las preguntas 3, 8, 14), interés (se explora a través de las preguntas 2, 9) y anergia (se explora a través de la pregunta 13).

Para su calificación se realiza la suma total de cada pregunta. La línea de corte es 5, una calificación de 6 a 15 indica la probabilidad de que la persona presente depresión. Si la persona presenta un puntaje mayor o igual a 6 significa que existe probable depresión. De 6 a 10 se considera depresión leve. Si la puntuación es mayor de 10 es necesario referir al especialista para confirmar diagnóstico.²⁹

²⁹ Secretaría de Salud, Centro Nacional de programas preventivos y control de enfermedades, (2012). *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*. México. Ed. Talleres Gráficos de México, disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf

4.7.5 VALORACIÓN SOCIAL

Las redes de apoyo social son un concepto complejo y multidimensional de los contactos sociales, relaciones, roles sociales, recursos y actividades; son complejas, frágiles y de naturaleza evolutiva, por lo que evaluarlas puede ser difícil. El apoyo puede ser formal o informal. Las redes sociales informales involucran a familiares, amigos y vecinos que no reciben una compensación económica por su trabajo; ellos proveen apoyo social, financiero y en las actividades diarias. La salud y el bienestar del adulto mayor y del cuidador están unidos, por tanto los niveles altos de dependencia traen consigo una carga enorme al cuidador. La sobrecarga, la negligencia y el abuso son posibles consecuencias de las cargas grandes al cuidador.

— ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (Ver anexo 11)

Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar la sobrecarga de cuidadores del Adulto Mayor. Dicho estudio está integrado por 22 preguntas que evalúan la sobrecarga del cuidador de acuerdo con su percepción de las circunstancias. La puntuación va de 0 a 4. Las respuestas se presentan en una lista de afirmaciones, categorizadas como “nunca”; “rara vez”; “algunas veces”; “bastantes veces” y “casi siempre”, las cuales reflejan la percepción cómo se siente la persona que cuida a otra persona. La línea de corte es 46; si el resultado es igual o mayor a 47 es probable que la persona presente sobrecarga del cuidador.³⁰ Lin et al., asociaron el poco apoyo familiar a una mala recuperación funcional.³¹

³⁰ Carolina Andrea Muñoz Silva. (2015). *Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile*. Artículos de revisión Rev Med Chile 2015; 143: 612-618 disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>

³¹ Infante-Castro, et al. (2013) *Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera*. Cir Cir 2013; 81:125-130. Volumen 81, No. 2, Marzo-Abril. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66225687008>

V. MARCO TEÓRICO

“Todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia.

Lo que importa es lo que se hace con ellas”.

Jorge Luis Borges

5.1. COLANGITIS AGUDA

5.1.1 CONCEPTO

Es una infección potencialmente grave de las vías biliares, que se produce como consecuencia de una obstrucción a dicho nivel (conductos biliares intra y extrahepáticos).³² .

Esta producida por la existencia de bacterias en la bilis, en una situación de obstrucción biliar; como consecuencia de la obstrucción del flujo biliar, se produce un aumento en la presión intraductal que favorece el paso de gérmenes a la circulación portal y linfática, produciendo episodios de bacteriemia con septicemia o sin ella.

5.1.2 ETIOLOGÍA

Es debida a enfermedades concomitantes (colangitis primarias: coledocolitiasis (70%), parasitosis, estenosis, quistes de colédoco, colangitis esclerosante y tumores) o, por actuaciones directas o indirectas, diagnósticas o terapéuticas, sobre el hígado o la vía biliar (colangitis secundarias). La colangitis será supurada o no supurada si la bilis en la vía biliar está contaminada o es purulenta; los gérmenes más frecuentes involucrados son E. Coli (50%), KleibSELLA, estreptococo faecalis, enterobacter, pseudomona, bacteroides y clostridium.³³

32 Benito Almirante, Carlos Pigrau, (2010). *Colangitis aguda*. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Volume 28, Supplement 2, September 2010, P. 18-24. disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_eid=1-s2.0-S0213005X10700264&originContentFamily=serial&_origin=article&_ts=1477504849&md5=8cbf822c9fd1cac3e84d24418314e2e9

33 V.F. Moreira y A. López San Román. (2011) *Colangitis esclerosante primaria*. Rev. esp. enferm. dig. v.101 n.5 Madrid mayo 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500010&script=sci_arttext

5.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Existen escasos datos epidemiológicos. En uno de los más recientes estudios poblacionales se ha establecido una incidencia de 0,9 casos por 100.000 personas y una prevalencia de 13,6 casos por 100.000 habitantes, con tasas de incidencia y prevalencia superiores en varones.

5.1.4 FISIOPATOLOGÍA

Cuando existe el antecedente de manipulación instrumental mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía transparietohepática (CTP) o cirugía complicada, es posible la infección por gérmenes gramnegativos más resistentes a antibióticos, como *Pseudomonas* o *Enterobacter*. El mecanismo por el que se producen la bacteriemia y la sepsis se explica por el reflujo de gérmenes sometidos a presión intrabiliar hacia las venas o linfáticos perihepáticos; además, la infección biliar puede extenderse al parénquima hepático dando lugar a la aparición de abscesos.³⁴

Los 2 factores más importantes para el desarrollo de una colangitis son la colonización bacteriana de la vía biliar y, sobre todo, la obstrucción de su luz. En condiciones normales, las vías biliares son estériles debido a las propiedades antibacterianas de las sales biliares y a la secreción local de inmunoglobulina A (IgA), y el papel del esfínter de Oddi es evitar el reflujo de microorganismos a partir del tracto digestivo. Se ha observado que la vía biliar está colonizada en el 16% de los pacientes sometidos a cirugía abdominal no biliar, en el 44% de las colangitis crónicas, en el 50% de los casos con obstrucción de la vía biliar, en el 72% de los pacientes con colangitis aguda y en el 90% de los pacientes con ictericia secundaria a coledocolitiasis.

34 Pablo Orellana Soto (2014). *Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda*. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual Vol. 31 (1), Marzo 2014. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art09v31n1.pdf>

La colangitis aguda se produce por la asociación de la presencia de bacterias en la bilis y un aumento de la presión intrabiliar debida a obstrucción; es decir, la infección biliar es necesaria pero no suficiente. Los gérmenes pueden llegar a la vía biliar por dos caminos: a) de forma ascendente, desde el duodeno (el más común) y b) por vía portal por un mecanismo de translocación bacteriana.

Esto explica que los gérmenes más frecuentemente aislados sean *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus* y *Proteus*. Cuando existe el antecedente de manipulación instrumental mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía transparietohepática (CTP) o cirugía complicada, es posible la infección por gérmenes gramnegativos más resistentes a antibióticos, como *Pseudomonas* o *Enterobacter*.

El factor más determinante para el desarrollo de una colangitis es la obstrucción de la vía biliar, que facilita la proliferación bacteriana a dicho nivel. Además, se ha observado que la obstrucción causa cambios en la función de los neutrófilos, con una disminución de la adhesión y de la capacidad fagocitaria, y una respuesta anómala de las citocinas.³⁵

5.1.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por la conocida tríada de Charcot (presente en el 70% de los casos): fiebre (95%), ictericia (80%) y dolor en hipocondrio derecho (90%). El dolor puede ser leve y transitorio y a menudo se acompaña de escalofríos. El delirium, la hipotensión, el letargo y el delirio son sugestivos de una bacteriemia y/o shock séptico (15% de los casos), y son expresión de la forma evolutiva más grave.

³⁵ id.

5.1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de colangitis se basa en la asociación de signos y síntomas de infección con los propios de una obstrucción biliar. Cuando se añade confusión mental y shock se denomina Pentada de Reynolds, con menos frecuencia y que se asocia con una colangitis supurada grave. Puede presentar heces color arcilla, orina oscura así como náuseas y vómitos. El laboratorio muestra hallazgos de obstrucción biliar con aumento variable de las bilirrubinas más de 2mg/dl (80%) y enzimas de colestasis (FA, TGO, TGP).

Habitual encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda (80%) siendo por lo general las cifras más altas en torno a 20.000 por mm³, reflejo de las formas más severas, hemocultivos positivos durante los escalofríos o picos febriles. La ecografía es la técnica de elección para detectar la existencia de obstrucción biliar por su elevada eficacia y versatilidad, pudiéndose detectar también complicaciones en la colangitis como absceso hepático.

5.1.7 TRATAMIENTO

El tratamiento de la colangitis aguda se basa en la combinación de la administración de antibióticos y el drenaje biliar. En todos los casos se deben corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y mantener una adecuada hidratación por la tendencia al fracaso renal de los casos graves, así como ordenar la realización de hemocultivos.

Deberá ser precoz monitorizándose la tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, diuresis, e incluso presión venosa central en casos graves, la reposición hidroelectrolítica con Hartman 1500 ml y salina 1500ml, en 24 horas, un mayor aporte energético (soluciones equilibradas de principios inmediatos que superen las 2000 kcal/24h).

En presencia de obstrucción biliar la excreción de los antibióticos en la bilis está muy disminuida, el mantenimiento de unos niveles plasmáticos terapéuticos adecuados sirve para controlar la bacteriemia producida por el reflujo colangiovenoso.

La pauta generalmente recomendada ha sido la combinación de una penicilina de amplio espectro (ampicilina o amoxicilina clavulámico 1gr /6-8h) o una cefalosporina de 3ª generación (Cefotaxima 1gr/6-8h,ceftriaxona 1gr/24IV o ceftazidima 1gr/6h IV) con un amino glucósido (Gentamicina 240mgr/24h IV, tobramicina 100 mgr/12h IV o amikacina 500mgr/12h IV), aunque deben usarse con precaución por el efecto nefrotóxico de estos últimos.

Si la respuesta es satisfactoria, se aconseja continuar el tratamiento 7-10 días, aunque se puede adecuar la pauta antibiótica según el resultado de los hemocultivos. En algunos casos que se presentan con un shock séptico grave desde el comienzo, el drenaje debe realizarse inmediatamente tras un corto periodo de resucitación para estabilizar las constantes.

Aunque el tratamiento clásico ha sido el drenaje quirúrgico (colecistectomía, coledocotomía, extracción de cálculos, lavados, y drenaje biliar transcístico o en T de Kher, acompañado o no de un drenaje interno de la vía biliar), su elevada mortalidad en presencia de sepsis y los buenos resultados del drenaje no quirúrgico han declinado la balanza a favor de estos últimos.

Tanto el drenaje percutáneo (CTPH) como el endoscópico (CPRE) son alternativas eficaces al quirúrgico, pero se prefiere este último por sus menores complicaciones y porque permite habitualmente el tratamiento definitivo de la coledocolitiasis.³⁶

³⁶ Francisco Melgarejo Cordero. (2011). *Urgencias Médicas Digestivas*. Meynet. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/colebili.pdf>

5.2 SÍNDROME GERIÁTRICO: TRASTORNO MARCHA- BALANCE

Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años.

La marcha es una serie de movimientos rítmicos del tronco y extremidades que determinan un desplazamiento hacia delante. Para la mantención del equilibrio y locomoción, se requiere de la interacción de los sistemas aferentes (visual, vestibular y propioceptivo) con los centros de proceso de esta información (médula, tronco, cerebelo y hemisferios cerebrales), de la eferencia motora (vía piramidal y extrapiramidal) y del aparato músculo-esquelético, construyéndose así un programa motor, en un contexto de decisiones voluntarias (por indemnidad de la función cognitiva) y continuos ajustes inconscientes del sujeto (reflejos posturales).

En el envejecimiento ocurren una serie de modificaciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio y en el aparato locomotor, que pueden modificar el patrón normal de la marcha. La marcha se caracteriza por una postura del cuerpo con discreta proyección anterior de cabeza, flexión del tronco, caderas y rodillas.

Las extremidades superiores tienden a realizar un menor balanceo y el desplazamiento vertical del tronco se reduce; el largo del paso disminuye y el ancho del paso se incrementa levemente. Los ancianos tienen una fase de balanceo reducida a expensas de la fase de doble apoyo. El doble apoyo aumenta con la edad de un 15-20% del ciclo de marcha hasta el 25-30%.

En el tobillo disminuye la fuerza del tríceps sural y el rango articular en parte por pérdida de elasticidad de las partes blandas; en el pie es común la atrofia de las células fibroadiposas del talón, zonas de hiperqueratosis en la piel de planta y dorso de ortejos y atrofia de la musculatura intrínseca del pie, en la rodilla, por la alta prevalencia de artrosis, se produce disminución de la movilidad articular.

A nivel de cadera, es bastante frecuente que por la posición sedente prolongada se produzca acortamiento del músculo iliopsoas favoreciendo la pérdida de extensión de la cadera. Debido al acortamiento del psoas iliaco y su eventual sobreactivación mioeléctrica se altera el patrón de reclutamiento muscular en el plano sagital y el glúteo mayor (extensor de cadera) pierde capacidad de activación. La alteración entre las fuerzas de flexión y extensión genera condiciones poco favorables para la articulación y se precipita el desgaste articular.³⁷

5.3 SÍNDROME GERIÁTRICO: POLIFARMACIA

Clásicamente se define polifarmacia como el uso de más de cinco fármacos, en general es multifactorial, uno de los factores que más contribuye es que el paciente sea visto por diversos especialistas y cada uno de ellos indique fármacos por su cuenta sin establecer comunicación entre ellos, las consecuencias negativas de la polifarmacia son: reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas, duplicación de efectos farmacológicos, disminución en la calidad de vida e incremento en costos sanitarios.

³⁷ Cerda Lorena A. (2014). *Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor*. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(2) 265-275. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90312987&pident_usuario=0&pcont_actid=&pident_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf

Un estudio mostró que 73% de las reacciones adversas a medicamentos eran por fármacos que eran innecesarios, por interacciones medicamentosas y por medicamentos que estaban contraindicados.¹⁸ La VGI juega un rol fundamental en este proceso. Algunas recomendaciones para prescripción segura:

- Basar la prescripción de fármacos según los diagnósticos del paciente y en la valoración geriátrica integral y analizar si existe una alternativa no farmacológica más segura.
- Preguntar al paciente por medicación actual (fármacos prescritos y no prescritos, automedicación, medicamentos naturales).
- Al prescribir un medicamento nuevo, se debe iniciar con dosis bajas y tener en cuenta los cambios fisiológicos del envejecimiento, metabolismo, vía de excreción del fármaco, calcular aclaramiento de creatinina y ajustar dosis de ser necesario.
- Prescribir dosificaciones simples y utilizar herramientas para evitar fármacos potencialmente inapropiados, como criterios de Beers o STOPP/START.
- Revisar frecuentemente la medicación actual del paciente y verificar que cada medicamento sea necesario. Los medicamentos innecesarios deben ser identificados y suspendidos.
- Evitar cascada de la prescripción.³⁸

³⁸ Paola Fuentes, Javier Webar. (2013). *Prescripción de fármacos en el adulto mayor*. Práctica Clínica Medwave 2013;13(4):e5662 doi: 10.5867/medwave.2013.04.5662. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5662>

VI. MARCO ÉTICO Y JURÍDICO

*“El envejecimiento no es un momento del tiempo,
sino el instante preciso en que renunciamos a vivir”*

Zenaida Bacardí de Argamasilla

6.1 ASPECTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Existen situaciones laborales donde se requiere que el profesional de la salud tome decisiones trascendentales. Su conducta responderá a su valoración ética y legal.

6.1.1 PRINCIPIOS BIOÉTICOS.

1. Beneficiencia
2. No maleficiencia
3. Autonomía
4. Justicia

6.1.2 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales³⁹

6.1.3 DERECHOS DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

1. Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.

³⁹ Secretaría de Salud. (2011) *Comisión Interinstitucional de Enfermería código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México*. México, D.F. diciembre, 2011. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms.

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.⁴⁰

6.1.4 DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.⁴¹

⁴⁰ COESAMED. *Derechos de las enfermeras y enfermeros de México*. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=c_arbitraje_denfermeras.

⁴¹ Comisión De Conciliación Y Arbitraje Médico. *Carta De Derechos De Los Pacientes*. Disponible En: <Http://Salud.Edomex.Gob.Mx/Ccamem/Cartapacientes.Htm>.

6.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dentro del principio de autodeterminación y de desarrollo integral de la personalidad, el consentimiento informado es una noción que se desarrolla en el seno de la relación médico paciente por la que éste recibe información suficiente y adecuada, que lo capacita para participar inteligente, voluntaria y activamente en la toma de decisiones concernientes al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

De este modo el consentimiento informado es un derecho fundamental del paciente pero también una exigencia legal y ética del médico, comprendiendo dos aspectos, por un lado el de informar al paciente y por otro el de obtener su consentimiento.⁴²

El consentimiento informado debe cumplir con algunas condiciones:

1. Disponer de la información adecuada por parte del paciente.
2. Comprender la información adecuadamente.
3. Encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores.
4. Ser competente para tomar la decisión en cuestión.⁴³

⁴² Comisión Nacional De Bioética. (2011). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de hospitalarios de bioética*. Secretaria De Salud, 2011. p. 60.

⁴³ Nicolás Ávalos J. et al. (2013) *Consentimiento informado: síntesis de teoría actual y recomendaciones*. Rev Chil Cir vol.65 no.5 Santiago set. 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000500014

VII. METODO- LOGÍA

“No hay nada que se pueda comparar a la palabra y a la comunicación.

*No hay nada comparable a poder hablar a la persona adecuada en
el momento adecuado en el que la persona a quien se habla
tiene ganas de escuchar, y la persona que habla desea hablar”.*

Carmen Martín Gaité.

7.1 SELECCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Para llevar a cabo el proceso de atención de Enfermería este debe ser entendido como la aplicación del método científico en sus distintas fases. Por lo que se mencionan los siguientes pasos para la integración del proceso.

1. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el modelo de M. Gordon, el Proceso Atención de Enfermería, marco ético y jurídico de Enfermería; así como la búsqueda en bases de datos redalyc, scielo, elsevier, etc.
2. Se seleccionó a un paciente geriátrico institucionalizado por lo cual se delimita así:
 - a. Universo: Hospital General “Manuel Gea González”.
 - b. Lugar: Servicio de cirugía general.
 - c. Espacio: en un periodo de 28 de marzo al 8 de abril del presente año.
3. Se solicitó a la paciente y a familiares su consentimiento para participar y colaborar en el PAE informándoles sobre el objetivo y metodología del mismo (ver anexo 12).
4. Se realizó el marco teórico respecto al diagnóstico médico de la paciente. (Definición, etiología, manifestaciones, diagnóstico, tratamiento).
5. Se realizó una valoración geriátrica integral partiendo de la aplicación de un instrumento estructurado del modelo de M. Gordon.
6. Se realiza una exploración física céfalo- podal del paciente.
7. Se organiza la información recabada.

8. Se identifican y jerarquizan los patrones alterados, y/o de riesgo para la identificación de problemas tanto reales como potenciales.
9. Se realizan diagnósticos de enfermería reales, potenciales o de bienestar
10. Posteriormente se establece un plan de atención y se ejecuta.
11. Se le da seguimiento para después evaluar la situación del paciente y de ser necesario redireccionar el plan de cuidados.

VIII. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

"El amor no puede permanecer en sí mismo. No tiene sentido.

El amor tiene que ponerse en acción.

Esa actividad nos llevará al servicio".

Madre Teresa De Calcuta

8.1 ANTECEDENTES DE LA PERSONA

8.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente: G. M. R

Edad: 64 Años

Sexo: Femenino

Fecha De Nacimiento: 22- 06- 1952

Estado civil: Divorciada

Lugar de nacimiento: Naucalpan, Edo. de México

8.1.2 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Refiere abuela materna con cáncer gástrico, madre y padre aparentemente sano, 1 hermana con Diabetes Mellitus tipo II, 5 hijos aparentemente sanos.

8.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Originaria de Zacatecas, residente en el estado de México desde los 9 años de edad. Habita en casa propia construida con materiales perdurables, cuenta con todos los servicios extradomiciliarios, niega convivencia con mascotas, habita en 2 cuartos en convivencia con 5 personas, exposición al humo de leña durante 20 años. Niega toxicomanías; refiere baño y cambio de ropa diario, grado de escolaridad primaria completa, su ocupación eran las labores del hogar, no cuenta con esquema de vacunación completo.

8.1.4 ANTECEDENTES GENERALES OBSTETRICOS

Menarca a los 13 años, IVSA a los 16 años, FUM a los 55 años, Gestas 5, Partos 5, Cesáreas 0, abortos 0, FUMast hace 3 años sin datos patológicos.

8.1.5 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Fractura de radio derecho que requirió intervención quirúrgica con colocación de material de osteosíntesis hace 30 años. Alérgica a la penicilina. Niega comorbilidad.

Con un diagnóstico médico de coledocolitiasis se realizó una colecistectomía laparoscópica el 12/ 12/ 2015 en Hospital General de Naucalpan, con tratamiento en la misma unidad, posteriormente por fuga biliar se realizaron dos CPREs en el INCAN y tres en esta institución encontrando estenosis de vía biliar Bismuth I, requiriendo colocación de endoprótesis.

En enero de 2016 es hospitalizada en esta institución por ictericia obstructiva, es egresada y programada para su intervención quirúrgica el 19/ 02/ 2016 con hallazgos de lesión de la vía biliar con estenosis a nivel de la confluencia de los conductos hepáticos (E3), colangiografía por punción y reconstrucción en Y de Roux, siendo egresada el día 26/ 02/ 2016, recibió tratamiento con levofloxacino de 400 mg tabletas c/ 12 horas, ursofalk 1 tab c/ 24 horas.

8.1.6 PADECIMIENTO ACTUAL

El día 18/03/2016 presenta fiebre cuantificada hasta 40° C de 4 días de evolución, tratada con fosfomicina dosis única y paracetamol de 750 mg cada 8 horas por medico particular. Refiere mejoría, hasta el día 20 de marzo de 2016 en que el cuadro no remitía con el tratamiento farmacológico, y acude al servicio de urgencias del Hospital General “Manuel Gea González” acompañado de dolor intenso en región de hipocondrio derecho y epigastrio, vomito de aparente contenido gastrobiliar, cefalea, presentando 10 evacuaciones diarreicas, adinamia, parestias y parestesias en ambos miembros pélvicos y pérdida de peso de 2 kg en 8 días.

Por lo que se ingresa paciente a cargo del servicio de cirugía general con diagnóstico de colangitis aguda, se realizan pruebas de laboratorio, se tipifica, se canaliza con soluciones parenterales, se inicia ayuno, antibioticoterapia, analgesia, gastroprotector.

Laboratorios leu 4.6, neu 56.6, hb 11.3, hto. 34.5, INR 1.14, glu 68, Cr0. 82, Na 139, K 3.9, cl 109, Ca 8.5, alb 2.55, DHL 128, amilasa 51, lipasa 25, hierro 81, transferrina 208.

El día 22 se coloca catéter venoso central con técnica de Seldinger modificada al primer intento, sin datos de sangrado o disnea, se corroboró con Rx su colocación y se mantiene bajo pronóstico reservado.

8.1.7 FUNCIONALIDAD BASAL

Antes del acontecimiento por el que se ingresa la señora G.G.S refiere independencia para realizar ABVD 6/6 (Baño en regadera, vestido, uso de WC, movilidad, alimentación y control total de esfínteres); en AIVD presenta una calificación 7/8 refiriendo independencia en uso de teléfono, transporte, compras, toma de sus medicamentos, cuidado de la casa haciendo solo tareas ligeras únicamente, solo lava pequeñas cosas, uso del dinero utilizando solo cuentas sencillas.

En la escala de movilidad de R. Breslau obtiene 2/3, refiere independencia para subir y bajar escaleras, caminar 500 metros, pero no realizaba trabajo pesado en casa; Naggi 4/5 es independiente para inclinarse, levantar los hombros por arriba de los hombros, manipular objetos, empujar y jalar objetos, pero es incapaz de cargar cosas. No requería dispositivo para la marcha, aunque refiere antecedente de 1 caída desde su plano de sustentación hace 5 meses sin daños mayores; posterior al accidente recibe supervisión para salir de su domicilio.

Refiere la señora G.M.R antes del proceso de la enfermedad (3 años) buen estado de salud, realizaba tres comidas diarias, con consumo diario de verduras, desconoce contar con cuadro de inmunizaciones completo, refiere bañarse diario, cuenta con lentes que ocasionalmente usa por el déficit visual presente, argumentando que son incómodos, sin alteración de la audición ni comorbilidad, se considera persona adulta mayor independiente en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

8.1.8 PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO MÉDICO EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

Dieta hiperproteica indicada por el servicio de nutriología clínica.

- SVPT Y CGE.
- Reportar cualquier eventualidad a médico de guardia.
- Uso de inspirómetro incentivo 10 min cada hora.

Solución: Hartmann 1000 cc c/ 8 hrs.

Medicamentos

- Ceftriaxona 1 gr IV c/ 12 hrs.
- Vitamina K 1 ampola c/ 24 hrs.
- Ácido ursodesoxicólico tab 250 mg 1/ cada 8 horas.
- Paracetamol tabletas 500 mg 1 c/ 6 horas. vía oral por 5 días.
- Omeprazol capsulas 20 mg 1 c/ 12 horas.
- Ketorolaco 30 mg IV c/8 horas.

<p>Nota: En el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el protocolo de inclusión para revisión por el equipo de Geriatría se realiza a partir de los 65 años, a diferencia del protocolo del INCMNSZ que se incluye a partir de los 60 años.</p>

Una vez hospitalizado en la unidad de cirugía general, se realizó una valoración geriátrica integral bajo los patrones funcionales de M. Gordon el día 29 de marzo de 2016.

8.2 DESCRIPCIÓN GENERAL POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

8.2.1 PATRÓN MANTENIMIENTO / PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Refiere contar con todos los servicios intra y extradomiciliarios, vivienda limpia, niega contar mascotas y toxicomanías. Menciona haber sido hospitalizada hace 5 años por fractura de humero. Se observa apego al tratamiento prescrito, interés por su autocuidado, percibe su salud como vulnerable verbalizando *“hay días que me siento mejor y otros que decaigo”* Sic paciente.

8.2.2 PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Solo realiza dos comidas por presencia de anorexia. Indica que es intolerante a la lactosa, Durante la hospitalización bajo valoración del nutriólogo recibe dieta hiperproteica + 1 lata de suplemento alimenticio ensure al día repartida en tres porciones de la cual solo consume $\frac{3}{4}$ partes por producir distensión abdominal. Mantiene nutrición enteral, edentulia parcial corregida con uso de prótesis dental superior e inferior removibles y ajustadas correctamente.

Piel y mucosas orales deshidratadas, sin presencia de edema, presenta ingesta deficiente de líquidos, verbalizando *“solo consumo 1 litro de agua al día porque siento que me inflamo”* Sic paciente. Tolera vía oral, aunque ocasionalmente presenta náuseas por las verduras (zanahoria, chayote y calabaza) al vapor que le lleva el servicio de dietología. Campos pulmonares ventilados. Refiere dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho con EVA 8/10.

Actualmente la integridad de la superficie cutánea es completa, no se observa datos de compromiso vascular distal. Se observa cabello canoso, delgado, corto y fino. Uñas de pies y manos largas sin presencia de onicomicosis.

Peso: 50.800 Kg. Talla: 160 cm. I.M.C.: 19.84

A la aplicación de DNA obtiene 5 pts. por lo que existe riesgo nutricional moderado, y se considera requiere supervisión constante de la alimentación. Por lo que se prosigue a aplicación de MNA donde obtiene 23.5 pts. considerando riesgo de desnutrición, basando su alimentación en carne de pollo y verduras.

8.2.3 ELIMINACIÓN

Abdomen blando, depresible, con ruidos peristálticos aumentados de 5 a 6 x min, sin viceromegalias. Función excretora intestinal con 3 a 5 evacuaciones diarreas diarias, el paciente posee un buen control de esfínteres. Eliminación urinaria espontánea con presencia regular de 2 a 3 micciones diarias de color ocre sin disuria. Función excretora cutánea sin datos relevantes.

8.2.4 ACTIVIDAD Y EJERCICIO

F. C.= 74lat/min, F.R.= 16 resp/min., P.A.S.= 120 mmHg, P.A.D.= 70 mmHg. Se palpa pulso de intensidad regular y sincrónico, latidos cardiacos con buen ritmo e intensidad a la auscultación. Se auscultan campos pulmonares ventilados y un llenado capilar de 2 a 3 seg, sin datos de compromiso vascular distal.

Realiza bipedestación sin ayuda y sin presencia de dolor, hay limitación para la deambulación por dolor en hipocondrio derecho que se intensifica hasta 8/10 en escala de EVA, presenta fascias de dolor e irritabilidad al movimiento constante. Katz 4/6, con dependencia en el baño y transferencias. Lawton y Brody 6/8 con dependencia en compras y transporte. En escala de movilidad Rosow-Breslau 0/3 con predominio en la incapacidad para caminar y realizar trabajo pesado.

A la valoración de Nagi 3/5 es incapaz de empujar, jalar o levantar objetos de 5 Kg o más. A la valoración de fuerza muscular con MCR de miembro torácico derecho e izquierdo obtiene 5/5, miembro pélvico derecho e izquierdo 4/5.

8.2.5 DESCANSO Y SUEÑO

Escala de insomnio Atenas 2/8 normal. Se observa descanso adecuado entre 6 a 8 horas continuas de sueño, sin tener problemas para conciliar el mismo. Realiza de 2 a 3 siestas de 30 minutos durante el día.

8.2.6 COGNITIVO PERCEPTUAL.

Paciente alerta, responde a órdenes, a veces muestra ansiedad, MMSE Folstein 24/ 30 con problemas en registro, evocación, y escritura. A la prueba del reloj obtiene 2/14 por marcas extrañas, no hay existencia de deterioro cognitivo aparente. Presenta déficit visual, sin alteración auditiva. Disminución de la sensibilidad en miembros pélvicos, refiere dolor en hipocondrio derecho que se intensifica a la movilización con EVA 8/10 e irritabilidad.

8.2.7 AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO

Patrón de voz positivo, lenguaje fluido, fija la mirada, mantiene el contacto visual, dice sentirse querida. GDS Yessavage 2/15 sin riesgo a Depresión. Verbaliza sentirse mejor quedándose en casa que salir, teme que algo malo pueda ocurrirle porque se siente más vulnerable por la enfermedad.

A la escala de Rosenberg 34/40 se evidencia autoestima normal, ocasionalmente llega a considerar que ya no puede hacer las cosas mejor que el resto de la gente, porque considera que ya tienen muchas limitaciones. Se percibe como un gran ser humano, porque nunca ha ofendido a nadie y una vez que se restablezca su salud podrá regresar a casa y ver a sus nietos.

8.2.8 ROL Y RELACIONES

Pertenece a una familia extensa, vive con su hija y tres nietos. Refiere sentirse satisfecha en el rol que desempeña dentro de su familia (abuela). No le gusta salir de casa a menos que sea para visitar a su familia, maneja una comunicación asertiva dentro de sus relaciones familiares e interpersonales.

8.2.9 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Menarca a los 13 años, IVSA a los 16 años, FUM a los 55 años, Gestas 7, Partos 7, Cesáreas 0, abortos 0. FUMast hace 3 años sin datos patológicos. Percibe su sexualidad como plena y satisfactoria, a pesar de su abstinencia sexual desde que quedó viuda, verbaliza *“a mi edad hay otros placeres que se disfrutan mejor como la visita de mis hijos o pasar tiempo con mis sobrinos”* Sic paciente.

8.2.10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Se observan datos de mecanismos de adaptación. El sistema de apoyo familiar son sus 5 hijos de los cuales una hija cumple el rol como cuidadora primaria, sin embargo, se delegan responsabilidades al interior del núcleo familiar y es el hijo mayor quien le proporciona un apoyo económico de 1000 pesos quincenales.

Relata su divorcio con aceptación, verbalizando que *“fue lo mejor, porque ya era una relación deteriorada; ahora me siento tranquila y estable emocionalmente”* Sic paciente. No se observan datos de trastorno adaptativo tras su hospitalización, y afronta su diagnóstico médico actual de manera positiva verbalizando *“debo tener fuerza; aunque a veces ya me desespero de estar tanto tiempo en el hospital y solo ver gente pasar, los médicos me han dado un buen pronóstico con la cirugía”* Sic paciente.

8.2.11 VALORES Y CREENCIAS

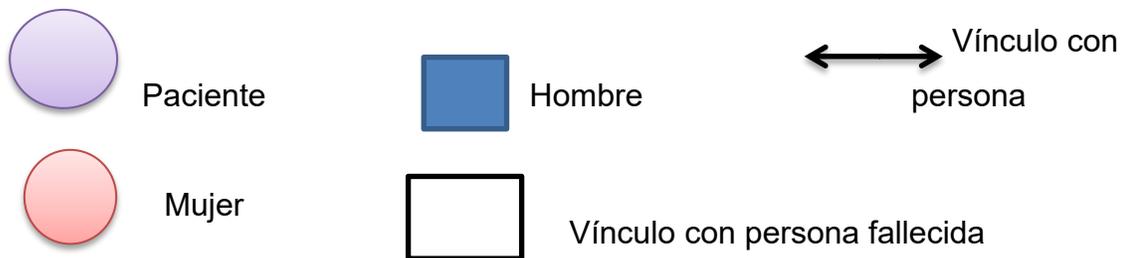
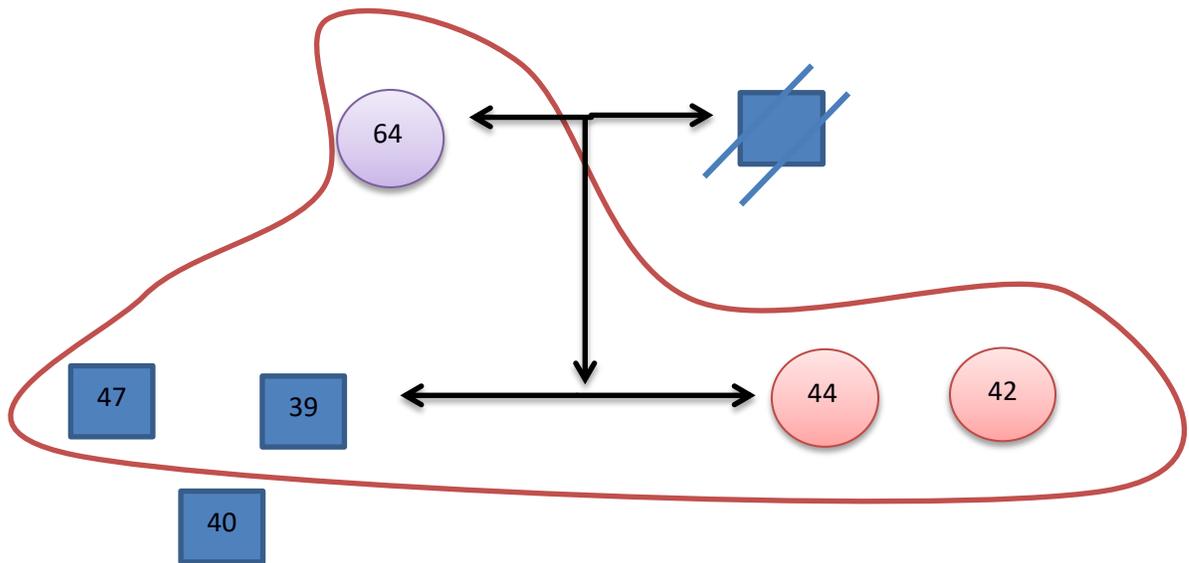
Existe un agradecimiento hacia sus hijos por los esfuerzos que realizan, es de religión católica, y acorde a los ritos de la misma, acostumbra ir a misa cada 8 días si la condición física se lo permite. Los valores que considera prioritarios son el respeto aplicándolo diario para evitar conflictos; la tolerancia porque se debe ser paciente con toda la gente y el amor refiriendo que debemos querernos, aceptarnos para ofrecer lo mejor de nosotros a quien más lo necesite.

8.3 EXPLORACIÓN FÍSICA (céfalo podal)

Paciente femenino de edad aparente similar a cronológica, con adecuada coloración de tegumentos, piel deshidratada, cráneo normoencefalo, simétrico, presenta cabellos finos, canosos de tamaño corto y lacio, no se observan lesiones superficiales. Ojos simétricos, cornea y cristalino transparente sin manchas, escleróticas blancas. Iris color café oscuro; pupilas normoreflexicas e isocóricas, buena implantación de cejas y pestañas. Ambos pabellones auriculares bien implantados, conducto auditivo externo permeable, cara simétrica con narinas permeables, cavidad oral deshidratada con presencia de prótesis dental, úvula normal, presencia de reflejo tusígeno y vagal, tolera la vía oral sin complicaciones.

Cuello con tráquea central movable, sin palpación de nodulaciones, pulsos carotideos presentes hemocrotos y sincrónicos, tórax redondo, simétrico; con dificultad para realizar movimientos de amplexión y amplexación, campos pulmonares ventilados, sin datos de compromiso cardiopulmonar aparente. Abdomen blando, depresible con peristaltismo de 6 a 7 movimientos peristálticos por min, miembros torácicos proporcionales al cuerpo, sin lesiones, uñas cortas, catéter subclavio derecho de tres lúmenes permeable y funcional sin datos de infección, miembros pélvicos proporcionales, sin lesiones, con uñas cortas con trastorno ungueal e hiperqueratosis, sin datos de compromiso vascular distal, buen llenado capilar de 3 segundos.

8.4 FAMILIOGRAMA



La señora G. M. R. es divorciada desde hace 7 años, actualmente vive con una de sus hijas y sus nietos, y funciona como la cuidadora principal. El hijo mayor de 47 años, hombre ya casado es quién la apoya con una cantidad monetaria quincenal. Su hijo menor es con quién mantiene una relación distante debido a la lejanía de sus domicilios.

8.5 JERARQUIZACIÓN DE PATRONES ALTERADOS

PATRÓN	GRADO DE FUNCIONALIDAD
Patrón mantenimiento / percepción de la salud	Independiente
Patrón nutricional – metabólico	Dependiente
Eliminación	Dependiente
Actividad y ejercicio	Dependiente
Descanso y sueño	Independiente
Cognitivo perceptual.	Dependiente
Autopercepción/ autoconcepto	Independiente
Rol y relaciones	Independiente
Sexualidad y reproducción	Independiente
Adaptación y tolerancia al estrés	Independiente
Valores y creencias	Independiente

8.6 PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El día 28 de marzo en el servicio de cirugía general se aborda a la PAM para la valoración generalizada, posterior al consentimiento informado y se jerarquizan los siguientes diagnósticos reales y potenciales.

PLAN DE CUIDADO GENERALIZADO (DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN)

PATRÓN 7. Cognitivo/ perceptual

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Dolor	R/C inflamación y obstrucción de los conductos biliares.	M/P Fascias de dolor al movimiento en hipocondrio derecho que irradia a epigastrio, verbaliza un EVA 8/10, ansiedad e irritabilidad.

Objetivo (s)	Disminuir la intensidad del dolor (EVA 8/10) en un período máximo de 8 hrs. Favorecer el confort.
---------------------	--

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

El dolor en el anciano está relacionado a la inflamación, en donde el mecanismo esta mediado por la producción de prostaglandinas, que desencadena la inflamación y la activación de nociceptores a nivel visceral, con el envejecimiento existen cambios en la disminución operativa en los sistemas de transducción y transmisión de los estímulos nociceptivos, los cambios en las funciones sensitivas, integrativas y motoras, así como los cambios morfológicos, electrofisiológicos, neuroquímicos, y funcionales en las vías sensitivas, que pueden alterar las experiencias dolorosas.

Por lo tanto es importante el manejo del dolor ya que las consecuencias de un manejo inadecuado del dolor incluyen: delirium, estancia hospitalaria prolongada, pérdida o retraso en la deambulaci3n, ansiedad, constipaci3n, inmovilidad, complicaciones pulmonares, deterioro funcional por lo que se debe monitorizar sistemáticamente la presencia de dolor, incluso considerarlo como el quinto signo vital.⁴⁴

INTERVENCI3N Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCI3N
<p>Monitoreo peri3dicamente del dolor</p> <p>Implementaci3n de la escala de EVA para la valoraci3n de la intensidad del dolor cada 2 hrs. durante el turno.</p>	<p>La escala anal3gica visual ideada por Scott Huskinson en 1976, consiste en una lnea de 10 cm de longitud, anclada en un extremo con el t tulo "no dolor", y en el otro extremo con el "peor dolor imaginable".</p> <p>Su mayor ventaja es que no contienen n meros o palabras descriptivas y por tanto el adulto mayor puede identificar f cilmente.</p> <p>Esta escala es un m3todo simple, solido, sensible, fiable y reproducible. Por ello resulta 3til para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones a lo largo del tiempo. Su validez y fiabilidad para la medici3n del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios.⁴⁵</p>	<p>Se implement3 un formulario de la escala del dolor, donde se registraron los resultados de la valoraci3n peri3dica.</p> <p>9:00 hrs. ministraci3n del f rmaco.</p> <p>11: 00 hrs. EVA 6/10.</p> <p>13: 00 hrs. EVA 4/10.</p>
<p>Manejo de la medicaci3n</p>	<p>Los analg3sicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no son eficaces en el dolor moderado/severo y est n contraindicados en el Anciano si la depuraci3n de creatinina es menor 50 ml/ min, adem s de que su uso cr3nico genera sangrado de tubo digestivo, se incrementa el riesgo de toxicidad hep tica o renal inducida por AINEs.</p>	<p>Se suspendi3 la ministraci3n del Ketorolaco bajo prescripci3n m3dica.</p>

⁴⁴ Ernesto Arteaga, et al., (2011). *Evaluaci3n del dolor musculoesquel3tico en el anciano*. Acta M3dica Colombiana Vol. 36 N° 1. Enero-Marzo 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n1/v36n1a06>

⁴⁵ Alonso Peirot3n, (2014). *Valoraci3n Del Dolor En El Paciente Geri trico*. Acad3mica Unavarra. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11523/AlbaAlonsoPeiroten.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<p>- Colaboración con el equipo médico en la elección del tx farmacológico apropiado para suspensión de Ketoloraco; implementando terapia multimodal: tramadol en gotas (25 mg cada 8 hrs; sin exceder 200mg al día) + paracetamol (500 mg).</p>	<p>El riesgo de ulceración, sangrado y perforación gastrointestinal es mayor en pacientes ancianos que reciben Ketoloraco que en adultos más jóvenes.⁴⁶ Los opioides (Tramadol, buprenorfina), son el tratamiento de elección en el manejo de dolor severo o intenso, sin embargo, en los adultos mayores debe considerarse la respuesta heterogénea al uso de estos fármacos. La presentación en gotas es adecuada para el manejo de dolor en los AM, con menos efectos adversos respiratorios y de íleo/estreñimiento. El paracetamol, en asociación con opioides como terapia multimodal, es un medicamento seguro y efectivo, a dosis de 3-4 gr/día. Con su uso reduce el uso de morfina y derivados. Se debe reducir a 50-75% la dosis si existe daño hepático o abuso de alcohol.</p>	<p>Nota: se toma para primer manejo de elección farmacológico el Ketoloraco, por ser el medicamento con el que se contaba dentro del hospital, posteriormente recibió receta para realizar la compra del opiáceo en gotas. Se realizó ministración de tramadol (10 gotas VO c/8 horas y paracetamol de 500 mg, bajo prescripción médica.</p>
<p>- Prevención de la cascada de prescripción a través de la aplicación de los criterios de Beers y STOPP/START y difusión de los mismos en el personal sanitario.</p>	<p>La prescripción inapropiada es fuente importante de morbimortalidad y es prevenible, para esto se han desarrollado distintas herramientas de prescripción, siendo una de las más conocidas los criterios de Beers, pero los criterios STOP/START propuestos por la Sociedad Europea de geriatría son los más utilizados para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas. En el caso del uso de opioides no se recomienda asociar opioides mayores con menores y en con antidepresivos ISRS o duloxetina aumenta el riesgo de síndrome serotoninérgico.</p>	<p>Se coloca una hoja con los criterios de Beers, STOP/START en la habitación y carpeta de la persona AM.</p>
<p>- Seguimiento y evaluación regular para determinar eficacia y reducir efectos adversos de la medicación.</p>	<p>Se debe vigilar los efectos secundarios de los opiáceos como retención urinaria, náuseas, vómito, estreñimiento, somnolencia, confusión, caídas y otros. Las personas ancianas son más susceptibles a los efectos adversos psiquiátricos del tramadol, riesgo de convulsiones. En pacientes en tratamiento con opioides, se recomienda pautar laxantes.⁴⁷</p>	<p>Dentro del formulario se llevó registro de algún posible efecto adverso a través de la explicación a la persona AM y al cuidador primario de los síntomas adversos que deben informar.</p>

⁴⁶ Acuña Mourin. (2010). *Dolor en el Anciano*. Volumen 29, Suplemento 1, abril-junio. Disponible en: <http://www.aued.org/docs/DOLORENELANCIANO.pdf>

⁴⁷ Ozakidetza, (2015). *Revisando la medicación en el anciano: ¿qué necesito saber?* Información farmacoterapéutica de la comarca, volumen 23 nº 2 2015, disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf

<p>Manejo no farmacológico del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar posturas antiálgicas de acuerdo a tolerancia de la persona. - Implementar la técnica de respiración profunda con duración de 5 a 10 min, una vez por turno. - Establecer medidas ambientales confortables como minimizar el ruido, favorecer la luz ambiental tenue evitando encender las luces de manera innecesaria, mantener la ropa de cama sin arrugas, seca y limpia. 	<p>Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor en los que el paciente tiende a la inmovilidad. La anteflexión del tronco, es la postura recomendada para mejorar el dolor en procesos de origen pancreático y biliar.</p> <p>La respiración profunda se usa generalmente para reducir ansiedad. En el tratamiento del dolor tienen cabida como una forma de romper el ciclo ansiedad-dolor-ansiedad como estrategia previa a la relajación.⁴⁸</p> <p>Comprende una serie de técnicas que pretenden controlar ciertas variables fisiológicas por medio de ejercicios corporales y cognitivos (tensión-distensión muscular, respiración e imaginación de escenas). El propósito fundamental es conseguir que el sujeto sea capaz de discriminar entre los estados de tensión y de relajación para que posteriormente pueda localizar aquellos focos de tensión de su cuerpo y relajarlos.</p>	<p>Se posiciono a la persona AM en anteflexión del tronco tolerado la misma durante 15 minutos; tiempo en el que toma una siesta; refiriendo al despertar que en esa postura logra descansar, se observaron facies de dolor disminuidas.</p> <p>Se enseñó técnica de respiración profunda para reeducación del patrón respiratorio, durante 5 min, el cual se suspende por hora de comida. Se dejó hoja ejemplificada de técnica para realizarlo en los tunos posteriores.</p> <p>Se realizó tendido de cama, verificando que no existan arrugas y que todo esté limpio, se solicita al personal de enfermería que cuando ingrese a la unidad del paciente mantenga solo una lámpara encendida.</p>
--	---	---

⁴⁸ Ruiz García, et al. (2013). *Valoración Y Manejo Del Dolor En Pacientes Hospitalizados*. RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Protocolo realizado. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>

<p>- Implementar la técnica de relajación durante 15 min. durante el turno.</p>	<p>La relajación (al igual que la respiración) implica concentrar la atención en procesos concretos, esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos.⁴⁹</p>	<p>Se enseñó técnica de relajación en presencia del cuidador primario, las cuales se brindan en tres sesiones posteriores favoreciendo el confort.</p>
<p>Intervención psicosocial</p> <p>Solicitar y gestionar con el equipo de psicología, una intervención con la Sra. G. M. R. para el control de emociones.</p>	<p>Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto. Se busca con ello aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes restableciendo las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía, realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes, prevenir complicaciones posteriores, como los ciclos de ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.</p>	<p>A través del trabajo multidisciplinario, acudió una pasante de la Lic, en Psicología con la Sra. G.M.R, proporcionando intervención psicosocial una vez por semana, con duración de 30 min. cada sesión.</p>
<p>Educación al paciente y familia.</p> <p>Se facilitará información sobre la asistencia sanitaria (preparación para la cirugía, tiempo de los procedimientos, acciones de autocuidado, información sobre dolor) y la modificación del recuerdo a través de un folleto.</p>	<p>Las intervenciones educativas ayudan a aliviar el distrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente hospitalizado. La información reduce el miedo y la ansiedad del paciente y facilita su colaboración, se deben explicar los pasos del procedimiento, proporcionar información sobre la percepción sensorial y la importancia de informar de la percepción de dolor, replantear de forma positiva los malos recuerdos de procedimientos anteriores, ayuda a reducir la angustia y la ansiedad provocada por la incertidumbre, misma que puede provocar un manejo del dolor menos efectivo y puede ser aliviada proporcionando información.⁵⁰</p>	<p>Se proporcionó al siguiente día de la valoración un folleto sobre el tipo de cirugía a realizar, y de las diversas técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor, se le explica cada punto del folleto a su cuidador primario ay a persona AM.</p>

⁴⁹ Id.

⁵⁰ J. A. Rubiño Diaz, S., Pérez G. y Socias M. (2016). *Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias*. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(5): 229-237. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n5/original3.pdf>

EVALUACIÓN	Se cumple el objetivo de disminuir la intensidad del dolor. En la escala de EVA se redujo de 8/10 a 4/10, favoreciendo el confort. La paciente durante el turno mejora sus facies, se muestra relajada y verbaliza no sentirse ya preocupada.
-------------------	---

PATRÓN 4: Actividad y ejercicio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Deterioro de la funcionalidad en ABVD.	R/C Limitación al movimiento	M/P Limitación a la movilización y la deambulacion con dolor en hipocondrio derecho, Katz 4/6 con dependencia en el baño y transferencias, R.-Breslau 0/3 con predominio en la incapacidad para trasladarse, caminar y realizar trabajo pesado. Nagi 3/5, es incapaz de empujar, jalar o levantar objetos de 5. MCR de miembro torácico derecho e izquierdo 5/5, miembro pélvico derecho e izquierdo 4/5, parestias y parestesias en ambos miembros pélvicos.

Objetivo (s)	<p>Potenciar la funcionalidad del adulto mayor en ABVD.</p> <p>Favorecer marcha y equilibrio al máximo posible dentro del marco de fisiopatología que presenta la Persona Adulta Mayor.</p> <p>Prevenir el desacondicionamiento físico.</p>
---------------------	---

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

Las alteraciones en la movilidad, secundarias a un evento de hospitalización por enfermedad aguda, tienen como consecuencia el deterioro funcional progresivo por desacondicionamiento físico expresado en discapacidad.

Esto origina dependencia y la necesidad de mayor asistencia, además de ser un factor predictivo para el estado de salud, funcionalidad y supervivencia al egreso del paciente.⁵¹

Es sabido que el reposo prolongado en cama, especialmente en ancianos produce múltiples cambios y complicaciones, puede suceder a cualquier edad, pero los ancianos son los que están en mayor riesgo de inmovilización por su declinación biológica normal, por lo que es necesario establecer intervenciones para evitar el desacondicionamiento físico.

El paciente que se encuentra frecuentemente sometido a un importante grado de inmovilización se caracteriza por atrofia muscular de las fibras tipo I; si permanece inmovilizado por tres semanas pierde el 50% de la fuerza muscular; se acompaña de cambios metabólicos importantes consistentes en pérdida aumentada de nitrógeno uréico de 2 a 12 gr/día, pérdida de calcio de hasta 4 gr/día y balance negativo de sodio, potasio y fósforo.

Luego de la hospitalización prolongada y de semanas de inmovilidad se desarrolla intolerancia a carbohidratos y pérdida del 16% de masa ósea; mayor riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, úlceras de presión y anquilosis articular por pérdida de agua, glucosaminoglicanos y aumento en la degradación y síntesis de colágeno periarticular.

El síndrome de inmovilización se da en una persona, que solía ser independiente en sus ABVD, como consecuencia de la inactividad prolongada y permanencia en cama, independientemente de la enfermedad que lo haya llevado a ese estado.

⁵¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, (2014). *Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud* 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/236_GPC_Manejo_medico_integral_fractura_de_cadera_adulto_mayor/236GRR.pdf

Para prevenir y corregir estas alteraciones, es absolutamente necesario el iniciar un programa de rehabilitación en forma concomitante con el programa de soporte metabólico y terapia nutricional, asegurando una mejor utilización de los nutrientes que se les están aportando a estos pacientes.

INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
<p>Asistir en el autocuidado de la Persona AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Asistir diario en el baño de regadera. — Movilización a través de cambios posturales cada 2 hrs. — Transferencias cama-reposet, silla-baño, cama-silla, previa corrección de alteraciones visuales. 	<p>Guse toma en cuenta para la evaluación funcional del anciano las actividades que debe de proporcionar el personal de enfermería, tendrá que auxiliar, mantener y obtener el máximo rendimiento de la capacidad; además de ocuparse de las incapacidades y de las intervenciones oportunas de enfermería para poder compensar y prevenir nuevas incapacidades, (sarcopenia, disminución de la capacidad vital, dependencia, desacondicionamiento físico) situación similar a la vertida por Eliopoulos, ya de acuerdo al modelo de enfermería geriátrica, la enfermera debe fortalecer la capacidad de autocuidado, eliminar o minimizar la limitación del autocuidado y el de asistir parcialmente, así como educar al familiar.⁵²</p>	<p>Se enseña mecánica corporal a paciente y cuidador primero para realizar movilizaciones y trasferencias con ayuda de dispositivos (andadera). Se solicitó a familiares el llevarle en su próxima visita los sus lentes.</p> <p>Se asiste en el baño diario de lunes a viernes, antes del desayuno.</p> <p>Se ayuda en el manejo de la vestimenta.</p>
<p>Orientación al paciente y cuidador sobre las medidas que disminuyen la presencia de hipotensión ortostática o el aumento en la frecuencia Cardíaca en reposo, tales como: Levantarse de la cama en dos movimientos:</p>	<p>El tratamiento no farmacológico debe incluir la educación al paciente y familiar respecto a la presentación de la enfermedad, cuales son los desencadenantes.</p> <p>La hipotensión ortostática clásica se caracteriza por: Disminución de TAS ≥ 20 mm Hg o TAD ≥ 10 mm Hg en los primeros 3 minutos de ponerse en bipedestación. Se caracteriza por: Reducción lenta y progresiva de la tensión arterial al adoptar la posición vertical es más frecuente en la edad avanzada.</p>	<p>Se brindó información sobre las medidas de hipotensión, se fueron realizando cambios de manera gradual.</p> <p>Toleró la posición sedente 15 minutos y la bipedestación 5 minutos, se evitó la misma por tiempo prolongado.</p>

⁵² Segovia Díaz de León (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Gerokomos vol.22 no.4 Madrid dic. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

<p>Decúbito-sedente, sedente-bipedestación. Mantenerse sentado durante al menos 3 minutos antes de ponerse en bipedestación.</p>	<p>Se atribuye a una pérdida relacionada con la edad de los reflejos compensadores y a un corazón más rígido, sensible a reducción de la precarga.⁵³</p>	<p>No se mostraron signos de hipotensión ortostática.</p>
<p>Ejercicios de fuerza- resistencia</p> <p>Iniciación de acondicionamiento físico el cual tiene una duración de 4, intensidad 20-40% de una repetición máxima (1RM), sesión 10 a 15 minutos, y aumentar hasta 45 minutos, 2 veces por semana.</p>	<p>La pérdida de la fuerza es atribuida a la pérdida de la masa muscular, la cual se debe a la pérdida de las fibras musculares. Los adultos que participan regularmente en actividades de resistencia y ejercicios aeróbicos, pueden mantener una resistencia muscular por muchos años, permitiéndole continuar con sus actividades laborales y con ello su independencia.</p> <p>El entrenamiento de fuerza- resistencia debe ser acorde a las posibilidades y capacidad funcional del individuo, éste evita la dependencia presente en la mayor parte de los adultos mayores debido a que se ven imposibilitados de moverse independientemente. Los especialistas aconsejan trabajar la fuerza resistencia y complementar dicho entrenamiento con la realización de ejercicios aeróbicos moderados al menos dos veces por semana.⁵⁴</p>	<p>Se proporcionan ejercicios de fuerza y resistencia muscular dos veces por semana dentro de su habitación, se inicia con una intensidad de 20 a 40%, tolerando sólo 20 min, dos veces por semana.</p>
<p>Reeducación de la marcha</p> <p>Evaluación ambiental integral antes de iniciar la actividad kinestésica.</p>	<p>Esta evaluación permite reconocer las barreras ambientales y detectar riesgos para posteriormente proponer una intervención ambiental. Las recomendaciones básicas consideran cambios en los accesos a la unidad el paciente y en el interior de ella (dormitorio, baño, cocina, pasillos, etc.).</p>	<p>Se evaluó la habitación donde se eliminaron obstáculos como tapetes de baño,</p>

⁵³ CENETEC, (2015). *Diagnóstico y Tratamiento de Hipotensión Ortostática en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Diciembre. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-778-15-Hipotension_Ortostatica/778GER.pdf

⁵⁴ Manuel Rodríguez Abreu (2012), *Programa para la mejora de la fuerza-resistencia del adulto mayor*, revista digital · Año 15 · N° 143, Buenos Aires, Abril. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd143/mejora-de-la-fuerza-resistencia-del-adulto-mayor.htm>

<p>La reeducación del equilibrio comienza promoviendo el equilibrio en posición sedente con apoyo, luego sin apoyo, bípedo estático, hasta llegar a bípedo dinámico, dos veces por turno a tolerancia del paciente</p> <p>Brindar diario ejercicios de Frenkel para mejorar el equilibrio en giros, con el uso de una pelota, con una sesión diaria de 15 min.</p>	<p>Esto implica eliminar todo tipo de obstáculos que puedan afectar la marcha como alfombras, muebles, cables, juguetes, mejorar la iluminación, la limpieza, etc.</p> <p>Aunque la marcha es rítmica y automática, podemos modificar la longitud y cadencia del paso a través de los estímulos visuales, obstáculos, sonidos rítmicos programada a distintas velocidades.⁵⁵</p>	<p>El equilibrio se promovió con el uso de dispositivos ortopédicos (andadera, bastón) facilitando las transferencias.</p> <p>Se mejoró la velocidad ampliando la longitud del paso, auxiliándonos de la música en sesiones diarias de 15 min, logrando caminar 8 metros, presentando fatiga por lo que lo que realiza el recorrido con descansos.</p>
<p>Rehabilitación de la funcionalidad física</p> <p>— Mecanoterapia articular 1 vez a la semana, según tolerancia.</p>	<p>La rigidez se trata con ejercicios diarios activos y/o pasivos de arco de movilidad en las articulaciones adyacentes a la fractura. La mecanoterapia es la utilización terapéutica e higiénica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud con el fin de mejorar la amplitud del movimiento articular es la realización de ejercicios pasivos, ya que con el proceso de envejecimiento las articulaciones se vuelven más rígidas y menos flexibles.⁵⁶</p> <p>Con la edad se sufren alteraciones metabólicas que afectan la masa muscular, provocando así pérdida de fuerza, rapidez y coordinación de los movimientos, también se produce pérdida de la flexibilidad.</p>	<p>Se trabajaron todos los ejercicios de manera gradual hasta ser egresada, logrando la rehabilitación física mejorando los arcos de movilidad y la fuerza muscular.</p> <p>En un inicio se realizan los ejercicios de manera pasiva, logrando la bipedestación antes mencionada se va ampliando el tiempo de sesiones hasta 24 min diarios de actividad física.</p>

55 A. Lorena Cerda, (2014). *Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor*. Revista médica clínica las Condes Volume 25, tomo 2, Marzo 2014, pp 265–275. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700379>.

56 Kisner Carolyn, L. Allen. (2011). *Rehabilitación y Medicina Física. Ejercicios terapéuticos*. Editorial Paidotribo.

<ul style="list-style-type: none"> — Ejercicios de potencia — Ejercicios de resistencia — Ejercicios de flexibilidad — Ejercicios de mantenimiento. — Flexión isométrica de la cadera 	<p>Estos ejercicios son básicos en la rehabilitación muscular por el poco desgaste energético para un paciente con fuerza muscular disminuida. Los ejercicios de potencia o fuerza muscular se realizan con la musculatura extensora de extremidades superiores, desde atrás hacia delante y sin separar los brazos lateralmente. Los ejercicios de resistencia aumentan de forma importante la fuerza y la masa muscular, siendo bien tolerados por las personas mayores frágiles e independientes. Los ejercicios de flexibilidad incluyen los estiramientos musculares y pueden realizarse de forma activa o pasiva. Los ejercicios de mantenimiento mejoran el gasto cardiaco aumentando el volumen de bombeo, aumentan la fracción de eyección y volumen diastólico final, así como disminuyen la frecuencia cardiaca.⁵⁷</p>	
<ul style="list-style-type: none"> — Reeducción del patrón diafragmático una vez por turno, según tolerancia de la paciente. — Uso de inspirómetro una vez por turno 10 min. 	<p>A nivel pulmonar, con la vejez se produce una pérdida de superficie alveolar y de elasticidad, con descenso de la complianza pulmonar y aumento del espacio muerto anatómico y funcional. Se produce, también, un descenso progresivo de la presión arterial de oxígeno y de la respuesta a la hipoxia y a la hipercapnia.</p> <p>Finalmente, se suma una disminución de los reflejos de protección de la vía aérea y de la función ciliar, con la presencia de una tos menos efectiva. Todo ello se traduce en un aumento del riesgo de hipoxia, atelectasia y neumonía riesgo agravado por la frecuente patología respiratoria asociada (EPOC, patología restrictiva, etc.) y en nuestro caso, por las características propias de la fractura de fémur, que incluyen la inmovilización, el decúbito prolongado y el uso de analgésicos opiáceos.</p>	<p>Se realizó reeducación del patrón diafragmático solo una vez al día porque refería que eran muy agotadores.</p> <p>Se inició el uso del inspirómetro solo por 5 min. una vez por turno.</p>

57 Benito Peinado Pedro José, et al. (2011). *Ejercicio físico como terapia no farmacológica en la artrosis de rodilla*. Reumatol Clin.2011; 6:153-60 - Vol. 6 Núm.3 DOI: 10.1016/j.reuma.2008.11.021. disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/ejercicio-fisico-como-terapia-no/articulo/S1699258X09001272/>

<p>Revaloración de la funcionalidad física</p> <p>Aplicación de la escala de ABVD (Katz),</p>	<p>La evaluación de la capacidad funcional en personas mayores constituye un importante indicativo de la calidad de vida del anciano. Hay estudios donde se menciona que el desempeño en las ABVD es actualmente el parámetro ampliamente aceptado y reconocido para ello. Este permite a los profesionales sanitarios y, en particular, a las enfermeras una visión más precisa en cuanto a la severidad de la enfermedad y a sus secuelas (capacidad de reserva disminuida, fuentes de dolor e incomodidad, consideraciones farmacológicas especiales, etc.)⁵⁸</p> <p>Los programas de evaluación geriátrica aumentan la precisión diagnóstica, funcionalidad física, afectividad y cognición de los pacientes y, a la vez, reducen la necesidad de medicamentos, los costos, tasas de mortalidad y frecuencia de ingreso a asilos y hospitales.⁵⁹</p>	<p>Nota: se hizo hincapié en las ABVD porque son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana, logrando mejorar su independencia a 5/6 con dependencia en el baño.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>Se asiste en las actividades básicas de la Vida diaria que más dificultad generaron (baño y transferencias). Aumentó la independencia en sus ABVD a 5/6, con dependencia en el baño.</p> <p>Se logra bipedestación, y se mejora la velocidad de marcha logrando caminar 8 metros con respectivos descansos.</p>	

PATRÓN 6. Cognitivo/ perceptual

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de Confusión Aguda	R/C Estancia hospitalaria prolongada, dolor e infección.	

Objetivo (s)	Prevenir el estado de confusión agudo durante la estancia hospitalaria.
---------------------	---

⁵⁸ Silvia Montalbán-Quesada. (2012). *Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera*. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1096-1101 disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/09.pdf>

⁵⁹ Lawrence Rubenstein, (2011). *Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad*. Chile, Medwave 2011 Ene;5(1):e666 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/666>

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

El delirium es un gran síndrome geriátrico que afecta a un importante porcentaje de los pacientes mayores hospitalizados. El delirium es por tanto una alteración transitoria, aguda y fluctuante de la atención y la cognición que tiene un origen multifactorial. Es “característica” en ancianos frágiles, generalmente está asociado a una enfermedad física aguda, que no necesariamente tiene origen en el sistema nervioso central. Es la complicación neurológica más frecuente en los adultos mayores, con una incidencia de 15 a 80%, dependiendo del tipo de intervención, por ejemplo, en caso de infección y que llega a ser casi del 50%, y de 15% en cirugía electiva. Los episodios de delirium diagnosticados y tratados correctamente son reversibles en el 50% de los casos. Una consulta geriátrica preventiva puede reducir la incidencia y la gravedad del delirium en los pacientes sometidos a cirugía.

INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
<p>Implementación de la valoración cognitiva geriátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> — Registro del estado de conciencia en el formulario. — Implementación del uso de escala de CAM — Registrar características del habla y comportamiento mediante la comunicación enf. - paciente. 	<p>A pesar de la existencia de criterios diagnósticos para el delirium y de instrumentos diagnósticos, como el Confusion Assessment Method (CAM), en la práctica muchos casos no se diagnostican. Según Cole et al, una de las razones que provocan esta situación es que no se identifican ni vigilan los pacientes con riesgo alto de delirium. El CAM permite su rápido diagnóstico (3-5min) por parte de personal médico o de enfermería y que se ha validado para el diagnóstico de delirium en este grupo de pacientes. Sin embargo, la aplicación de una traducción literal del instrumento es insuficiente. Es necesario un proceso formal de adaptación cultural y una validación contra un estándar de referencia.⁶⁰</p>	<p>Se llevó un registro diario del estado cognitivo de la persona AM. Se proporcionó escala de CAM al personal de enfermería, misma que se anexo a bitácora.</p> <p>Durante los diversos turnos se reporta lenguaje coherente y pausado, alerta pero con episodios de irritabilidad.</p>

60 Catalina Perelló Campaner. (2014). *Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología. Vol. 45. Núm. 05. 2014 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-del-riesgo-delirium-pacientes-13156101>

<p>Brindar medidas antidelirium</p> <p>— Orientación a la realidad a través del uso de un reloj y calendario con números grandes, instrucciones y explicaciones simples y contacto visual frecuente, indicarle dónde está y el motivo de su ingreso las veces que sean necesarias, los procedimientos a realizar, qué familiar se encuentra con él así como su parentesco.</p> <p>— Medidas de higiene del sueño como el permitir que la persona AM duerma 2 siestas máx. de 15 min. en todo el transcurso del día, establecer un horario fijo para levantarse y dormirse, procurar un ambiente</p>	<p>La OR ha sido la terapia más ampliamente evaluada, es un conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal), proporciona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima, está presente durante todo el día y es practicada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de referencias en el ambiente, señales y otras ayudas para la memoria;⁶¹</p> <p>Las medidas de la higiene del sueño comprenden una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño, basándose en una serie de recomendaciones que las personas con problemas de insomnio pueden adoptar para que les ayuden a minimizar la incidencia de su problema y favorecer un sueño normal. nSe trata de una intervención psicoeducativa con información básica sobre los hábitos de sueño y la higiene. Incluye instrucciones para establecer horarios regulares para dormir, evitar el uso de estimulantes (café, cigarrillos, alcohol, etc.) antes de dormir, y evalúa las condiciones de habitación: confort, ruido, temperatura, entre otros.⁶²</p>	<p>Se instaló un calendario y reloj dentro de la unidad de la PAM, donde se fue marcando los días y la estación del año, cuestionándole en cada visita el día y hora. Se le brindaron instrucciones de las actividades a realizar, emitiendo mensajes cortos y claros. Se le cuestionó diario el nombre del familiar y su parentesco. Se informó de los procedimientos a realizar realizando retroalimentación para corroborar que la información allá sido comprendida.</p> <p>La PAM toma solo una siesta durante el turno con duración de 15 min, despierta de 8:00 a 8:30 hrs, duerme 7 horas de manera constante, se va a acostar a las 11: 00 hrs.</p> <p>Al despertar refiere haber descansado, se mantiene una luz tenue durante la noche según</p>
--	--	---

61 Cataldi Amatriain Roberto M., et al. (2011) *Manejo del delirium en el anciano*. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Disponible en: http://www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_02.htm

62 Isabel M. Estrella González, (2015). *La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería*. Gerokomos. 2015; 26(4):123-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf

<p>tranquilo con pocos estímulos luminosos y sonoros y en lo posible, no interrumpir el sueño nocturno con medicamentos o tomas de SV.</p> <p>— Terapia ocupacional a través de juegos de mesa, crucigramas, escuchar música.</p> <p>— Procurar que reciba visitas de sus familiares y brindar información a cada uno sobre el delirium y las medidas para prevenirlo por medio de un cartel.</p> <p>— Informar y solicitar el uso de los anteojos permanentemente y vigilar factores precipitantes que exacerben el cuadro de delirium.</p>	<p>Estudios señalan que la Terapia Ocupacional (TO) a nivel hospitalario ha generado un impacto positivo en áreas afines, como mejorar la independencia funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) y disminuir el riesgo de deterioro en la ejecución de estas habilidades. La intervención precoz e intensiva de TO en PAM hospitalizados reduce la incidencia del delirium, los días de estadía hospitalaria y el gasto en días-cama.⁶³</p> <p>Desarrollar o mejorar programas de visitas mediante el establecimiento de una política que instaure reglas para las visitas, garantiza la privacidad del paciente, instrucción a la familia, y control de calidad. Diversos estudios sugieren que no permitir las visitas puede ser perjudicial, y tener un buen programa de visitas ya que contar con visitas es parte integral de la atención al paciente.</p> <p>El proceso de envejecer genera cambios en el cerebro que favorecen la aparición de esta entidad, cambian las características bioquímicas y morfológicas de las neuronas y disminuyen el flujo plasmático cerebral, el número de neurotransmisores y el de receptores en el cerebro. Todo ello predispone al anciano a padecer un cuadro confusional agudo donde los factores precipitantes incluyen deshidratación, fracturas, hipoxia, infecciones, isquemia (cerebral, cardíaca), medicamentos y trastornos metabólicos, inmovilización, desnutrición, eventos iatrogénicos, intoxicación, influencias ambientales y psicosociales.⁶⁴</p>	<p>informa cuidador primario.</p> <p>La Sra. G.M.R realizó crucigramas, manualidades en fomi, pintura, juego de domino, lotería, ejercicios de cálculo y memorama, estos dos últimos fue donde presentó mayor complejidad para la paciente.</p> <p>Durante su estancia recibió la visita de 4 de sus hijos y dos nietas. Se proporcionó información sobre el delirium y se colocó cartel en la unidad de la paciente.</p> <p>Se proporcionan los lentes que los familiares trajeron a la PAM para mejorar la visión, se vigila cualquier factor precipitante que predisponga a un cuadro confusional agudo.</p>
--	--	---

63 Rudolph J, Inouye S, Jones R, Yang F, Fong T, (2012) *Delirium: An Independent Predictor of Functional Decline After Cardiac Surgery*. JAGS 58:643–649,2012.

64 Daniel Quesada Astorga (2015), *Delirium en el adulto mayor*. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (614) 3 - 7, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151b.pdfetc.>

<p>Posible manejo de la medicación en caso de presentar delirium aplicando el protocolo de restricción química.</p> <p>(Haloperidol a dosis de 0.5-1 mg V.O. cada 8-12 horas, 0.5-1mg I.V. o I.M).</p>	<p>El tratamiento farmacológico del delirium sólo debe emplearse si las intervenciones no farmacológicas han fracasado o no es posible realizarlas y su indicación debe evaluarse diariamente en cada caso. El tratamiento farmacológico del delirium debe reservarse para pacientes en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud. — Agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales (p ej. asistencia mecánica ventilatoria invasiva/no invasiva, marcapasos, etc.). <p>El haloperidol es el agente recomendado en el AM porque los efectos hemodinámicos o respiratorios son menores que con otros antipsicóticos y benzodiacepinas, además de su absorción rápida por el tracto gastrointestinal.</p> <p>Su mecanismo antipsicótico, está relacionado con el bloqueo de receptores dopaminérgicos, con una selectividad parcial sobre receptores dopamina D2, particularmente en el cuerpo estriatum. También actúa sobre algunos alfa-adrenorreceptores (alfa1), opioides (sigma), muscarínicos, colinérgicos, histamina y receptores de serotonina, produciendo pocas reacciones adversas relacionadas con los mismos, tales como hipotensión, taquicardia refleja o relajación muscular, sin embargo está restringido en estados comatosos, depresión del SNC debida a alcohol u otras drogas antidepresivas; enfermedad de Parkinson, conocida hipersensibilidad al Haloperidol, lesión de los ganglios de la base.</p> <p>Se recomienda especial control clínico ya que el déficit de la función colinérgica y un exceso de la actividad dopaminérgica, ya sea en términos absolutos o en el equilibrio relativo entre ambos, son las alteraciones neuroquímicas más frecuentes e importantes involucradas en el delirium. Los ancianos pueden presentar mayores concentraciones plasmáticas de haloperidol, por lo tanto, estos pacientes suelen necesitar una dosis inicial menor y un ajuste más gradual de la dosis.</p>	<p>Debido a la aplicación de las medidas antidelirium no fue requerido el tratamiento farmacológico.</p>
---	--	--

	La biodisponibilidad oral está alrededor del 60%. ⁶⁵	
EVALUACIÓN	Durante su estancia no presenta síntomas de síndrome confusional agudo durante el preoperatorio.	

PATRÓN 3. Nutricional/ metabólico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de hipovolemia y complicaciones hidroelectrolíticas (Hipokalemia K 3.2)	R/C emesis y evacuaciones diarreicas asociado a la colonización bacteriana y estenosis de la vía biliar.	

Objetivo (s)	Evitar complicaciones de hipovolemia e hidroelectrolíticas.
---------------------	---

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

Recordamos que por efecto de la diarrea se pierde agua, sodio, potasio y bicarbonato en concentraciones isotónicas e hipotónicas en relación con el plasma. Generalmente las diarreas se acompañan de vómitos, lo cual contribuye a agravar el cuadro al incrementar las pérdidas de agua; en ocasiones los vómitos constituyen un mecanismo compensatorio a la acidosis metabólica, que ocurre por la pérdida intestinal de bicarbonato o por la pérdida renal de hidrogeniones.

65 Palencia Herrejón (2010) *Delirio en el paciente crítico*. Servicio de Medicina Intensiva. Med Intensiva; 32 Supl 1:77-91 Madrid. España. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjABahUKewiTqLTuie7HAhXMi5IKHTtVDHk&url=http%3A%2F%2Fwww.medintensiva.org%2Fes%2Fpdf%2F13116129%2FS300%2F&usg=AFQjCNHihvrvYtCBoKhCHmS213PTwPoNBg>

El paciente adulto mayor sufre inevitablemente de la pérdida de la reserva funcional, con disminución de la función de los órganos en general, que se produce, incluso, en ausencia de cualquier patología. Esto se debe a una pérdida progresiva y variable de células parenquimatosas activas con posterior reemplazo por células intersticiales, inactivas que ocurre de manera natural cuando la persona avanza en edad.

La pérdida de la reserva funcional inevitable de un órgano hace que ese sistema en particular se torne vulnerables al estrés quirúrgico (o de hecho cualquier estrés). La alteración de la función tubular renal por envejecimiento se manifiesta de varias maneras. Por ejemplo, la reducción de la excreción urinaria de Na en respuesta a la deprivación de sal de la dieta es mucho más lenta en los ancianos comparados con los jóvenes. Este fenómeno tiene que ver con la mayor susceptibilidad de los ancianos a la hipovolemia. El clearance medio de litio, un indicador de la función tubular proximal, es significativamente más bajo en los ancianos.

La reabsorción de la fracción proximal de Na es significativamente superior en los ancianos, pero es contrarrestada por una reabsorción de la fracción distal de Na más baja. Al envejecer, el manejo del K se ve afectado negativamente, lo que explica la predisposición de los ancianos a la hipokalemia. La necesidad de líquidos puede verse mermada en el paciente anciano hospitalizado, inactivo, y afebril. Algunos pacientes ancianos pueden estar deshidratados debido a la pobre respuesta a la sed o por el uso de rutinario de diuréticos y su funcionalidad limitada. La capacidad de adaptarse frente a cambios agudos en el balance hidroelectrolítico se ve disminuida, lo que explicaría la mayor incidencia de trastornos hidroelectrolíticos en los ancianos hospitalizados.⁶⁶

66 M. Felipe Salech, et al. (2012). *Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento*, Revista Médica Clínica Las Condes Volumen 23, 1, Enero 2012, pp. 19–29. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>

INTERVENCION Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
Seguimiento de hábitos intestinales y el condicionamiento del reflejo defecatorio diario promoviendo el evacuar al despertar y luego de la ingesta sobre todo del desayuno y almuerzo, permaneciendo en el inodoro por períodos cortos.	Como atestiguan Larkin et al, "es importante hacer una historia clínica completa para determinar la diferencia entre los hábitos intestinales actuales y normales (previo a la enfermedad), e identificar cualquier factor que pudiera estar inhibiendo al paciente. Se trata de que el paciente adquiera un patrón defecatorio regular en relación con los movimientos propulsivos fisiológicos. Esto lleva a condicionar la defecación. ⁶⁷	Se llevó un registro de hábitos intestinales, donde se anotó el número de evacuaciones y las características de las mismas diariamente; así como el condicionamiento del reflejo defecatorio iniciando con periodos de permanencia en el inodoro de 3 min. A 7 min. Máx.
Implementación de la Escala de Bristol para llevar un formulario de las características de las evacuaciones diarias.	La simplicidad de la escala de Bristol y los resultados obtenidos en los diferentes estudios ha hecho que de forma progresiva se haya incorporado a la práctica clínica para la evaluación de pacientes con síndrome del intestino irritable, diarrea relacionada con infecciones e incontinencia fecal, entre otros. Así mismo, en la actualidad es la única escala que recoge la forma de las heces recomendada por los grupos de consenso para la recogida de datos en patología funcional intestinal. ⁶⁸	Se proporcionó una copia de la escala de Bristol a la enfermera en turno y al cuidador primario para que auxiliarán en el registro de las evacuaciones diarias, la cual dentro de los dos primeros días se mantuvo de 3 a 4 evacuaciones de tipo 7, en día 3 de tipo 6, hasta llegar el día 4 a al tipo 4 y mantenerse normal.
Hidratación oral y parenteral Ministración de la solución Hartmann por vía endovenosa cada 12 hrs.	La rehidratación oral es el método de elección para el tratamiento de las deshidrataciones leves y moderadas debidas a la diarrea.	Se ministró la solución Hartmann por vía endovenosa cada 12 hrs. para la reposición hidroelectrolítica.

67 Vargas Torres Roberto. (2011) *Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. medicina paliativa*. Vol. 18. Núm. 03. Julio - Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-paliativa-337-articulo-tratamiento-cuidados-enfermeria-el-estrenimiento-90038145>

68 M. Mínguez Pérez and A. Benages Martínez (2012). *Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?* Rev. esp. enferm. dig. v.101 n.5 Madrid mayo 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500001&script=sci_arttext

<p>Vía oral se adaptará calendario de hidratación donde se debe beber lentamente c/15 min., pequeños sorbos (a cada 2 horas debe tomar al menos un vaso de 200 mililitros) para favorecer su asimilación, hasta un total de 1,5 lts al día. Se restringe el tomar bebidas gaseosas. A veces se precisa recurrir a gelatinas o preparados.</p>	<p>Sin embargo, hay situaciones clínicas en las cuales la hidratación endovenosa está formalmente indicada por ejemplo en pérdidas gastrointestinales de tan alto volumen y frecuencia (volumen fecal mayor de 20-30 cc /kg /hora).</p> <p>La solución endovenosa Hartmann es la primera prioridad en el tratamiento de la deshidratación ya que está indicada en la reposición hidroelectrolítica del fluido extracelular, como en estados de deshidratación con pérdida de electrolitos, reposición del volumen plasmático a corto plazo en estados de shock hipovolémico o hipotensión.⁶⁹</p>	<p>Por medio del calendario de hidratación la paciente logró tomar 1.5 litros de agua máximo, se observa piel hidratada y turgente al cabo de una semana.</p>
<p>Alimentación e ingesta correcta de fibra. (10 a 13 g/1.000 kcal)</p> <p>La dieta blanda en pequeñas cantidades, fraccionando en quintos para comprobar así la tolerancia a la misma.</p> <p>Se recomienda al servicio de dietología iniciar con alimentos astringentes, eliminar irritantes y complementar con prebióticos.</p>	<p>Un cambio en los hábitos alimentarios para aumentar el contenido en fibra alimentaria en la dieta aumenta el tamaño del bolo fecal, mejora la consistencia de las heces y disminuye las molestias abdominales.</p> <p>Así mismo, el uso de prebióticos, complementado con fibra fermentable, logra aumentar la masa fecal. Los alimentos de uso común ricos en fibra son el salvado de trigo, legumbres, harinas integrales, frutas y verduras.</p> <p>Las recomendaciones sobre el consumo de fibra en el anciano son de 10 a 13 g/1.000 kcal siendo el 70-75% de fibra insoluble y un 25-30% de fibra soluble. Deben evitarse la leche, los alimentos que contengan lactosa, cafeína, frutas que no estén maduras, y fármacos que produzcan diarrea. Se toleran bien los carbohidratos complejos arroz, cereales, patata, las carnes magras, y algunas frutas, en una dieta algo más amplia.</p>	<p>Se proporcionó dieta rica en fibra donde incluyeron vegetales de gran valor nutricional, arroz blanco cocido, manzana se eliminaron alimentos como la leche y derivados y mejoró la motilidad intestinal a 5 movimientos por min.</p> <p>Se incluyó el uso de probióticos como yakult.</p> <p>Se hizo un ajuste en la dieta proporcionada en tres comidas con dos colaciones intermedias, lo que favoreció el proceso de digestión, con variedad de menús y una presentación atractiva para mejorar el apetito.</p>

69 Roberto Herrera-Rodríguez. (2012). *Manejo de líquidos en el paciente geriátrico*. Revista mexicana de anestesiología. Volumen 35, Suplemento 1, abril-junio 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121e7.pdf>

<p>La dieta se mantendrá como promedio unas 48-72 horas según la evolución del ritmo intestinal y la consistencia de las deposiciones.</p>	<p>Los alimentos se deben distribuir en cinco a seis horarios en el día, lo cual mejora la adherencia a la dieta, se reducen las alzas glicémicas y es de gran utilidad en el vaciamiento gástrico.⁷⁰</p>	<p>Se mantuvo la dieta 72 horas para reiniciar dieta hiperproteica haciendo la recomendación de contar siempre con su dentadura en buenas condiciones higiénicas y mecánicas.</p>
<p>Potenciar la vida social y familiar, para que la PAM no coma sola.</p>	<p>Krzejmen sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor” En relación a la familia, cuanto menor considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor, menor será el nivel de su ‘calidad de vida’.⁷¹</p>	<p>Se involucró a los diversos familiares para que se rolarán y pudieran estar presentes en las horas de comida para estimular y verificar la alimentación de la Sra. G.M.R.</p>
<p>Antibioticoterapia Ministración del medicamento Ceftriaxona 1 gr IV c/ 12 hrs y vigilar efectos adversos del medicamento (náusea; vómito; estomatitis, glositis dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y eritema).</p>	<p>Los esquemas antibióticos recomendados para colagitis aguda incluyen como primera opción: Ampicilina/Sulbactam, Piperacilina/Tazobactam, cefalosporinas de tercera o cuarta generación, quinolonas, Carbapenémicos. Se sugiere agregar cobertura para anaerobios en los esquemas que incluyen cefalosporinas o quinolonas, en los pacientes con CA. Todos los esquemas antibióticos se deben ajustar según el resultado de cultivos. No está demostrado que los antibióticos con mayor grado de penetración a VB tengan mejores resultados. En cuanto a la duración del tratamiento, en general se acepta un mínimo de 5 a 7 días. En pacientes con hemocultivos positivos, algunos sugieren mantener el tratamiento antibiótico por 10 a 14 días.⁷²</p>	<p>Se ministra medicamento según dosis indicada evaluando efectos adversos los cuales no se presentan durante su estancia hospitalaria.</p>

70 F. Botella Romero, et al. (2011). *Estrategias nutricionales ante el estreñimiento y la deshidratación en las personas mayores*. Nutr Hosp Supl. 2011;4(3):44-51). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782003.pdf>

71 Gastron L. Género (2013). *Representaciones sociales de la vejez y derechos humanos*. Congreso Internacional de Americanistas, Chile. 2013:3.

72 Humberto Flisfisch F. Heredia C (2011). *Colangitis Aguda: Revisión de aspectos fundamentales*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/06_COLANGITIS_AGUDA.pdf

<p>Informar y monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipokalemia que el especialista debe manejar.</p>	<p>Puede aparecer hipopotasemia ($K^+ < 3,5$ mEq/l) por tres mecanismos: redistribución hacia el espacio intracelular, pérdidas extrarrenales (habitualmente digestivas) o pérdidas renales, los síntomas más frecuentes son neuromusculares (debilidad, calambres, fatiga, mialgias, rabdomiolisis), cardíacos (arritmias, bradicardia, taquicardia), gastrointestinales (dolor abdominal, estreñimiento, vómito), respiratorios (dificultad respiratoria, hipoventilación), renales (poliuria, nicturia) y neuropsiquiátricos (confusión, desorientación, delirium, alucinaciones).⁷³</p>	<p>Se informó de posibles síntomas de hipokalemia, donde sólo se registró presencia de parestias y parestesias en miembros pélvicos, los cuales fueron disminuyendo su aparición en un periodo de una semana.</p>
<p>Enseñanza de la técnica de lavado e higiene de manos a PAM y cuidador primario, de acuerdo a la técnica propuesta por la OMS; por medio de un video interactivo.</p>	<p>Todas las personas con diarrea aguda o en contacto con ellas deben extremar las medidas higiénicas para lo que es fundamental lavarse las manos frecuentemente con jabón o desinfectante. Para el lavado de manos dentro del hospital utilizar clorhexidina y realizar medidas de desinfección de material utilizado (fonendos, carros, etc). Utilizar siempre que sea posible material desechable. Datos convincentes demuestran que una mejor higiene de las manos puede reducir la frecuencia de las infecciones el incumplimiento de dicha higiene se considera la principal causa de dichas infecciones, facilita la propagación de microorganismos multirresistentes y contribuye notablemente a los brotes infecciosos.⁷⁴</p>	<p>Se mostró video interactivo para el lavado de manos https://www.youtube.com/watch?v=NMmAj1EKdVo https://www.youtube.com/watch?v=NMmAj1EKdVo</p> <p>Y se realizó retroalimentación entre la persona anciana y el cuidador cuando y como realizar la higiene de manos.</p>
<p>Ministración de antieméticos y antidiarreicos de persistir los síntomas.</p>	<p>En los pacientes en los que habiendo o no una causa clara de los vómitos, no podamos evitarla, o los vómitos sean mantenidos, se pueden utilizar distintos agentes farmacológicos como Antagonistas 5HT3 como ondansetrón (8 mg 30 min antes; 4-8 mg/8 h i.v. después) o tropisetron (5 mg I.V. en 100 ml de suero fisiológico), Antidepresivos tricíclicos como imipramina (25 mg/8 h p.o.), nortriptilina (10 mg/8 h P.O.)</p>	<p>Se ministró Ácido ursodesoxicólico tab 250 mg 1/ cada 8 hrs previa indicación médica, deja de presentar vómito durante los días posteriores.</p>

73 Gallego Muñoz, (2016). *Alteraciones del potasio plasmático en pacientes mayores de 65 años: análisis de fármacos potencialmente implicados y de recomendaciones farmacéuticas aceptadas en pacientes hospitalizados*. Ibero Latin American Journal of Health. Vol. 26, Nº4 , 2016. Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/alteraciones-del-potasio-plasmatico-en-pacientes-mayores-de-65-anos-analisis-de-farmacos-potencialmente-implicados-y-de-recomendaciones-farmaceticas-aceptadas-en-pacientes-hospitalizados/>

74 OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre Higiene de las manos en la atención sanitaria. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

	<p>y amitriptilina (10-25 mg/8 h p.o.; 20-30 mg/6-8 h I.V. o I.M.).⁷⁵</p> <p>Los absorbentes como caolín y pectina, disminuyen la fluidez de las heces, pero no su contenido en agua, ni el volumen total de las mismas, por lo que solo son efectivos en el tratamiento de los síntomas. De entre los antidiarreicos que pueden utilizarse para el alivio de los síntomas en caso de persistencia o severidad de los mismos tras 24-48 horas, es de elección el subsalicilato de bismuto. Este tiene propiedades antisecretoras, aumenta la reabsorción de agua y sodio, contrarresta la acción de las enterotoxinas y tiene propiedades bactericidas. Los derivados de los opiáceos como la loperamida y difenoxilato de atropina, inhiben la motilidad intestinal y aumentan la absorción de sodio y agua, disminuye el número de deposiciones y espasmos, pero deben utilizarse con precaución en la diarrea inflamatoria, ya que pueden producir empeoramiento o prolongación del cuadro.</p>	
EVALUACIÓN	Se logra el objetivo de mantener un estado hidroelectrolítico e hipovolémico estable, revirtiendo la emesis y las evacuaciones diarreicas. Se aprecia piel hidratada, y ya no refiere parestias o parestesias.	

PATRÓN 4. Actividad/ ejercicio

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de caída del plano de sustentación	Disminución de la fuerza muscular, debilidad muscular,	

Objetivo (s)	Prevenir caídas en la persona adulta mayor.
---------------------	---

75 A. Balboa Rodríguez y M. Bixquert Jiménez (2011). *Gastroparesia, náuseas, vómitos, hipo y bezoar*. 3era. Edición. Ed. Elsevier España. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo8.pdf>

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

De los ancianos que han caído previamente, se considera que alrededor de la mitad presentará otra caída en el año siguiente, por ello las caídas recurrentes representan alrededor de 50% de las caídas. Son importantes puesto que múltiples caídas son marcadoras de otros factores o deficiencias subyacentes, como enfermedades crónicas o limitaciones funcionales, las cuales llevan a los ancianos a mayor riesgo para consecuencias adversas de salud. Las caídas recurrentes tienen una etiología diversa que debe ser claramente definida, puesto que hace la diferencia entre una estrategia de tratamiento exitosa o de fracaso.

INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
<p>Monitorear el riesgo de caídas de la paciente mediante la escala J. H. Downton.</p> <p>Implementación de la escala de funcionalidad de Crichton en la carpeta de la PAM para llevar un seguimiento y registro diario del riesgo de caída.</p>	<p>Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo⁷⁶</p> <p>La escala de funcionalidad de Crichton empleada en población adulta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, etc.</p>	<p>Se realizó la monitorización del riesgo de caída con base en semaforización.</p> <p>Se llevó un registro en la bitácora del riesgo manteniéndose durante su estancia en un riesgo alto de caídas.</p>

76 J. Barrientos-Sánchez (2013). *Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados*. Enfermería universitaria. Enferm. univ vol.10 no.4 México oct./dic. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400002

	Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud. ⁷⁷	
Establecer precauciones ambientales como el uso de barandales laterales, adecuación de la habitación (luz, ambiente físico), uso de calzado adecuado.	<p>Los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.</p> <p>Es importante contar con un timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz, tener pocos escalones a la entrada o salida del baño. Contar con barras de sujeción en baños y áreas de regaderas, tapetes antiderrapantes, escaleras o rampas con antiderrapantes.</p> <p>El calzado adecuado debe tener un contrafuerte del talón que debe ser estable y rígido. El material debe absorber los impactos de la descarga de peso al contacto con el suelo. La suela debe ser lo suficientemente flexible y ligera pero a la vez firme y antideslizante, que permita un adecuado soporte del arco plantar. Tanto el forro externo como interno deben permitir la respiración del pie, evitando materiales sintéticos.⁷⁸</p>	Se instruyó el uso del timbre para el llamado ante alguna necesidad de la PAM. Se aprobó el uso del zapato cerrado con que contaba la PAM el cual consistía en zapato de piel con costuras internas para evitar lesiones, de suela antiderrapante y flexible. Se hizo la recomendación de quitar el tapete del baño de la Sra. G.M.R. Se informó a los cuidadores la importancia de mantener los barandales elevados sobre todo cuando la señora está dormida.
Actividad física de resistencia para ganar masa muscular iniciando con sesiones de 20 min, 3 veces por semana.	El ejercicio físico de resistencia es un estímulo más potente para incrementar la fuerza y la masa muscular que el ejercicio de fondo, con un entrenamiento adecuado se ha demostrado que los ancianos pueden llevarlos a cabo con seguridad, incluidos los muy ancianos.	Se inició con el levantamiento de costalitos de tela rellenos de arroz con peso de 2 kg cada uno, de donde solo se brindó al inicio 10 min, dado la fatiga que representaba el mismo.

77 Id.

78 Instituto Nacional de Rehabilitación. (2015). *Protocolo Para La Prevención De Caídas En Pacientes Hospitalizados*. Disponible en: <http://www.bing.com/search?q=PREVENCION+DE+CAIDAS&qs=n&form=QBRE&pq=prevencion+de+caidas&sc=8-3&sp=-1&sk=&cvid=7d52f6e24dd849c9b1c8dc69ee3047eb>

<p>Mantener y mejorar el estado nutricional</p> <p>- Incrementar el consumo de alimentos con vitamina D como cereales, atún, sardina, etc. y de ser necesario la restitución del complemento</p>	<p>Existe evidencia que relaciona el envejecimiento con los cambios hormonales y la pérdida de masa muscular, aunque aún no existe manejo hormonal específico avalado. Existe una asociación entre los niveles bajos de vitamina D y disminución de la masa muscular, fuerza muscular y el incremento de caídas. Se recomienda usar complementos nutricionales orales para mejorar o mantener el estado nutricional en el adulto mayor. Y determinar niveles séricos de Vitamina D en los ancianos y si ésta es menor de 30ng/ml deberá ofrecerse tratamiento de restitución a dosis de 800 UI/día (equivalente a 0.100 µg de calcitriol).</p>	<p>Con el implemento de la dieta hiperproteica la paciente tolero el atún y la yema de huevo, por lo que el uso de calcitrol sólo queda como una recomendación.</p>
<p>Utilización de auxiliares para la marcha (bastón) e información sobre su uso.</p>	<p>Los auxiliares para la marcha aumentan la estabilidad de la marcha, incrementan la base de sustentación, descargan parte del peso que soportan las extremidades inferiores, con lo que disminuye el dolor y proporcionan confianza y seguridad. Entre estos elementos destaca el empleo de bastones o muletas, que aumenta el gasto de energía en la deambulaci3n hasta 60 %, por lo que debe potenciarse la resistencia y la fuerza de extremidades y tronco.⁷⁹</p>	<p>Se enseñó uso correcto del bast3n de un punto, recomendándole practicarlo diariamente</p>
<p>Cuidados de las alteraciones troficasungueales por medio de la limpieza de las uñas y de las hiperqueratosis, para una vez egresada acuda con su pod3logo.</p>	<p>El pie no envejece en forma separada, sino que se ve naturalmente afectado por el proceso de envejecimiento. Las afecciones de los pies, son causa frecuente de incapacidad pero suelen no ser reportadas espontáneamente. Los trastornos de la marcha, la inmovilidad prolongada y las caídas recurrentes pueden ser formas de presentaci3n de alteraciones sistémicas generales y/o estáticas o dinámicas del pie.⁸⁰</p>	<p>Se hizo limpieza y corte de uñas, así como lubricaci3n para áreas de hiperqueratosis una vez por semana.</p>
<p>Utilización de auxiliares visuales</p>	<p>El déficit visual es el más frecuente que en otros estudios. Se ha reportado ceguera en 5% de los ancianos y disminuci3n de agudeza visual en</p>	

79 Beatriz G C. et al. Guía para la prevenci3n de caídas en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 425-441. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745544009.pdf>

80 Malden, MA: Blackwell (2012). *Helfand AE Diseases and Disorders of the Foot in Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 5th ed. Publishing for the American Geriatrics Society.

	<p>13.5%.</p> <p>Por lo que el uso de dispositivos y auxiliares visuales previene en gran porcentaje las caídas en el adulto mayor.⁸¹</p>	<p>Se solicitó a familiares insistir a la PAM en el uso de lentes para prevención de caídas.</p>
<p>Enseñar a la persona anciana y a su cuidador como levantarse tras una caída por medio de un video interactivo.</p>	<p>El síndrome post-caída, tras sufrir está o no, incluye tanto el miedo a padecer una nueva caída, como la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse, así como la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional por lo que se debe enseñar la técnica para levantarse partiendo de la persona en supino, le enseñamos a que estire un brazo, situándolo separado del cuerpo para que sirva de apoyo, y doble la rodilla contraria, apoyando el pie. Utilizará ese pie para impulsarse y girar. Así, poco a poco, girará, para apoyar los brazos y tratar de buscar un punto de apoyo fijo para levantarse.⁸²</p>	<p>Se mostró técnica para incorporarse después de una caída a través del video disponible en:</p> <p>https://www.vitonica.com/prevencion/personas-mayores-prevencion-de-caidas-mediante-ejercicio-fisico</p>
<p>Manejo de la medicación:</p> <p>- Informar sobre las medidas para una polifarmacia exitosa al equipo multidisciplinario.</p>	<p>La polifarmacia, definida como la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no, se ha constituido, junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia en uno de los grandes retos a la geriatría de nuestros tiempos.</p> <p>Los AM son un grupo de riesgo en el manejo de la medicación por el esquema o situación de salud que los caracteriza como son las pluripatologías y predominio de padecimientos crónicos.</p> <p>Esta situación de salud demanda tratamientos prolongados y variados, lo que se traduce en utilización de polifarmacia; de acuerdo a lo que se</p>	<p>Se dio a conocer el riesgo beneficio de cada droga, y se proporcionó una presentación sobre la evaluación geriátrica al personal, la cual no se puede exponer por cuestión del tiempo.</p>

81 DiNuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. *Prevalence [correction of prevalance] of functional blindness, visual impairment, and related functional deficits among elderly Mexican Americans.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56(9):M548-M551

82 A. Casas Herrero M. (2012). *Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil.* Revista Anales Sis San Navarra vol.35 no.1 Pamplona ene./abr. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100007

	<p>ha reportado en la literatura los adultos mayores tienen prescritos de uno a once medicamentos.⁸³</p> <p>En la experiencia del Dr. Mouliá, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características: Conocimiento racional de cada fármaco, evaluación riesgo/beneficio de cada droga, evaluación geriátrica-gerontológica, plan terapéutico integrado, educación al paciente, familiares y/o cuidadores, considerar siempre la posibilidad de iatrogenia tanto al agregar como al suspender un fármaco, evaluación y ajuste constante de las indicaciones.⁸⁴</p>	<p>Se hizo hincapié en las medidas para la polifarmacia exitosa al personal del servicio, pero no se notó respuesta del mismo.</p>
EVALUACIÓN	No se presentan caídas durante su estancia hospitalaria. Se brindaron medidas para prevención de caídas para ello.	

VALORACIÓN FOCALIZADA

El día 3 de Abril se programa la cirugía para la realización de hepatoyeyunoanastomosis + fistula biliar a primera hora. Posterior a la intervención quirúrgica, el día 4 de abril se refiere asintomática aunque curso con un pico febril de 38 grados durante el periodo posoperatorio mediato.

En respuesta a tratamiento quirúrgico se encuentra sin alteraciones, sin estenosis a ningún nivel realizada la colangiografía trasoperatoria sin mostrar alteraciones con adecuado calibre en todos sus conductos , posterior a ello se tomó laboratorios de control de los cuales leu8.5, hb 99, hto. 30 plt 587, glucosa 99, creatinina 0.61, Na 135, K 4.5, ast 24, alt 17, se maneja con antimicrobiano con gentamicina 80 gr,

83 Moreno Monsiváis María Guadalupe. (2013) *Manejo De La Medicación En El Adulto Mayor Al Alta Hospitalaria*. Ciencia y enfermería. Cienc. enferm. vol.19 no.3 Concepción 2013. DISPONIBLE EN:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300002>

84 Madelaine Serra Urral, Germán Melizll, (2013). *Polifarmacia en el adulto mayor*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016

ampicilina 2 gr, linezolid y meropenem 1 gr los cuales se retiran el día 5 de Abril del presente año, se realiza una serie esofagogastroduodenal donde se observa tubo digestivo permeable con aparente reflujo de contenido gastrico a asa biliar, se indicó por parte del médico cisaprida 10 mg c/ 12 hrs VO, Omeprazol 40 mg c/ 24 hrs VO.

Se mantuvo con monitorización continúa, signos vitales cada 4 horas: FC 54, TA 109/69, FR 15, inicia dieta líquida tolerando vía oral, sin náuseas ni vómitos, se refiere con dolor EVA 3/10 que tolera con analgésicos.

A la exploración física se encuentra consiente, orientada, hidratada con ligera palidez, tórax sin datos de compromiso cardiopulmonar. Sistema digestivo sin alteraciones con tolerancia de la VO. A la exploración dirigida se observa herida quirúrgica a nivel de epigastrio con presencia de parche de hipafix, sin presencia de mancha hemática, sin datos de sangrado activo, arcos de movilidad y sensibilidad digital presentes , llenado capilar de 3 segundos. Se enfoca esta valoración a la orientación de los riesgos en esta etapa del posquirúrgico.

PLAN DE CUIDADO FOCALIZADO (DIAGNOSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN)

PATRÓN 4. Actividad/Ejercicio.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de oclusión trombotica de venas profundas	R/C intervención quirúrgica.	

Objetivo (s)	Favorecer la perfusión tisular.
---------------------	---------------------------------

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

El tromboembolismo venoso es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes intervenidos quirúrgicamente, en ausencia de tromboprofilaxis. La prevalencia de trombosis venosa profunda por venografía es del 27%, y de embolismo pulmonar fatal de 0.4-7.5%, dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía. Se debe tomar en cuenta que la edad avanzada asociada a la estasis venosa, a la inflamación sistémica secundaria al trauma y la cirugía ortopédica, confiere un mayor riesgo de trombosis venosa profunda, por lo que se recomienda utilizar tromboprofilaxis no farmacológica y farmacológica de manera rutinaria en los adultos mayores que son sometidos a cirugía.⁸⁵

Asociado también a los cambios en el proceso de envejecimiento cardiovascular (reducción de la distensibilidad y elasticidad vascular) es necesario prevenir la aparición de complicaciones tromboembólicas, así como evitar las secuelas a largo plazo del TEV, como el síndrome post-trombótico.

INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
Monitorización de signos vitales y llenado capilar distal por turno.	La causa más frecuente es la estasis sanguínea en las venas profundas o mala circulación, principalmente es la inmovilidad, aunque el envejecimiento también se asocia con mayor tendencia a la coagulación y aumento de los productos de la fibrinólisis, lo que conduce a un estado pretrombótico general.	Se monitoreo signos vitales y se llevó el registró en la bitácora encontrándose siempre sobre parametros normales, llenado capilar distal de 3 seg.

85 Laguna– Parras Juan Manuel, et al. (2010). *Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática*. Gerokomos [revista Internet]. 2010 Sep. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es.

	<p>Pueden destacarse las siguientes manifestaciones clínicas de Trombosis venosa periférica: Eritema, edema, hinchazón, dolor e hipersensibilidad en extremidades, diferencia de temperatura entre ellas, dilatación de venas superficiales.</p>	
<p>Uso de medias de compresión elásticas a permanencia.</p>	<p>Las medias a medida son productos sanitarios, concretamente ortesis, que se utilizan en la terapéutica de compresión para distintas enfermedades venosas. Con respecto a los materiales, las punteras deben ser elásticas y las medias no deben producir arrugas en la articulación del tobillo ni en la parte posterior de la rodilla; además, no deben dejar marcas, especialmente cuando se trata de medias cortas, tipo calcetín y, por último, deben ser fáciles de colocar.</p> <p>Para pacientes que han perdido fuerza y movilidad es aconsejable el uso de dispositivos que facilitan la colocación de las medias. Estos sistemas de ayuda son sencillos y fáciles de usar ya que la media se coloca en su estructura y se extiende hacia arriba con ayuda de dos asas laterales. Para elegir correctamente estas ortesis hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:</p> <p>Prescripción médica: el especialista prescribirá la compresión que deba utilizar el paciente, clase I (presión de 10-20 mm hg), II (presión de 20-30 mm hg), III (presión de 30-40 mm hg), o IV (presión de 40-50 mm hg), actividad del paciente, segmento de la extremidad inferior afectado, duración el tratamiento (al menos seis meses) que influirá directamente en el tipo de material, es decir, del hilo elástico y del tipo de tejido.⁸⁶</p>	<p>Se adquirieron las medias elásticas de compresión para lo cual previamente se enseñó como colocarlas y la lubricación de la piel así como el beneficio de mantenerlas a permanencia.</p>

86 Vasco Varela B. (2010). *Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el anciano*. Med Clin. 2010; 132:423-4. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-profilaxis-enfermedad-tromboembolica-venosa-el-13134606>

<p>Manejo de la medicación</p> <p>— Profilaxis tromboembólica (enoxaparina 40 mg) y monitoreo de efectos adversos y de creatinina.</p>	<p>Un antitrombótico, como lo son las HBPM por un mínimo de 10 a 14 días en la hospitalización y hasta 35 días después del egreso. Si la cirugía se retrasa, se recomienda que las HBPM sean administradas después de la admisión del paciente, y se suspendan al menos 12hrs antes de la cirugía. En el adulto mayor con peso menor a 45 Kg se recomienda tener cuidado con las dosis fijas de heparinas de bajo peso molecular, al igual que debe considerarse la disfunción renal; la polifarmacia, la enfermedad hepática y las comorbilidades asociadas.</p> <p>Aunque después de dosis repetidas de enoxaparina sódica 40 mg/ día subcutánea durante el estado estable, está incrementada marginalmente en la insuficiencia renal leve (depuración de creatinina 50-80 mL/min) y moderada (depuración de creatinina de 30-50 mL/min)⁸⁷</p>	<p>Se ministró profilaxis tromboembólica sin presentar efectos adversos (disuria, oliguria); los cuales hasta su egreso no presento y se mantiene con una creatinina de 0.8 mg/ dl.)</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>Se favoreció la perfusión tisular evidenciada por un llenado capilar distal de 2 a 3 seg, sin datos de compromiso vascular y la prevención de tromboembolia venosa profunda.</p>	

PATRÓN 1. Manejo/ percepción de la salud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de infecciones	R/C abordaje quirúrgico a nivel biliar	

Objetivo (s)	Reducir el riesgo de infección en el paciente.
---------------------	--

87 Hospital Universitario Central de Asturias (2011). *Resumen Del Protocolo De Profilaxis De Enfermedad Tromboembólica Venosa En Cirugía.* Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/quirofano/ProtoclNormProfilaxisETEVresumen.pdf>

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes en el anciano son delirium (10 - 61%), infección del tracto urinario (23- 42%), enfermedad cardiovascular (5-10%) y neumonía (9%). La infección del sitio quirúrgico ocupa el segundo o tercer lugar en frecuencias dentro de las infecciones nosocomiales (18-16%), se establece que a partir de 10 microorganismos por gramo de tejido, la probabilidad de que se presente una infección del sitio quirúrgico aumenta de forma significativa. Como en otros procesos infecciosos, en el anciano se produce una respuesta febril e inflamatoria más pobre, que puede enmascarse en el cuadro clínico general. Por ello es más frecuente su diagnóstico en estadios avanzados, la evolución es más tórpida y las complicaciones, como la aparición de bacteriemia y sepsis, son más frecuentes.

El principal reservorio de los gérmenes que producen las infecciones de sitio quirúrgico es la flora endógena del paciente. En los ancianos pequeñas complicaciones pueden actuar con un efecto cascada, provocando consecuencias adicionales desastrosas. Además de la infección de la herida quirúrgica, también se pueden presentar otras infecciones asociadas. Las infecciones más frecuentes son las que afectan al aparato respiratorio, urinario y las infecciones de catéteres venosos, por lo que es recomendable restringir al máximo la utilización de sondajes vesicales y canalizaciones venosas.

INTERVENCION Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
Hacer el registro del estado hemodinamico del paciente Una vez por turno. - Signos vitales - Llenado capilar - Estado de conciencia	Los riesgos de infección aumentan con los días de hospitalización preoperatoria, la edad y el estado general del paciente. Cualquier incremento de temperatura a partir del tercer día postoperatorio debe ser considerado anormal, debiéndose investigar su etiología. Hay que tener en cuenta que en el anciano la respuesta febril puede estar atenuada y la ausencia de fiebre no descarta infección.	Se hizo el registro y monitoreo de constantes vitales, llenado capilar y estado de conciencia una vez por turno, todos dentro de parámetro normales.

	El uso de antiinflamatorios o tratamientos antibióticos previos también pueden enmascarar la infección, un monitoreo continuo de sus constantes vitales será la primer medida para detectar posibles infecciones. ⁸⁸	
<p>Mantener estado nutricional- metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de dieta líquida por pequeños sorbos. (1 vaso de 200 ml cada hora). - Vigilar tolerancia de la vía oral. - Obtener IMC 	<p>El aporte hidroelectrolítico y calórico necesarios se realizará en base a las siguientes consideraciones:</p> <p>a) Necesidades basales: Hay que tener en cuenta la edad del paciente, el peso corporal y el grado de actividad física. La existencia de patologías asociadas cardiovasculares, renales y/o hepáticas conllevan restricciones del aporte hidroelectrolítico y proteico habitual.</p> <p>b) Situación preoperatoria: No siempre llega el paciente a la cirugía en situación normovolémica, que sería lo deseable, sino con sobrecarga o déficit de agua, electrolitos, volumen de sangre y nutrientes. El abuso de diuréticos y laxantes, la menor ingesta de agua y el déficit en la capacidad de concentración urinaria en el anciano, predisponen a la deshidratación.</p> <p>e) Pérdidas perioperatorias: Junto al sangrado local intraoperatorio, la causa más frecuente de balance hídrico negativo son las pérdidas gastrointestinales.⁸⁹</p>	<p>Mejóro su IMC a 23, tolero vía oral.</p> <p>Inicio dieta líquida con agua y jugo.</p>
<p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar oxigenoterapia hasta alcanzar una saturación 	Es recomendable la monitorización del estado respiratorio y la recomendación en la administración de oxígeno suplementario, ya que se ha descrito la posible existencia de hipoxia persistente desde el momento	Se inició con el uso de puntas nasales a 3 lts. Por minuto. Llegando a alcanzar un nivel de saturación

88 Marta Juste Lucero. (2012). *Morbimortalidad Asociada A La Fractura De Cadera Del Paciente Anciano*. Analisis De Nuestro Medio. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona 2012. Disponible en: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/203408/TR-JusteLucero.pdf?sequence=1>

89 E. Pastor Vicente A.I. Martín Graczyk. *Complicaciones postoperatorias del anciano sometido a cirugía urológica*. Clínicas Urológicas de la Complutense, 2.109-128. Editorial Complutense de Madrid, disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110109A/1526>

<p>de oxígeno entre 8-100%.</p>	<p>del ingreso hasta el quinto día del postoperatorio. Se recomienda monitorización de la saturación periférica de oxígeno (SpO₂), y aplicación de oxígeno suplementario durante este periodo, especialmente en el periodo preoperatorio, durante la intervención, las primeras 48 horas postoperatorias y en horario nocturno, ya que son frecuentes los episodios de desaturación o hipoxemia en el postoperatorio inmediato de los pacientes con fractura de cadera, que se puede prolongar varios días, propiciados por el acumulo de secreciones, inmovilidad, fármacos, etc. Con el objetivo de mantener como mínimo una SpO₂ > 90 %, e idealmente una SpO₂ > 95 %.</p>	<p>máx. de 89 %.</p>
<p>Cuidado a herida quirúrgica y cateter venoso central.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curación del lecho de la herida y enseñanza a los familiares de los cuidados. - verificar funcionalidad del acceso venoso 	<p>Durante todo el proceso se deben mantener medidas de asepsia. Gran número de infecciones se transmiten a través de las manos y el material utilizado en la cura por lo que es necesario el lavado de manos antes y después de la cura y el uso de material limpio y estéril según necesidades. El diagnóstico de la infección corresponderá con los 4 signos clínicos clásicos: inflamación, dolor (en la zona quirúrgica y en reposo), enrojecimiento y calor, acompañarse de fiebre inicialmente o no. Hay disminución de la respuesta inflamatoria y la producción de citoquinas, existe una reacción lenta a la hipersensibilidad. Esto puede facilitar la aparición de infección cutánea.</p>	<p>Se realizó curación de la herida quirúrgica con escaso sangrado hemático por intervención quirúrgica.</p> <p>Se brindó folleto a los familiares sobre los cuidados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Registro del control de uresis y características de las mismas, funcionalidad y condiciones de la STU. - Implementación de ejercicios de Kegel (10 min, dos veces al día) para retirada de STU lo más pronto posible. 	<p>Tanto la retención urinaria, como el sondaje vesical favorecen la infección urinaria. La mayoría de las guías recomiendan evitar el sondaje vesical sistemático, reservándolo para situaciones de incontinencia o retención urinaria y aquellos casos en que sea necesaria la monitorización de la diuresis por las características clínicas del paciente. Si se opta por un sondaje permanente debería evaluarse su retirada a las 48 horas. Los ancianos institucionalizados es más probable que estén sondados,</p>	<p>Se hizo el registro de la bitácora sobre la uresis drenando volúmenes urinarios normales.</p> <p>Se realizaron ejercicios de Kegel de manera eficaz, retirando la STU 36 hrs después de su intervención quirúrgica, reduciendo el riesgo de delirium e</p>

<p>- Identificar posibles signos de alarma de infección en el AM que el especialista debe conocer.</p>	<p>presenten anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario u otras comorbilidades que predisponen a ITU, con respecto a los ancianos no institucionalizados. Los factores que influyen en la elevada incidencia de bacteriuria asintomática en el anciano son la presencia de sonda urinaria, las enfermedades neurológicas, la capacidad funcional del anciano (a mayor deterioro funcional, mayor riesgo de ITU), la utilización previa de antibióticos y la mayor incidencia de diabetes mellitus.⁹⁰</p>	<p>infección por este medio. No se presentó ningún dato de alarma por infección.</p>
<p>Cuidados de la función intestinal y vesical una vez por turno.</p>	<p>La disminución del peristaltismo y de la movilidad intestinal que experimentan los ancianos se acentúa aún más después de la cirugía. Los anestésicos y analgésicos narcóticos provocan un enlentecimiento de la movilidad intestinal.</p>	<p>Se palpo el abdomen en busca de distensión vesical, se registró la diuresis y proporciono un cuidado perianal meticuloso como una forma de prevenir infecciones urinarias.</p>
<p>— Antibioticoterapia Cefalotina 1 Gr IV cada 6 Hrs</p> <p>— Vigilancia de efectos adversos de antibioterapia.</p>	<p>La enfermera a de valorar la adherencia (dosis, pauta, conocimiento de medicación por el paciente y efectos secundarios). Los antibióticos más comúnmente utilizados son las cefalosporinas de primera generación, de segunda y tercera generación o amoxiclavulámico. En el anciano el uso de cefalotina se ha evidenciado una disminución de la depuración de creatinica, así como trombocitopenia, Tromboflebitis, diarrea, náusea, vómito y dolor abdominal aunque esto es más bien raro.⁹¹</p>	<p>Se ministró antibioticoterapia hasta completar esquema prescrito, sin presentar reacciones adversas</p>

90 Alós Cortés, Et Al. (2012). *Guía de buena práctica clínica en Geriatría Infecciones Urinarias*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible En: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjr9ZTc8Z3JAhWFOT4KHAKRCJw&url=http%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3Dmedia%2Fdescargas%2FguiaInfeccionesUrinarias.pdf&usq=AFQjCNEcN2-nvGZb0q0pK3womJAK0g2ftg>

91 Fraile Caviedes Carlos. (2012). *Cuidados basados en evidencia desde atención primaria, a pacientes que han sufrido fractura de cadera*. Investigación secundaria. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=634540&locale=es_ES&xtOnly=false

EVALUACIÓN	Se cumplió el objetivo planteado evidenciado por la ausencia de infección
-------------------	---

PATRÓN 1. Mantenimiento/ percepción de la salud

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FORMATO PES		
PATOLOGÍA O PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riesgo de lesión cutánea.	R/ C intervención quirúrgica.	

Objetivo (s)	Mantener la integridad cutánea
--------------	--------------------------------

DESCRIPCIÓN DE PORQUE SU ELECCIÓN:

El cuidado de la piel del paciente en cama es muy importante porque esta es especialmente vulnerable a presentar úlceras por presión, debido especialmente a la inmovilidad, el estado nutricional y pérdida sensitiva.

La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%.

Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base. Los factores predisponentes son la inmovilidad, la desnutrición, la pérdida de sensibilidad o conciencia cuando existe un daño cerebral, y edades extremas. También influye la mala circulación, como puede verse en diabéticos, y la pérdida del control de esfínteres sumada a la humedad excesiva.⁹²

92 Sáez Llorens, et al. (2011). *Guía Médica De Atención Integral Del Adulto Mayor*. Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad. Panamá, Diciembre 2011. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf

Es importante evaluar la salud física del paciente, las complicaciones, el estado nutricional, el grado de dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN
<p>Registrar la integridad de la piel, y el Uso de escala de Braden para detectar el riesgo de desarrollo de UPP.</p>	<p>Una de las escalas de evaluación más utilizadas e importantes es la de Braden. Como parte de protocolos de prevención, las escalas de evaluación de riesgo de desarrollo de UP han sido estudiadas e implementadas en grupos de pacientes más vulnerables a las alteraciones de la integridad de la piel.</p> <p>La escala de Braden consiste de seis subescalas: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento.</p> <p>El puntaje total puede variar de 6 a 23 puntos, siendo los pacientes clasificados de la siguiente forma: riesgo muy alto (puntajes iguales o menores que 9), riesgo alto (puntajes de 10 a 12 puntos), riesgo moderado (puntajes de 13 a 14 puntos), bajo riesgo (puntajes de 15 a 18 puntos) y sin riesgo (puntajes de 19 a 23 puntos).</p> <p>En el estudio original, las autoras encontraron sensibilidad y especificidad de 83 y 64%, respectivamente, recomendaron el puntaje 18 como el más apropiado tanto para pacientes ancianos como para pacientes inestables.⁹³</p>	<p>Se encontró una puntuación de mediano riesgo debido a la movilidad.</p>
<p>Cambios posturales para disminuir la presión en prominencias óseas Mínimo cada 2 hrs.</p>	<p>Los cambios posturales deberían llevarse a cabo para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo. En los adultos mayores las altas presiones sobre prominencias óseas durante un corto período de tiempo, y las bajas presiones sobre prominencias óseas durante un largo período de tiempo resultan igualmente dañinas. Para reducir el riesgo</p>	<p>Se realizaron cambios posturales cada 2 hrs, enseñando mecánica corporal al cuidador primario.</p>

93 Faria Serpa L. et al. (2011). *Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 19(1):[08 pantallas] jan.-feb. 2011 Disponible En: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_08.pdf

	<p>del individuo a desarrollar úlceras por presión, es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a los que está expuesto. Esto se logra mediante cambios de posición al menos cada dos horas.</p> <p>Es importante establecer un programa de reposicionamiento en el anciano (cambios de posición frecuentes), basándose en el riesgo del paciente a desarrollar úlceras: mantenga la úlcera de presión libre. Es fundamental vigilar el paciente para la prevención de úlceras.⁹⁴</p>	
<p>Cuidados a la dermis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación (1 ½ a 2 ltrs de agua, durante el día en pequeños sorbos). - Lubricación con aceite de almendras o crema para piel reseca, las veces que sean requeridas. 	<p>Con el envejecimiento, la capa externa de la piel (epidermis) se adelgaza, los cambios en el tejido conectivo reducen la resistencia y la elasticidad de la piel por lo cual se debe utilizar un jabón con pH adecuado a la piel, evitando usar agua muy caliente, aclarar y secar completamente la piel para protegerla del exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos, no frotar vigorosamente la piel del paciente, las cremas hidratantes, se deben aplicar con suavidad, no frotando sobre las prominencias óseas ya que esto podría producir una rotura capilar y provocar al paciente una úlcera de forma involuntaria, utilizar ácidos grasos hiperoxigenados, solamente en las zonas de mayor riesgo de presión, además de aportar la hidratación, evitar la sequedad y la descamación que proporcionan las cremas hidratantes, aumentan la resistencia de la piel, no usar agentes irritantes para la piel como los productos que contienen alcohol.</p> <p>Las glándulas sebáceas producen menos aceite a medida que se envejece y la capa de grasa subcutánea, que facilita el aislamiento y la amortiguación se adelgaza, incrementando el riesgo de lesionar la piel y reduciendo la capacidad de mantener la temperatura corporal por ello es necesario limpiar y secar la piel</p>	<p>Se lubricó con aceite de almendras en lo que los familiares compraban una crema para lubricar la piel.</p>

94 García Ruiz-Rozas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar J, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. (2011). *Úlceras por presión*; disponible at: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ulceras-por-presion/>.

	tan pronto como sea posible después de cada episodio de eliminación de los productos de desecho como orina, heces y transpiración para prevenir la irritación química que se produce, además si la piel esta húmeda es frágil y más susceptible a la fricción. ⁹⁵	
Mantener aporte calorico nutricional en 1.6 gramos / Kg, con la presetación de menús atractivos.	El aporte de proteínas en el anciano puede verse comprometido debido a múltiples causas tales como los trastornos de la masticación, cambios en las apetencias, coste elevado de los alimentos proteicos, alteraciones digestivas y procesos patológicos intercurrentes. La determinación de la albúmina plasmática es una medida muy útil para valorar el nivel de proteínas en el anciano. Es importante recordar que por debajo de 35 g/l de albúmina el riesgo de complicaciones es muy elevado. La aparición de úlceras se relaciona con niveles de albúmina inferiores a 35 g/l. Existe una correlación entre niveles bajos de albúmina, gravedad de la úlcera y riesgo de sobreinfección. Así mismo también se ha observado que una mayor ingesta de proteínas se relaciona con una mejoría de la cicatrización de las úlceras. Las recomendaciones del aporte proteico en estos casos debe ser de 1.6 gramos / Kg. ⁹⁶	Se proporcióno por el servicio de dietología el aporte calórico proteico nutricional donde el menú fue variado (atún, pollo, por ser lo más tolerado por la PAM)
Inicio de actividad física gradual (sedente bipedestación, deambulación),	La evaluación física funcional permite predecir las necesidades de rehabilitación, particularmente después de procedimientos quirúrgicos, por lo que nunca debe forzarse un movimiento.	Se incio la actividad física y una vex que la PAM pudo sostenerse de pie con seguridad, necesito un dispositivo para la marcha, pero al

95 Avilés Martínez M, Sánchez Llorente M. (2012) *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.

96 Novartis Consumer Health S.A, Gran Vía de les Corts Catalanes, 764 08013 Barcelona *Requerimientos Nutricionales En La Tercera Edad*. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricionales_en_la_tercera_edad.pdf

<p>asegurando que la zona está bien iluminada y que calce zapatos cómodos, de acuerdo a tolerancia de la PAM.</p>	<p>Los ancianos también corren el riesgo de sufrir caídas y fracturas debido al enlentecimiento de su tiempo de reacción, el desplazamiento del centro de gravedad y la menor capacidad para mantener el equilibrio.⁹⁷</p>	<p>día siguiente deambuló sin la ayuda del mismo, pero con estricta supervisión.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>Se considera exitoso el objetivo ya que además de mantener la integridad de la piel durante su estancia hospitalaria se inició de la deambulación de manera independiente.</p>	

VALORACIÓN FOCALIZADA.

El día 5 de Mayo de 2016, la señora G.M.R se encuentra en su unidad, en posición de semifowler, con soluciones parenterales, herida quirúrgica cubierta con Tegaderm sin datos de sangrado o infección. A la exploración, se encuentra alerta, orientada en tiempo- espacio. Tolerando vía oral, se observa piel integra, refiere que si logro evacuar por la noche de características café formada moderada.

Se sigue considerando el manejo siguiente en el cuidado de herida quirúrgica y riesgo de infección por procedimientos invasivos, movilización, valoración continuada de riesgo de compromiso vascular y riesgo de síndrome confusional agudo.

Al patrón de actividad y ejercicio se observan arcos de movilidad y sensibilidad digital presentes, llenados capilar de 2 seg, con uso de medias TED de mediana compresión, sin datos de compromiso vascular distal, MCR en miembros torácicos 5/5 y miembros pélvicos 4/5.

⁹⁷ Carrasco M. (2012). *Evaluación de riesgos quirúrgicos y manejo post cirugía del adulto mayor de 80 año*. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 23, Issue 1, 2012, Pp. 42–48. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702729>

Al pase de visita los médicos observan en adecuadas condiciones generales a la paciente, se le comenta que ya inicio deambulaci3n y tolero v3a oral a expensas de algunos alimentos que le causan distenci3n abdominal. Los m3dicos indican su egreso del servicio. Se hace uso del potencial familiar para brindar as3 las indicaciones y/o plan de alta a seguir en su domicilio ya que a ella estar3 dirigida la ense1anza de los cuidados requeridos por la paciente y as3 prevenir un segundo internamiento por complicaciones en el domicilio y que pongan en riesgo la vida de la se1ora G. M. R.

8.7 PLAN DE ALTA

1. ALIMENTACI3N

A trav3s del plato del buen comer se indic3 el:

- Disminuir el consumo de az3car, sal y grasa.
- Comer poco pan dulce y otros.
- Evitar alimentos muy condimentados o fritos.
- Consumir diariamente abundantes verduras al vapor y frutas, cereales enteros como trigo, arroz y avena, pollo deshebrado, pescado, pur3 de verduras, frijoles molidos, fruta cocida o de pulpa.
- Evitar alimentos que causen distenci3n abdominal como vegetales verdes crudos y legumbres.
- Tomar de 1 ½ a 2 litros de agua en peque1os sorbos durante el d3a.

2. MEDICAMENTOS

Con la ingesta de medicamentos se brind3 informaci3n sobre efectos, horarios, interacciones (Cisaprida- paracetamol, alcohol) medidas de seguridad (higiene de manos, evitar la automedicaci3n), y de presentar signos y s3ntomas de alarma

(diarrea, náusea, vómito y dolor abdominal, cefalea y marcha inestable) acudir en caso de urgencia al Hospital Gea González.

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Cisaprida tabletas 10 mg tomar cada 12 hrs por 2 semanas.
- Omeprazol 40 mg vo c/ 24 hrs por tres semanas.
- Cita médica para el 14 de Abril a las 9 hrs en el tercer piso de la torre de especialidades en la consulta externa de cirugía general.
- Paracetamol 500 mg VO. Tomar 1 cada 8 hrs por 5 días y posterior en caso de dolor.
- Tafitram tab. Tomar 1 cada 12 hrs por 5 días en caso de dolor intenso y suspender el paracetamol en caso de tomar este medicamento.
- Pradaxar tab por 75 mg tomar 2 tab cada 24 hrs por 30 días. Después continuar con el uso de aspirina protec tab 100 mg tomando una diaria.

3. BAÑO:

Se realizará en regadera, se explicó la importancia de mantener la piel hidratada y lubricada con aceite de almendras o crema humectante baja en alcohol. Vigile la exposición al sol. Las radiaciones ultravioletas del sol son perjudiciales para todo el mundo, ya que pueden producir quemaduras, cáncer de piel, verrugas o envejecimiento prematuro de la piel. Su piel es más sensible a los efectos del sol.

4. HERIDA QUIRÚRGICA:

Sólo deberá lavarse con agua, no colocar antisépticos y deberá permanecer limpia y cubierta, en caso necesario de cambiar el apósito se realizará retirando el apósito o vendaje previo. Calzado de guantes estériles.

Limpiar la zona con suero fisiológico del centro a la periferia. Secar y colocar una gasa estéril y cubrir con el parche. Si observa datos de como secreción con mal olor procedente de la herida, fiebre, escalofríos, que la herida este caliente al

tacto, presente enrojecimiento, dolor o molestia al tocarse acudir al servicio de urgencias.

5. MOVILIZACIÓN Y USO DE DISPOSITIVOS PARA LA MARCHA:

Se enseñó técnica de higiene de columna y traslados según sea el caso.

Se recomendó en casa quitar las alfombrillas, los cables eléctricos y cualquier otra cosa que pueda hacerle caer, además de organizar su casa de tal manera que las cosas que necesite usar estén a la mano.

Se valoró si el paciente y familiar durante su estancia hospitalaria aprendió los cuidados específicos que se requieren para su padecimiento o se reforzarán los conocimientos adquiridos y aclararán dudas para garantizar una mejor recuperación. Se explica al paciente el tratamiento médico prescrito.

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Una enfermedad aguda que junto con la propia hospitalización comporta para los ancianos una serie de riesgos especiales como la desnutrición, la confusión mental, el deterioro en las actividades cotidianas, la pérdida del control de los esfínteres, etc. hace necesario establecer intervenciones especializadas para mantener y/o potencializar la funcionalidad y propiamente la autonomía del paciente adulto mayor.

Por ello resulto ser necesario un gran esfuerzo para aprovechar al máximo las posibilidades del anciano, por lo que esto nos indica que el camino correcto para el manejo de estos pacientes pasa por un equipo multidisciplinario de los profesionales de la salud; porque desde el momento en que se hospitaliza, su vida va a experimentar un cambio importante, no solamente a nivel físico, sino también psicológico, en su entorno familiar y social. Cada intervención realizada respondió a un diagnóstico con determinados objetivos; mismos que se lograron en su mayoría eficazmente.

Por tanto, la capacidad de desarrollar el autocuidado, actividades físicas y roles sociales, resume el impacto general de la condición de salud en el contexto del ambiente personal y redes de apoyo social; es una medida de desenlace para monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información pronóstica para planear cuidados futuros. La responsabilidad que tuve como especialista en enfermería del anciano, me permitió realizar y establecer las intervenciones especializadas con base en la respuesta humana y así disminuir el periodo de estancia hospitalaria.

Por otra parte resulta importante proponer a los profesionales de enfermería de las diversas áreas el Identificar todos los factores de riesgo que rodean al adulto mayor y que éste sea tratado de forma multidisciplinaria para dar un tratamiento adecuado, oportuno para evitar una morbimortalidad elevada, disminuir el número

de complicaciones y estadía hospitalaria, siendo estos rasgos resultado de una optimización de la terapia de soporte y la descompresión precoz de la vía biliar como ya fue comentado. Así mismo hacer hincapié en la educación no solo del adulto mayor sino también del familiar y así disminuir el número de reingresos, potencializar el área rehabilitadora y familiar.

Es cierto que esta nueva situación de enfermedad planteo dudas y preguntas a los familiares y que en ocasiones genera temor a lo desconocido, pero como parte del profesional de salud me correspondió investigar y adentrarme al tema para poder resolver las dudas; ya que brindar la información adecuada sobre el padecimiento aporto tranquilidad a cada uno de los miembros de la familia. Se logró hacer hincapié en las indicaciones para mejorar la calidad de vida con lo que se concluye que el Proceso Atención de Enfermería favoreció el fin principal de la enfermería: dar atención de calidad al individuo, familia, quienes, a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud.

X. ANEXOS

ANEXO 1: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIO (MNA)

1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL 0 = < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	[]	11. ¿CUANTAS COMIDAS COMPLETAS HACE AL DÍA? (EQUIVALENTE A DOS PLATOS Y POSTRE) 0 = UNA COMIDA 1 = DOS COMIDAS 2 = TRES COMIDAS	[]
2. CIRCUNFERENCIA MEDIA BRAQUIAL 0 = CMB < 21cm 0.5 = 21cm ≤ CMB ≤ 22cm 1 = CMB > 22cm	[]	12. ¿CONSUME USTED? UNA O MAS RACIONES DE PRODUCTOS LACTEOS AL DÍA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNA O DOS RACIONES DE LEGUMINOSAS O HUEVO POR SEMANA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	[]
3. CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA 0 = CP < 31cm 1 = CP ≥ 31cm	[]		
4. PERDIDA RECIENTE DE PESO (< 3 MESES) 0 = PÉRDIDA > 3KG 1 = NO LO SABE 2 = 1 A 3 KG 3 = NO HA PERDIDO PESO	[]	CARNE, PESCADO O AVES DIARIAMENTE sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 0 = 0 ó 1 AFIRMATIVO 0.5 = 2 AFIRMATIVOS 1 = 3 AFIRMATIVOS	[]
5. ¿EL PACIENTE VIVE EN SU DOMICILIO? 0 = NO 1 = SI	[]	13. ¿CONSUME UD. DOS O MAS RACIONES DE FRUTAS O VERDURAS AL DÍA? 0 = NO 1 = SI	[]
6. ¿TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS AL DÍA? 0 = SI 1 = NO	[]	14. ¿HA PERDIDO EL APETITO? ¿HA COMIDO MENOS POR FALTA DE APETITO, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DIFICULTAD PARA MASTICAR O DEGLUTIR EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? 0 = ANOREXIA SEVERA 1 = ANOREXIA MODERADA 2 = SIN ANOREXIA	[]
7. ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O SITUACIÓN DE ESTRES PSICOLOGICO? 0 = SI 2 = NO	[]	15. ¿CUANTOS VASOS DE AGUA U OTROS LIQUIDOS CONSUME DIARIAMENTE? (CAFE, LECHE, JUGOS, VINO, ETC.) 0 = < DE 3 VASOS 0.5 = 3 A 5 VASOS 1 = > DE 5 VASOS	[]
8. MOVILIDAD 0 = DE LA CAMA AL SILLON 1 = AUTONOMIA EN EL INTERIOR 2 = SALE DEL DOMICILIO	[]	16. FORMA DE ALIMENTARSE: 0 = NECESITA AYUDA 1 = SE ALIMENTA SÓLO CON DIFICULTAD 2 = SE ALIMENTA SOLO Y SIN DIFICULTAD	[]
9. PROBLEMAS NEUROPSICOLOGICOS 0 = DEMENCIA O DEPRESION SEVERA 1 = DEMENCIA O DEPRESION MODERADA 2 = SIN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	[]	17. ¿EL PACIENTE SE CONSIDERA, ASI MISMO, BIEN NUTRIDO? (PROBLEMAS NUTRICIONALES) 0 = DESNUTRICIÓN SEVERA 1 = DESNUTRICIÓN MODERADA 2 = NINGUN PROBLEMA DE NUTRICION	[]
10. ¿ULCERAS O LESIONES CUTÁNEAS? 0 = SI 1 = NO	[]	18. ¿EN COMPARACION CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, COMO CONSIDERA USTED SU SALUD? 0 = PEOR 0.5 = NO LO SABE 1 = IGUAL 2 = MEJOR	[]
TOTAL		puntos	

PUNTAJE: ≤17 = Desnutrición. 17-23.5 = Riesgo de Desnutrición. ≥24 = Normal*.

ANEXO 2. ÍNDICE DE KATZ

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO 3: ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
Subir y bajar es caleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
		Puntuación Total:

ANEXO 4: LAWTON Y BRODY

TABLA 1 Índice de Lawton y Brody

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	1	Sólo para lugares muy familiares	1
Tareas ligeras únicamente	1	Puede contestar pero no llamar	1
Necesita ayuda para todas las tareas	1	Incapaz de utilizarlo	0
Incapaz de hacer nada	0	Uso del transporte	
Lavado de ropa		Viaja en transporte público o conduce	1
La realiza personalmente	1	Sólo en taxi, no en autobús	1
Sólo lava pequeñas prendas	1	Necesita acompañamiento	0
Es incapaz de lavar	0	Incapaz de usarlo	0
Preparación de la comida		Uso del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	0	Sólo utiliza cuentas sencillas	1
Prepara platos precocinados	0	Incapaz de utilizar dinero	0
Tienen que darle la comida hecha	0	Responsable de medicamentos	
Ir de compras		Responsable de su medicación	1
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Hay que preparárselos	0
Sólo hace pequeñas compras	0	Incapaz de hacerlo por sí solo	0
Tienen que acompañarle	0		
Es incapaz de ir de compras	0		

ANEXO 5: PRUEBA DE CORTE DE DESEMPEÑO FÍSICO (SPPB). MARCHA Y EQUILIBRIO

MARCHA Y EQUILIBRIO	PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO		
	1. PRUEBA DE EQUILIBRIO		
		A. Pararse con los pies uno a cada lado del otro. ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, Finaliza la prueba de Equilibrio	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos)
		B. Pararse en posición Semi-Tandem. ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, Finaliza la prueba de Equilibrio	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos)
		C. Pararse en posición Tandem. ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo de duración si fue menor de 10 segundos <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div> segundos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PUNTAJE: 2: 10 seg. 1: 3.0-9.99seg. 0: <3.0seg. o no lo intenta.
	TOTAL (A+B+C)		Puntos
	2. VELOCIDAD DE LA MARCHA (RECORRIDO DE 4 METROS)		
	A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, Finaliza la prueba.	Seg.	
	B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, Finaliza la prueba.	Seg.	
	TOTAL		Puntos
UTILIZAR LA MENOR 1:>8.7seg. 2: 6.21-8.70seg. 3:4.82-6.20seg. 4:<4.82seg.			
	3. PRUEBA DE LEVANTARSE 5 VECES DE UNA SILLA		
	A. Prueba Previa ¿El paciente se levanta sin utilizar los brazos? Si el participante no logró completarlo, Finaliza la prueba.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	B. Prueba repetida de Levantarse de una Silla Tiempo requerido para levantarse 5 veces de una silla TOTAL	Seg. Puntos	
0:Incapaz de realizar 5 repeticiones o tarda >60seg. 1: 16.7-60seg. 2: 13.7-16.69seg. 3: 11.2-13.69seg. 4: ≤11.19seg.			
TOTAL DE LA PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)		Puntos	

ANEXO 6: ESCALA ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD)

ESCALA DE ROSOW – BRESLAU (MOVILIDAD)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Es capaz de caminar 500 metros. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. Lavar paredes). | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TOTAL | | /3 <input type="text"/> |

ANEXO 7: ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)

ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)

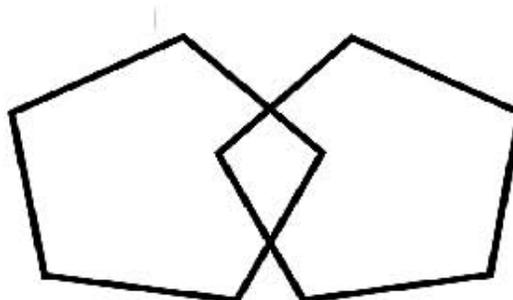
¿Es el paciente es capaz de.....?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Inclinarsse, agacharse, arrodillarse (ej. Recoger objetos) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Levantar los brazos por arriba de los hombros | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. Monedas) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Empujar o jalar objetos (ej. Silla) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Levantar y cargar objetos de 5 kg o más. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

TOTAL /5

ANEXO 8: EXAMEN MINIMENTAL (MMSE)

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL (MMSE)	1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación)	_____ /5
	2. ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país)	_____ /5
	3. ¿Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO)	_____ /3
	4. Reste 7 a 100 y al resultado vuélvase a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65) Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés	_____ /5
	5. ¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente?	_____ /3
	6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique	_____ /2
	7. Repita la siguiente frase: "NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS"	_____ /1
	8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): "Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso"	_____ /3
	9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice "CIERRE LOS OJOS"	_____ /1
	10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir	_____ /1
	11. Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados)	_____ /1
TOTAL		_____ /30



ANEXO 9: PRUEBA DEL RELOJ

INSTRUCCIONES: "Dibuje la carátula de un reloj, con todos sus números, y que las manecillas marquen las 8 y 20" (Se puede repetir la instrucción completa sólo una vez).			
ESFUERZO:	<input type="checkbox"/> Intentó	<input type="checkbox"/> No Intentó	<input type="checkbox"/> Limitación Física
	<input type="checkbox"/> Rehusó		
CÍRCULO:	<input type="checkbox"/> Buena Calidad	<input type="checkbox"/> Mala Calidad	<input type="checkbox"/> Inaceptable
		TOTAL CÍRCULO	_____ / 0-2
NÚMEROS:	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Adicional	
	<input type="checkbox"/> Espaciamiento Incorrecto	<input type="checkbox"/> Colocación Incorrecta	
	<input type="checkbox"/> Fuera del Círculo	<input type="checkbox"/> Ausencia	
	<input type="checkbox"/> No Hay Números		
		TOTAL NUMEROS	_____ / 0-5
MANECILLAS:	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Incorrecta la Hora	
	<input type="checkbox"/> Incorrecto el Minuto	<input type="checkbox"/> Ausente la de la Hora	
	<input type="checkbox"/> Ausente la del Minuto	<input type="checkbox"/> Manecillas Adicionales	
		TOTAL MANECILLAS	_____ / 0-5

ANEXO 10: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

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

ANEXO 11: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Cuadro 1
Escala De Zarit

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0 1 2 3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5. ¿Se siente entorpecido cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familia?	0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital general “Dr. Manuel Gea
González.”

Servicio En El Que Se Realiza El Proceso:
cirugía general

FECHA: 29- marzo – 2016

A través de este documento se Autoriza a Cordero García Giovanna, como estudiante de posgrado de Enfermería del Anciano de la ENEO- UNAM para que realice su estudio de caso, y por lo cual me comprometo en lo mayor posible a colaborar y a proporcionar los datos necesarios para realizar dicho proceso, siempre y cuando no se haga uso indebido de la información o se lucre con la información que se le proporcione a la estudiante.

Reconozco que como responsables directos de la señora G.M. R hemos leído el presente consentimiento y que se me ha explicado el protocolo a seguir y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Comprendiendo el proceso, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento para la Aplicación de la Valoración Geriátrica Integral para la Elaboración de un Plan de Atención en la Persona Adulta Mayor.

Propósito del Estudio

Realizar un Plan de Atención de Enfermería individualizado a la persona adulta mayor en vulnerabilidad con el propósito de incrementar la funcionalidad de la misma mediante la aplicación de las diferentes escalas componentes de la Valoración Geriátrica Integral.

Responsabilidades del Paciente

- Proporcionar información acerca de su salud durante el estudio
- Reportar todos los síntomas independientemente de que estén relacionados o no con el estudio.
- Reportar cualquier medicamento agregado o cambios a sus medicamentos durante el estudio.
- Seguir las instrucciones del investigador respecto de las técnicas de abordaje que se utilizarán.

Beneficios

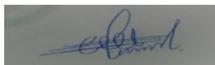
- Los beneficios razonablemente esperados son:
- Mejora en la funcionalidad del paciente adulto mayor.
- Fomentar el grado de independencia del mismo.

Costo de la participación

No habrá ningún costo por su participación en este estudio. Las diferentes técnicas utilizadas y visitas durante el estudio serán proporcionados sin ningún costo.

Confidencialidad

Sus registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento.



Firma del paciente

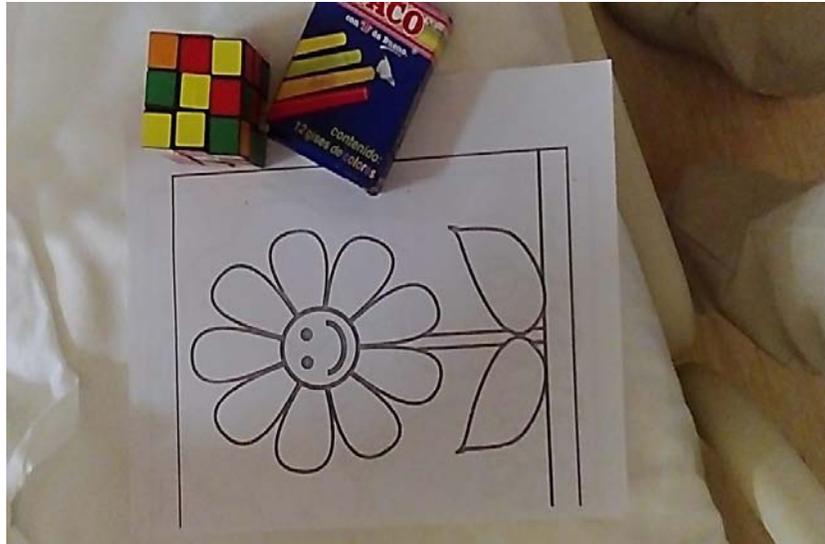


Firma del testigo

000000

ANEXO 13. FOTOS

Terapia ocupacional proporcionada a la paciente.



FUENTE: Giovanna Cordero García.

Actividades para estimular las funciones cognitivas



FUENTE: Giovanna Cordero García.

Intervenciones de actividad y ejercicio.



FUENTE: Giovanna Cordero García.



FUENTE: Giovanna Cordero García.

Paciente realizando ejercicios de espirometría



FUENTE: Giovanna Cordero García.



FUENTE: Giovanna Cordero García.

XI. GLOSARIO

- COLECISTECTOMIA Extirpación de la vesícula biliar. Puede ser laparoscópica. Procedimiento quirúrgico más frecuente para el tratamiento de la Colecistopatía.
- COLECISTOSTOMÍA Abertura y drenaje de la vesícula biliar de cálculos biliares.
- COLECTOMIA Extirpación parcial o total del colon.
- COLELITIASIS Cálculos en la vesícula biliar.
- ICTERICIA Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones causada por pigmentos biliares contenidos en la sangre. Puede observarse en cualquier paciente con alteración de la función hepática.
- PANCREATITIS Se produce cuando se obstruye el flujo ductal pancreático y las enzimas digestivas se filtran desde el conducto pancreático al tejido circundante. Puede causar insuficiencia pancreática disminuyendo la producción de enzimas y bicarbonato causando la mal absorción de lípidos y proteínas.
- SEPSIS También Septicemia. Estado morbosos debido a la existencia en la sangre de bacterias patógenas y sus productos.
- CÁLCULOS BILIARES: masas sólidas o piedras hechas de colesterol o de bilirrubina que se forman en la vesícula biliar o en los conductos biliares.
- COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA (CTHP): Un procedimiento de rayos X que involucra la inyección de un medio de contraste directamente dentro del hígado para producir fotografías de los conductos biliares.
- COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER): Un endoscopio, un instrumento óptico iluminado, se inserta a través de la boca y se pasa a través del esófago hacia el intestino delgado para permitir el examen del conducto biliar, el hígado, la vesícula biliar y el

páncreas. Un medio de contraste se inyecta dentro del intestino delgado y se toman rayos X.

- COLANGIOPANCREATOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (CPRM): Un tipo especial de examen por resonancia magnética (RMN) que produce imágenes detalladas de los sistemas hepatoiliar y pancreático, incluyendo el hígado, la vesícula biliar, los ductos biliares, el páncreas y el ducto pancreático. Vea la página de CPRM para más información.
- COLANGITIS ESCLEROSANTE: Inflamación de los conductos biliares.
- COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: Remoción de la vesícula biliar usando pequeñas incisiones abdominales y un laparoscopio, un instrumento con forma de tubo fino que tiene una luz y lente para ver el adentro de la cavidad abdominal.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña Mourin. (2010). *Dolor en el Anciano*. Volumen 29, Suplemento 1, abril-junio. Disponible en: <http://www.aued.org/docs/DOLORENELANCIANO.pdf>
2. Alberto Fica, et al. (2013). *Colangitis bacteriémica en adultos en un hospital general en Chile*. Rev Chilena Infectol 2013; 30 (1): 65-73. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716>
3. Alma Rosa Cortés N, et al. (2011). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor*. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext
4. Alonso Peirotén, (2014). *Valoración Del Dolor En El Paciente Geriátrico*. Académica Unavarra. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11523/AlbaAlonsoPeiroten.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Alós Cortés, Et Al. (2012). *Guía de buena práctica clínica en Geriátria Infecciones Urinarias*. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Disponible En: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjr9ZTc8Z3JAhWFOT4KHaKRCJw&url=http%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3Dmedia%2Fdescargas%2FguiaInfeccionesUrinarias.pdf&usq=AFQjCNEcN2-nvGZb0q0pK3womJAK0g2ftg>
6. Álvarez Marujo, et al. (2011). *Apuntes de Geriátria*. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EhRB_nIYds4C&oi=fnd&pg=PA339&dq=valoraci%C3%B3n+geriatrica+integral&ots=tYB1kc12XV&sig=JhUwm9c9F2vaQI8WHErbPrHpN9o#v=onepage&q&f=false
7. Antonio Arribas Cachá, et al., (2016). *FUDE. Observatorio de Enfermería. Valoración de Enfermería estandarizada*. Madrid. 11-14 pp. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf
8. Armendáriz Ortega Angélica. (2011). *Teorías de Enfermería y su relación con el proceso de atención en Enfermería*. Aventuras del pensamiento.

Disponible en:
http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/05/12/enfermeria.pdf

9. Asociación Mexicana de cirugía general A.C. (2014). *Guía de práctica clínica colangitis México*. Cd mx. P. 10-13. Disponible en: <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/colangitis.pdf>
10. Avilés Martínez M, Sánchez L Lorente M. (2012) *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
11. Balboa Rodríguez y M. Bixquert Jiménez (2011). *Gastroparesia, náuseas, vómitos, hipo y bezoar*. 3era. Edición. Ed. Elsevier España. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo8.pdf>
12. Beatriz G C. et al. Guía para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43 (5): 425-441. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745544009.pdf>
13. Benito Almirante, Carlos Pigrau, (2010). *Colangitis aguda*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Volume 28, Supplement 2, September 2010, P. 18-24. disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_eid=1-s2.0-S0213005X10700264&originContentFamily=serial&_origin=article&_ts=1477504849&md5=8cbf822c9fd1cac3e84d24418314e2e9
14. Benito Peinado Pedro José, et al. (2011). *Ejercicio físico como terapia no farmacológica en la artrosis de rodilla*. *Reumatol Clin*.2011; 6:153-60 - Vol. 6 Núm.3 DOI: 10.1016/j.reuma.2008.11.021. disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/ejercicio-fisico-como-terapia-no/articulo/S1699258X09001272/>
15. Carolina Andrea Muñoz Silva. (2015). *Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile*. *Artículos de revisión Rev Med Chile* 2015; 143: 612-618 disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>

16. Carrasco M. (2012). *Evaluación de riesgos quirúrgicos y manejo post cirugía del adulto mayor de 80 años*. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 23, Issue 1, 2012, Pp. 42–48. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702729>
17. Casas Herrero M. (2012). *Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil*. Revista Anales Sis San Navarra vol.35 no.1 Pamplona ene./abr. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100007
18. Cataldi Amatriain Roberto M., et al. (2011) *Manejo del delirium en el anciano*. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Disponible en: http://www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_02.htm
19. Catalina Perelló Campaner. (2014). *Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 45. Núm. 05. 2014 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-del-riesgo-delirium-pacientes-13156101>
20. CENETEC, (2015). *Diagnóstico y Tratamiento de Hipotensión Ortostática en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Diciembre. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-778-15-Hipotension_Ortostatica/778GER.pdf
21. Cerda Lorena A. (2014). *Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor*. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(2) 265-275. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90312987&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf
22. COESAMED. *Derechos de las enfermeras y enfermeros de México*. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=c_arbitraje_denfermeras.
23. Comisión De Conciliación Y Arbitraje Médico. *Carta De Derechos De Los Pacientes*. Disponible En: <Http://Salud.Edomex.Gob.Mx/Ccamem/Cartapacientes.Htm>.

24. Comisión Nacional De Bioética. (2011). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de hospitalarios de bioética*. Secretaria De Salud, 2011. p. 60.
25. D´HYVER, C., Gutierrez, L. (2014). *Geriatría*; 3a ED. Ed. : Manual Moderno pág. 43-44
26. Daniel Quesada Astorga (2015), *Delirium en el adulto mayor*. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (614) 3 - 7, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151b.pdfetc.>
27. DiNuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. *Prevalence [correction of prevalance] of functional blindness, visual impairment, and related functional deficits among elderly Mexican Americans*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56(9):M548-M551
28. E. Pastor Vicente A.I. Martín Graczyk. *Complicaciones postoperatorias del anciano sometido a cirugía urológica*. Clínicas Uro lógicas de la Complutense, 2.109-128. Editorial Complutense de Madrid, disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110109A/1526>
29. Ernesto Arteaga, et al., (2011). *Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano*. Acta Médica Colombiana Vol. 36 N° 1. Enero-Marzo 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n1/v36n1a06>
30. Eugenia Cabal E. Mildred Guarnizo T. (2011). *Enfermería como disciplina*. Revista Colombiana de Enfermería, Volumen 6 Año 6, Págs. 73-81. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf
31. F. Botella Romero, et al. (2011). *Estrategias nutricionales ante el estreñimiento y la deshidratación en las personas mayores*. Nutr Hosp Supl. 2011;4(3):44-51). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782003.pdf>
32. Faria Serpa L. et al. (2011). *Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 19(1):[08 pantallas] jan.-feb. 2011 Disponible En: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_08.pdf

33. Felipe Salech, et al. (2012). *Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento*, Revista Médica Clínica Las Condes Volumen 23, 1, Enero 2012, pp. 19–29. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>
34. Fraile Caviedes Carlos. (2012). *Cuidados basados en evidencia desde atención primaria, a pacientes que han sufrido fractura de cadera*. Investigación secundaria. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=634540&locale=es_ES&textOnly=false
35. Francisco Melgarejo Cordero. (2011). *Urgencias Médicas Digestivas*. Meynet. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/colebili.pdf>
36. Gallego Muñoz, (2016). *Alteraciones del potasio plasmático en pacientes mayores de 65 años: análisis de fármacos potencialmente implicados y de recomendaciones farmacéuticas aceptadas en pacientes hospitalizados*. Ibero Latin American Journal of Health. Vol. 26, N°4 , 2016. Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/alteraciones-del-potasio-plasmatico-en-pacientes-mayores-de-65-anos-analisis-de-farmacos-potencialmente-implicados-y-de-recomendaciones-farmaceuticas-aceptadas-en-pacientes-hospitalizados/>
37. García Hernández M. Luisa, et al. (2014). *Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México: la reconstrucción del camino*. Esc. Anna Nery vol.13 no.2 Rio de Janeiro Apr./June. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200008&script=sci_arttext
38. García Ruiz-Rozas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar J, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. (2011). *Úlceras por presión*; disponible at: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ulceras-por-presion/>.
39. Gastron L. Género (2013). *Representaciones sociales de la vejez y derechos humanos*. Congreso Internacional de Americanistas, Chile. 2013:3.
40. Hospital Universitario Central de Asturias (2011). *Resumen Del Protocolo De Profilaxis De Enfermedad Tromboembólica Venosa En Cirugía*. Disponible en:

<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/quirofano/ProtocolNormProfilaxisETEVresumen.pdf>

41. Humberto Flisfisch F. Heredia C (2011). *Colangitis Aguda: Revisión de aspectos fundamentales*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/06_COLANGITIS_AGUDA.pdf
42. Humberto Flisfisch F. Heredia C, (2011) *Colangitis Aguda: Revisión de aspectos fundamentales*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011. P. 39. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/06_COLANGITIS_AGUDA.pdf
43. Infante Castro, et al. (2013) *Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera*. Cir Cir 2013; 81:125-130. Volumen 81, No. 2, Marzo-Abril. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66225687008>
44. Instituto Nacional de Rehabilitación. (2015). *Protocolo Para La Prevención De Caídas En Pacientes Hospitalizados*. Disponible en: <http://www.bing.com/search?q=PREVENCION+DE+CAIDAS&qs=n&form=QBRE&pq=prevencion+de+caidas&sc=8-3&sp=-1&sk=&cvid=7d52f6e24dd849c9b1c8dc69ee3047eb>
45. Instituto Mexicano del Seguro Social, (2014). *Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 2014*. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/236_GP_C_Manejo_medico_integral_fractura_de_cadera_adulto_mayor/236GRR.pdf
46. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda; 2010*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
47. Isabel M. ^a Estrella González, (2015). *La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería*. Gerokomos. 2015; 26(4):123-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf
48. J. A. Rubiño Díaz, S., Pérez G. y Socías M. (2016). *Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en el Servicio de*

Urgencias. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(5): 229-237. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n5/original3.pdf>

49. J. Barrientos-Sánchez (2013). *Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados*. Enfermería universitaria. Enferm. univ vol.10 no.4 México oct./dic. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400002
50. Jesús Sánchez Beorlegui, et al. (2010). *Tratamiento de la colecistitis aguda en en el anciano: cirugía urgente frente a terapia médica y cirugía diferida*. Rev. gastroenterol. Perú v.29 n.4 Lima oct./dic. 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000400006&script=sci_arttext
51. Jiménez Trujano L., Ostiguín M., Bermúdez. (2010) *El concepto de persona, como determinante del cuidado*. Práctica Profesional. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 3 Disponible En: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CFwQFjAJahUKEwjUgM6xuPrIAhULOz4KHUYrDC0&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Freu%2Farticle%2Fdownload%2F29939%2F27827&usg=AFQjCNEosD2eKYWEp2fBbiPeazxR4OW7bw>
52. José Carlos Millán Calentí (2010). *Inmovilidad, inestabilidad y caídas*. Geriatria y gerontología. Madrid: Médica Panamericana. p. 415- 424.
53. José Luis Álvarez, et al. (2011). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Disponible en: http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf
54. Julio Cabrero-García, et al. (2012). *Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud*. Atención Primaria, Volume 44, tomo 9, pp 540-548. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712000923>
55. Kameyama Fernández Lucero (2011). *Valoración geriátrica integral*. Vol. V Número 2-2010: 55-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2011/rr102c.pdf>

56. Kisner Carolyn, L. Allen. (2011). *Rehabilitación y Medicina Física. Ejercicios terapéuticos*. Editorial Paidotribo.
57. Laguna– Parras Juan Manuel, et al. (2010). *Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática*. Gerokomos [revista Internet]. 2010 Sep. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es.
58. Lawrence Rubenstein, (2011). *Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad. Chile*, Medwave 2011 Ene;5(1):e666 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/666>
59. Lorena Cerda, (2014). *Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor*. Revista médica clínica las Condes Volume 25, tomo 2, Marzo 2014, pp 265–275. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700379>.
60. Luis Carlos Domínguez, et al. (2011). *Colecistectomía de urgencia por laparoscopia por colecistitis aguda en adultos mayores*. Rev Colomb Cir. 2011; 26:93-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n2/v26n2a5.pdf>
61. M. Mínguez Pérez and A. Benages Martínez (2012). *Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?* Rev. esp. enferm. dig. v.101 n.5 Madrid mayo 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500001&script=sci_arttext
62. Madelaine Serra Urral, Germán MelizII, (2013). *Polifarmacia en el adulto mayor*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016
63. Malden, MA: Blackwell (2012). *Helfand AE Diseases and Disorders of the Foot in Geriatrics* Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 5thed. Publishing for the American Geriatrics Society.
64. Manual CTO Oposiciones de Enfermería. (2010) *Metodología de Enfermería: fases del proceso de enfermería. valoración diagnóstica según patrones funcionales De Marjory Gordon*. Diagnósticos De Enfermería:

concepto y tipos según taxonomía NANDA. Disponible en:
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf

65. Manuel Rodríguez Abreu (2012), *Programa para la mejora de la fuerza-resistencia del adulto mayor*, revista digital · Año 15 · N° 143, Buenos Aires, Abril. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd143/mejora-de-la-fuerza-resistencia-del-adulto-mayor.htm>
66. Maribel Miralles-Enfermera. (2015). *En memoria de Marjory Gordon. "Callista Roy" / Living legend Marjory Gordon*. Disponible en: <http://nurseteando.com/en-memoria-de-marjory-gordon>
67. Marta Juste Lucero. (2012). *Morbimortalidad Asociada A La Fractura De Cadera Del Paciente Anciano*. Analisis De Nuestro Medio. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona 2012. Disponible en: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/203408/TR-JusteLucero.pdf?sequence=1>
68. ¹Martha Graciela Segovia Díaz de León, et al. (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Gerokomos vol.22 no.4 Madrid- dic. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
69. Morales Valdivia, Estela. (2012). *Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*. Revista científica de Enfermería. N° 4 Mayo. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf
70. Moreno Monsiváis María Guadalupe. (2013) *Manejo De La Medicación En El Adulto Mayor Al Alta Hospitalaria*. Ciencia y enfermería. Cienc. enferm. vol.19 no.3 Concepción 2013. DISPONIBLE EN:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300002>
71. Nicolás Ávalos J. et al. (2013) *Consentimiento informado: síntesis de teoría actual y recomendaciones*. Rev Chil Cir vol.65 no.5 Santiago set. 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000500014
72. Novartis Consumer Health S.A, Gran Vía de les Corts Catalanes, 764 08013 *Barcelona Requerimientos Nutricionales En La Tercera Edad*.

Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricional_es_en_la_tercera_edad.pdf

73. OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre Higiene de las manos en la atención sanitaria. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
74. Organización Mundial de Salud. (2015). *Enfermería*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
75. Ozakidetza, (2015). *Revisando la medicación en el anciano: ¿qué necesito saber?* Información farmacoterapéutica de la comarca, volumen 23 nº 2 2015, disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf
76. Pablo Orellana Soto (2014). *Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda*. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual Vol. 31 (1), Marzo 2014. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art09v31n1.pdf>
77. Palencia Herrejón (2010) *Delirio en el paciente crítico*. Servicio de Medicina Intensiva. Med Intensiva; 32 Supl 1:77-91 Madrid. España. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjABahUKEwiTqLTuie7HAhXMi5IKHTtVDHk&url=http%3A%2F%2Fwww.medintensiva.org%2Fes%2Fpdf%2F13116129%2FS300%2F&usg=AFQjCNHihvrvYtCBoKhCHmS213PTwPoNBg>
78. Paola Fuentes, Javier Webar. (2013). *Prescripción de fármacos en el adulto mayor*. Práctica Clínica Medwave 2013;13(4):e5662 doi: 10.5867/medwave.2013.04.5662. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5662>
79. R. Lizet Veliz. (2012) *Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería*. Index Enferm vol.21 no.4 Granada oct.-dic. 2012 disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010

80. Rendón-Orozco MC et al. (2011) *Valoración clínica integral en geriatría*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 171-177 Disponible En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112l.pdf>
81. Roberto Herrera-Rodríguez. (2012). *Manejo de líquidos en el paciente geriátrico*. Revista mexicana de anestesiología. Volumen 35, Suplemento 1, abril-junio 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121e7.pdf>
82. Rudolph J, Inouye S, Jones R, Yang F, Fong T, (2012) *Delirium: An Independent Predictor of Functional Decline After Cardiac Surgery*. JAGS 58:643–649,2012.
83. Ruiz García, et al. (2013). *Valoración Y Manejo Del Dolor En Pacientes Hospitalizados*. RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Protocolo realizado. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>
84. Sáez Llorens, et al. (2011). *Guía Médica De Atención Integral Del Adulto Mayor*. Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad. Panamá, Diciembre 2011. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf
85. Secretaría de Salud, Centro Nacional de programas preventivos y control de enfermedades, (2012). *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*. México. Ed. Talleres Gráficos de México, disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf
86. Secretaria de Salud. (2011) *Comisión Interinstitucional de Enfermería código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México*. México, D.F. diciembre, 2011. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms.
87. Segovia Díaz de León (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Gerokomos vol.22 no.4 Madrid dic. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

88. Silvia Montalbán-Quesada. (2012). *Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera*. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1096-1101 disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/09.pdf>
89. Susana Santos Ruiz, (2010). *Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma*. Enfermería Global. Enferm. glob. n.18 Murcia feb. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100011&script=sci_arttext
90. V.F. Moreira y A. López San Román. (2011) *Colangitis esclerosante primaria*. Rev. esp. enferm. dig. v.101 n.5 Madrid mayo 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500010&script=sci_arttext
91. Vargas Torres Roberto. (2011) *Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. medicina paliativa*. Vol. 18. Núm. 03. Julio - Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-paliativa-337-articulo-tratamiento-cuidados-enfermeria-el-estrenimiento-90038145>
92. Vasco Varela B. (2010). *Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el anciano*. Med Clin. 2010; 132:423-4. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-profilaxis-enfermedad-tromboembolica-venosa-el-13134606>
93. Velandia M AL (2010). *Indicadores de profesionalización e identidad profesional de la Enfermera*. Publicaciones y reflexiones. Disponible en: http://analisavelandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010//indicadores-de-profesionalizacion-e_07.htm