

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE GERIÁTRICO, EN
BASE A LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON”.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

PRESENTA:

P.L.E. PATRICIA LEDESMA RAMÍREZ.

AESORA:

L.E.Q. BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA.

MORELIA, MICHOACÁN NOVIEMBRE DE 2006.

AGRADECIMIENTOS

Hoy concluyo una etapa de mi vida para iniciar otra, en la que todo lo que venga dependerá de mí, sin dejar de lado claro está el apoyo de todas las personas que me rodean. Quiero agradecer en primer lugar a Dios que me ha permitido llegar al final de uno de mis caminos, al gran apoyo de mi familia que con sus esfuerzos, sacrificios y cariño me impulsaron a continuar y lograr lo que hoy concluyo, a todos mis amigos y mis amigas que compartieron alegrías y sin sabores que nos permitieron creer y crecer, a mis profesoras y profesores que con su dedicación y sabiduría influyeron en mí para llegar a desear ser la mejor profesionalista, en especial y con respeto a mi asesora, y por último a la vida que me ha permitido llegar hasta el día de hoy...

DIRECTIVOS

DIRECTORA

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. MARÍA DE JESÚS RUÍZ RESENDIZ

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

JURADO

PRESIDENTE

L.E.Q BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA

PRIMER VOCAL

DR. JUAN HERMILO ORTEGA HERNÁNDEZ

SEGUNDO VOCAL

PROF. JULIO CESAR LEYVA RUÍZ

SUPLENTE

DR. FERNANDO RAFAEL VILLAFAN CARO

INDICE

-	INTRODUCCIÓN.....	1
	I. JUSTIFICACIÓN.....	2
-	II. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECIFICOS).....	3
-	III. METODOLOGÍA.....	4
-	IV. CASO CLÍNICO	5
-	V. MARCO TEÓRICO	7
-	5.1. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	48
	5.2. REFERENTE FILOSÓFICO DE VIRGINIA HENDERSON.....	64
-	5.3. GENERALIDADES DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.....	73
-	VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	74
-	6.1. VALORACIÓN POR NECESIDADES.....	74
-	6.2. DIAGNÓSTICO.....	78
-	6.3. PLANIFICACIÓN.....	78
-	6.4. EJECUCIÓN.....	79
-	6.5. EVALUACIÓN.....	79
	VII. CONCLUSIONES.....	91
-	VIII. SUGERENCIAS.....	91
-	IX. BIBLIOGRAFÍA.....	92
-	ANEXOS.....	94
	SUMARIO DE TÉRMINOS.....	101

INTRODUCCION

El profesional de Enfermería necesita de un apoyo científico en la forma de proceder, con el paso de los tiempos ha venido trabajando para poder lograrlo.

El Proceso de Enfermería es un método que guía las acciones de Enfermería, es una serie de actuaciones o medidas planificadas con el fin de obtener un resultado o cumplir un objetivo, por lo cual se dice que el es un método sistemático y racional de planificación y de prestación de los cuidados de Enfermería individualizada.

A continuación se presenta la Metodología de Intervención de Enfermería, aplicada a un paciente geriátrico de 98 años, cuya finalidad es poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre el mismo, así como reconocer el estado de salud de la persona y la detección de las necesidades reales o potenciales del cliente, a fin de organizar planes para satisfacer las mismas detectadas, ya que los adultos mayores son un sector de la población que ha ido quedándose en el olvido y a los cuales tenemos abandonados.

I.- JUSTIFICACION

El envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia desde el nacimiento y avanza de forma progresiva con el paso del tiempo. A lo largo de la evolución del ser humano se pueden distinguir tres etapas: la infancia y la adolescencia, la madurez o edad adulta y la vejez o ancianidad. (1)

Actualmente más del 7% de la población en nuestro país tiene más de 60 años de edad y requiere de atención no solo médica, sino también social, económica, cultural y psicológica. Existe otro 10% más de la misma que en los próximos años englobará a este sector de la sociedad aumentando este fenómeno y problema que es la vejez. (2)

El papel de enfermería en este grupo de la población tiene especial importancia, y entre sus objetivos primordiales es prestar los cuidados idóneos en los principales problemas geriátricos evitando las posibles complicaciones. (1)

Mientras más envejezca nuestra población, más importancia y conciencia deberemos hacer para entender y manejar los cuidados terminales hacia el final de nuestros días. Por lo anterior, se justifica la realización del presente trabajo, a fin de realizar acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de un adulto mayor.

II.-OBJETIVOS

GENERAL: Aplicar la metodología del Proceso de Enfermería, en la atención a una usuaria geriátrica reforzando las acciones con fundamentación científica, a fin de que disfrute una mejor calidad de vida.

ESPECIFICOS:

- o Valorar e identificar las necesidades de la usuaria de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- o Establecer los diagnósticos de acuerdo a las alteraciones en las necesidades detectadas o de mayor prioridad.
- o Colaborar con la limitación de daños, favoreciendo en una mejor calidad de vida a través de las acciones.
- o Identificar con la evaluación de las actividades, la mejoría o permanencia de las necesidades.

III.- METODOLOGIA

Para la realización del presente proceso como primer paso se tomó el curso-taller "Proceso de Enfermería con fines de Titulación", el cual tomó como base el Modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson para la valoración de las necesidades de la usuaria.

Posteriormente, al identificar a la persona con la cual se trabajaría, mediante una entrevista con consentimiento directo de la usuaria y sus familiares a cargo, se identificaron sus necesidades y así se iniciaron las acciones de enfermería encaminadas a mejorar su calidad de vida. La duración del proceso fue de seis meses en los que se atendió a la señora Mercedes en su domicilio.

Se realizó también una búsqueda de bibliografía para fundamentar las acciones y realizar el marco teórico.

IV.- CASO CLINICO

Mercedes de 98 años de edad, originaria y residente de Pénjamo Guanajuato, católica madre de 9 hijos. De tez blanca, de compleción delgada, arrugas propias de la edad y pelo poco canoso. Desde que murió su cónyuge hace 9 años vivió con su hijo menor pero tres años más tarde se mudó con su hija menor y su familia conformada por una nieta y su esposo, con la que actualmente vive desde hace seis años aproximadamente, la cual se encarga por completo de su cuidado, y en ocasiones es visitada por sus demás hijos aunque no lo hacen con regularidad.

Habita una casa tipo urbana con todos los servicios intradomiciliarios. Duerme con su hija ya que refiere no conciliar el sueño si no está con ella. No escucha por el oído derecho debido a su avanzada edad, presenta una fractura no soldada en brazo izquierdo a nivel de la articulación del codo, la cual está deforme y no tiene movilidad en la misma, aunque actualmente, no refiere dolor cuando la utiliza. Presenta una hernia umbilical sin tiempo especificado de evolución sin molestarle.

Ya no tiene dentadura, hace ocho años utilizaba placa dental pero le molestaba y la hacia sangrar de las encías por lo que decidió ya no utilizarla. Es alimentada tres veces al día con alimentos líquidos y semilíquidos a base de papillas de verduras como zanahoria, chayote, brócoli, papas, así como carne de pollo y frutas cocidas; refiere que en ocasiones su alimentación es baja en cantidad, se le tiene que insistir para que tome sus alimentos, ya que duerme la mayor parte del día.

Sus hábitos de eliminación son los siguientes, defeca normalmente una vez al día de consistencia blanda, de color café claro, aunque ocasionalmente presenta diarrea cuando consume alimentos como yogurt o atún, orina de 4 a 5 veces al día amarillo claro, tiene incontinencia urinaria y fecal, durante el día y la noche usa pañal.

Durante la mayor parte del día permanece recostada o sentada, con periodos de sueño durante el día. Presenta lesiones en la piel propiamente en las nalgas y región dorsal debidas al uso de pañal. Camina sólo con ayuda apoyándose de algún miembro de la familia, la cual evita dejarla sola; por muchas ocasiones se intenta movilizar sola, lo que representa riesgo de alguna caída.

Por las noches duerme dos horas en episodios cortos, aproximadamente de treinta minutos y por las mañanas se despierta a las 7:00, desayuna a las 8:30 y duerme hasta las 14:00 y el resto de la tarde duerme solo en ocasiones. No refiere cansancio. Se le da diacepam 1.25 mg de pastilla cuando dura más de tres noches sin dormir.

Su vestimenta es de acuerdo a su edad, limpia, el cambio de la misma lo realiza diario, su apariencia es de pelo recogido y en su semblante una sonrisa. Se le baña cada semana ya que no acepta con más regularidad, su piel es seca y su cabello deshidratado.

Solamente reconoce a las personas con quienes convive cotidianamente, se le observa únicamente orientada en espacio ya que al conversar con ella no reconoce día, mes o año actual, sin embargo, sostiene una conversación.

V.- MARCO TEORICO

En el último decenio del siglo XX, la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han hecho patente el fenómeno del envejecimiento poblacional a una proporción jamás alcanzada. Dicho envejecimiento se asocia generalmente a los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde en muchos de ellos un 20% o más de la población tiene más de 60 años de edad. El envejecimiento de la población se refiere simplemente al aumento en la proporción cada vez mayor de personas de edad avanzada dentro de la población general. La Organización Mundial de la Salud define como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años de edad para países desarrollados. (3)

Desde el punto de vista médico, la vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana y cuyo declive comenzará a partir de alcanzar el umbral de desarrollo máximo de los individuos, este punto máximo de crecimiento se localiza cercano a los 30 años. Otras corrientes alegan que se inicia a envejecer cuando se inicia la concepción, ya que desde ese momento se iniciara la transformación del individuo que culminara con la muerte. (4)

Según estadísticas actuales nos mencionan que nuestras expectativas de vida son 68 y 72 años para los hombres y mujeres respectivamente. Cabe mencionar que por el momento, todavía nos falta mucho para el límite de nuestras vidas, que según los Gerontólogos está alrededor de los 120 años de edad y que depende del cuidado que tengamos hacia nuestra persona será llegar a un envejecimiento exitoso o patológico. (2)

Demografía y epidemiología

Tal vez uno de los retos más intrigantes de la medicina es desentrañar el proceso de envejecimiento. Cada vez es mayor la apreciación de que no todas las personas envejecen de la misma manera o en la misma velocidad.

En la actualidad, las personas de 65 años de edad y más representan poco más de la tercera parte de los pacientes que recurren al médico en una atención primaria. Es posible predecir con certeza que cuando menos la mitad de los pacientes adultos serán ancianos en el próximo siglo.

EPIDEMIOLOGIA

El envejecimiento siempre ha existido sin embargo, el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades trasmisibles, los progresos de la nutrición y de los niveles de vida han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que se ha traducido en un aumento tanto de la cantidad como de la proporción de ancianos en la mayoría de los países. Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos, sobre todo en los países altamente desarrollados, pues además de aumentar la proporción de personas de edad avanzada, se ha incrementado el número de los muy viejos y de los débiles.

Todas las poblaciones humanas están sometidas a un dilema aritmético: crecer o envejecer. Entre estos dos extremos existe el equilibrio demográfico condicionado fuertemente por el desarrollo económico-social del país: un cierto crecimiento (demográfico y de recursos) con un cierto envejecimiento. Se calcula que la población mundial crece al año un promedio de 2%, lo que corresponde a una duplicación cada 30 años. Como ejemplo, en 1987, la población mundial aumento en 87 millones de personas, el mayor incremento conocido en todos los tiempos. El problema se complica, ya que la mayor proporción de dicho aumento se produce en los países menos desarrollados. La esperanza de edad al nacer o vida media es diferente en cada país y es importante tanto para los individuos como para la sociedad misma: al sujeto le interesa su longevidad y su vida en salud, en tanto que a la sociedad, el perfil demográfico de la población para planear los recursos, en relación a los grupos de edad y sexo.

Cuando se habla de envejecimiento de la población, se refiere al número o porcentaje de población vieja que existe en la población total de un país o comunidad. La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 30 años en promedio hace 2 siglos, a más de 70 años hoy en día en los países industrializados y varios en desarrollo. Según cálculos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2025, el porcentaje de personas de 60 años y más será de 20 a 30% en los países más desarrollados y de 10 a 15% en el resto del mundo, variando con el grado de desarrollo y sobre todo con el grado de industrialización.

El descenso de la mortalidad infantil, la eliminación de las epidemias y endemias, el mejoramiento del saneamiento y de las condiciones de vida, así como los adelantos socioculturales parecen ser los factores más importantes en la extensión de la vida humana. Mientras el recién nacido ha mejorado su probabilidad de vivir en un 75%, el hombre de 40

años ha mejorado solo en un 8% y el de 70 años en 4%. El adulto y el anciano no han mejorado de modo sustancial sus expectativas de vida porque la prevención de las enfermedades comunes en este grupo de edad es todavía un problema no resuelto y porque no se ha encontrado la posibilidad de prolongar la vida individual más allá de los 125 o 130 años.

Desde el inicio de este siglo, se pasó a una situación en la que el 4% de la población tenía 65 años de edad o más, a una época en la que más del 12% de las personas ya llegó a la vejez. Para el año 2030, esa población de ancianos casi se habrá duplicado. Visto de otra manera, en el año 2030 habrá tantas personas mayores de 75 años de edad como las que ahora tienen más de 65 años de edad. (3)

Es necesario reconocer que los ancianos usan más los servicios de salud que las personas más jóvenes. El resultado es una demanda aún mayor del sistema de cuidado de la salud y una elevación concomitante de los costos totales de atención a la salud. (5)

TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Ante el asombro que causa el envejecimiento y la muerte, el hombre ha dedicado y dedica con más ímpetu numerosos esfuerzos para conocer, y si fuera posible controlar, el proceso de envejecimiento. Quizás el conocimiento íntimo de estos fenómenos permitiría entender mejor la vida y con ello cambiar nuestra manera de apreciarla. (6)

El cultivo de células individuales se emplea extensamente, en especial para examinar cambios bioquímicos durante el envejecimiento, para estudiar el efecto de varias exposiciones a tóxicos y el control de la duración de la vida. (7)

Con los conocimientos acumulados hasta ahora, las teorías sobre el envejecimiento se agrupan en dos grandes grupos: las que ligan al envejecimiento con una programación genética y las que proponen que es el resultado de accidentes y pérdidas hasta el punto en el que el sistema no puede sostener más su funcionamiento.

Hayflick, líder mundial en los temas del proceso de envejecimiento, propone que las teorías sobre el mismo sean divididas en tres grandes grupos: orgánicas, fisiológicas y genéticas, donde se incluyen sistemas inmunitario y neuroendocrino, programación genética y la acumulación de sustancias tóxicas.

- **TEORIAS ORGANICAS:**

1.- *TEORIA INMUNOLOGICA.* Se basa en el menoscabo de la capacidad del sistema inmunitario para producir anticuerpos, a medida que esta respuesta disminuye, lo hace también la capacidad de discriminación entre componentes propios y ajenos del individuo, culminando en reacciones auto inmunitarias. La inconveniencia de esta teoría es que se limita al sistema inmunitario y los cambios que se han observado podrían ser resultado de actividad de otros sistemas, como el hormonal.

2.- *TEORIA NEUROENDOCRINA.* Se basa en la íntima relación del funcionamiento entre el sistema nervioso central y el endocrino, los cuales pueden influenciarse uno a otro. Se conoce bien la disminución de la hormona del crecimiento al aumentar la edad, bajando sus niveles en un 14% por cada decenio el efecto protector tanto de los estrógenos como de la testosterona en ciertas enfermedades, lo que podría sugerir su importancia en el proceso de envejecimiento. El inconveniente de esta teoría radica en que no todos los sistemas

biológicos poseen un sistema neuroendocrino y, por ello, no es aplicable de manera extensa a otros organismos que igualmente envejecen.

- **TEORIAS FISIOLÓGICAS:**

1.- *RADICALES LIBRES*. Se ha reconocido el daño que se produce en las células cuando están expuestas a moléculas, las cuales al tener un electrón libre son altamente reactivas. Las consecuencias son desorganización de las membranas celulares y cambios potencialmente letales dentro de la misma. Los radicales libres pueden producirse por radiaciones ionizantes, reacciones mediadas por enzimas y otras no enzimáticas. El DNA contenido en las mitocondrias es particularmente sensible al daño oxidativo, lo que es apoyado al encontrar este tipo de cambios en células cardíacas y nerviosas.

2.- *ENTRECRUZAMIENTO*. A medida que pasa el tiempo, dentro de los componentes celulares se producen enlaces covalentes y puentes de hidrogeno entre dos o mas macromoléculas que al agregarse causan inmovilización de los sistemas bioquímicas alterando el funcionamiento de la célula desde la membrana al propio DNA. Esta teoría no ha podido demostrar que estos cambios estén directamente relacionados con el envejecimiento.

3.- *ACUMULACION DE PRODUCTOS TOXICOS*. Se basa en la presencia de cuerpos de inclusión que se observan en células que no se dividen: cardíacas, nerviosas y musculares. Se propone que productos como la lipofuscina o el amiloide sean de desecho celular, que al acumularse inducen alteraciones funcionales intracelulares que habitualmente acompañan al envejecimiento.

- TEORIAS GENETICAS

1.- *TEORIA SOBRE LAS TELOMERASAS*. También llamadas “enzimas de la inmortalidad”, fueron descritas en 1973 por Olovnikov cuando noto que el ciclo de la replicación celular se pierde una pequeña porción de DNA por incapacidad de la DNA polimerasa para reconstituir completa y correctamente los telomeros hasta un punto critico donde se provoca la muerte de la célula. Hayflick, que esta de acuerdo con esta teoría, atribuye al telomero la calidad de reloj genético de cada célula en particular, apoyado por la mayor actividad de telomerasas en células germinales y cancerosas.

2.- *TEORIA SOBRE LA PÉRDIDA CELULAR*. Se sabe que con la edad hay pérdida de células, debido a dos procesos fundamentales: necrosis y muerte celular programada o apoptosis. (8)

Prevenir la vejez representa el reto eterno al que se ha enfrentado el hombre desde hace siglos. Tal vez el hombre no desista jamás, de la búsqueda de una juventud eterna. (9)

El proceso de Envejecimiento

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- *Cambios Biológicos*: Todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad.
- *Cambios Psíquicos*: Cambios en el comportamiento, auto percepción, conflictos, valores y creencias.

- *Cambios Sociales:* Se estudia el papel del anciano en la comunidad.
(10)

*** Cambios Biológicos:**

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, titulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

1.- Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

2.- Envejecimiento en la piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, Palidez y velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural: En la epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de

melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

3.- Envejecimiento del cabello:

Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

4.- Envejecimiento en las uñas:

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

5.- Envejecimiento óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endócrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano. Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de

sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

6.- Envejecimiento muscular:

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

7. Envejecimiento articular:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

8. Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:

Cambios de la estructura cardiovascular:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

9. Cambios en la función cardiovascular:

Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico , sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo , fuerza y un aumento de la presión arterial.

También el desequilibrio hemodinámica se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

10. Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares inter alveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.

La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro antero posterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral. Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno. Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

11. Envejecimiento del aparato digestivo:

No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del

hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades. Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa. En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

12. Envejecimiento del sistema genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.

Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados. El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1200ml/minuto a 800ml/minuto., se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vaso espasmo. También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones. En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los

testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

13. Envejecimiento del sistema endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

14. Envejecimiento del Sistema Inmunitario:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

El timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía. También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

15. Envejecimiento del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos:

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloideo en las células.

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos.

A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc...). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución. En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad. En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón

de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acúmulo de cerumen en el oído. El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera. La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartílago y en el varón suelen proliferar pelos. El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas. (11)

*** Cambios Psíquicos :**

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Una gran variedad de procesos mentales decae con el paso de los años. Park argumenta que el declive en la velocidad de procesamiento, en el funcionamiento de la memoria operativa y en los procesos inhibitorios es, probablemente, lo que mejor explica el empeoramiento de las funciones de la memoria al envejecer.

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. (12)

*** Cambios Sociales:**

Cambio de rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- *El anciano como individuo.* Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

- *El anciano como integrante del grupo familiar.* Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- *El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.* La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van

acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar. (13)

Cambio de rol en la comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de rol laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entrono al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. (14)

ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR

1. La depresión en el adulto mayor

El estado depresivo mayor se puede definir como un período de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como pueden ser: el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además de otros síntomas.

La prevalencia del estado depresivo mayor es del 2.3 al 3.2 % en el hombre y puede ser hasta tres veces más alta en la mujer. En la vejez la prevalencia puede ser menor; en nuestro país, un estudio la sitúa alrededor del 2 %. Pero lo importante, no son todos los números sino que se le da muy poca atención y sólo se reconoce en una tercera parte de los casos, pudiendo afectar hasta el 25 % de los pacientes que acuden al médico, haciéndola la segunda causa de consulta, sólo después de la hipertensión arterial.

El reconocerla y tratarla puede mejorar significativamente la calidad de vida de la persona que la padece. Es necesario identificarla en los posibles candidatos entre los que debemos contar a las personas mayores con enfermedades crónicas. Es necesario correlacionar los síntomas con los criterios establecidos para tal fin, como son los descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Las recomendaciones indican que el paciente de la tercera edad no debe tratarse en una primera elección con medicamentos como las aminas terciarias tricíclicas (como amitriptilina, imipramina o doxepina), con inhibidores de la monoaminaoxidasa (a excepción de una depresión atípica) o con las benzodiacepinas, pues tienen más efectos secundarios y adversos y no tienen mejor eficacia que otros

antidepresivos en el mercado. Por si fuere poco, muchos pacientes no reciben la dosis ni duración del tratamiento adecuado, siendo a veces necesario los tratamientos prolongados o de por vida. Dentro del manejo integral debe de incluirse a la psicoterapia en muchos pacientes además de identificar y solucionar los otros padecimientos médicos y los problemas psicosociales.

Si no es tratada la depresión, se ha visto que se incrementa la morbilidad y mortalidad del paciente.

En resumen, la depresión no es reconocida ni tratada en muchos casos, por lo que es necesario aprender a detectarla y tratarla. (15)

2. La enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer. Es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo y deteriorante e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje. Se presenta aproximadamente en un 6 % de los pacientes de la tercera edad, es decir en unos 350 000 individuos en nuestra república mexicana. Existen además unas 50 000 personas más que la padecen y son menores de sesenta años. Es decir que 1 de cada 4 personas mayores de 80 años y 1 de cada 20 jubilados están afectados por esta enfermedad. Se desconoce la causa de la enfermedad de Alzheimer pero se tienen varias líneas de investigación, entre las que se pueden citar actualmente a las siguientes:

Bioquímicas. La acetilcolina que es un neurotransmisor se encuentra disminuida.

Genéticas. Se estudia la posible alteración en los cromosomas 21, 19,14 y 1.

Neuropatológicas: es decir las alteraciones de las neuronas observadas al microscopio como placas neuríticas o seniles, nudos o madejas neurofibrilares y los depósitos amiloides.

Epidemiológicas: se investiga que a mayor edad por algún factor la incidencia sea mayor.

Inmunológicas: que se inflame los tejidos (glia) de alrededor de las neuronas.

Posiblemente la enfermedad no tenga una sola causa única, sino que lo que ahora describimos como enfermedad de Alzheimer no sea otra cosa que un conjunto de varias patologías que tengan como resultado final la sintomatología que hasta hoy conocemos.

Se puede dividir la enfermedad básicamente en tres etapas: leve, moderada y severa.

La sintomatología es diversa, variable e individual para cada paciente. Dentro de las manifestaciones están:

-Pérdida de la memoria.

-Juicio pobre.

-Habilidad reducida para manejar y desempeñar actividades de la vida diaria.

-Desorientación e inadaptabilidad.

-Cambios de personalidad y desinhibición así como problemas de aprendizaje.

-Problemas de comunicación principalmente por pérdida de las destrezas verbales.

-Comportamientos repetitivos.

-Labilidad emocional y depresión.

-Habilidades disminuidas de auto cuidado.

-Insomnio y cambios en el patrón sueño-vigilia.

-Extravíos y caídas.

-Agresividad y reacciones catastróficas.

-Alucinaciones, ilusiones.

-Incontinencia.

-Disturbios en la marcha tardíamente e inmovilidad.

La enfermedad eventualmente puede convertir a sus víctimas en seres totalmente incapaces de cuidarse a sí mismos, por lo que, en la mayoría de los casos, los familiares se hacen responsables del cuidado cotidiano del paciente trayendo como consecuencia cambios importantes y dramáticos en la dinámica familiar.

En base a lo anterior se deduce que el diagnóstico actual no es todavía preciso aún a pesar de los estudios de Tomografía computada y de la resonancia magnética por lo que no existe una prueba que identifique a esta enfermedad y el diagnóstico se hace prácticamente en base al cuadro clínico.

No existe un tratamiento curativo de la enfermedad. Se enfoca a preservar las funciones para desarrollar las actividades de la vida diaria, la cognición y el comportamiento.

Sin embargo el manejo es integral, planificando y supervisando el tratamiento médico-social que sí pueden disminuir la tensión familiar además de que las actividades como el ejercicio físico y las actividades sociales, una adecuada nutrición y el mantenimiento de la salud en general favorecerán la independencia del enfermo.

El tratamiento farmacológico actual es sintomático, es decir que mejorará la ansiedad, la agitación y la agresividad, los trastornos del sueño, los trastornos depresivos y los trastornos de memoria.

Actualmente se maneja a los inhibidores de la acetilcolinesterasa (Rivastigmina, donepezilo, galantamina) como drogas electivas para la enfermedad de Alzheimer. Pero sola actúan en la neurona intacta y retrasan temporalmente la enfermedad, por eso es importante un diagnóstico temprano. Posiblemente también favorezcan cambios en el comportamiento de la persona.

3.-La enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia nigra, que produce déficit de los movimientos motores. Fue descrita por primera vez por James Parkinson en 1817. Dentro de la sintomatología clásica están el temblor en reposo, la rigidez, la falta o disminución en los movimientos y los cambios en los reflejos posturales. Generalmente empieza entre los 40 y 70 años de edad con un pico en la sexta década de la vida. Aproximadamente el 1 % de la población de la tercera edad se encuentra afectada y es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 3:2.

El inicio es difícilmente reconocido hasta por el propio paciente y generalmente lo refiere sólo ante situaciones de tensión y declinando aproximadamente un 8 a 9 % de las capacidades motrices por año. Sin tratamiento la enfermedad progresa hasta dejar con una severa discapacidad al 16, 37 y 42 % de los afectados a los 5, 10 y 15 años de evolución.

La causa todavía está por definirse aunque la edad, el medio y los aspectos genéticos pueden estar involucrados. La constante refiere un daño en el sistema extrapiramidal que resulta en una disminución de una sustancia: Dopamina. Esta, está involucrada para poder tener nuestros movimientos normales.

El diagnóstico es clínico y dependiendo de la sintomatología descrita será de posibilidad, probabilidad o definitivo.

El tratamiento podrá ser:

- Sintomático para mejorar los síntomas y signos referidos.

-Preventivo para interferir con los mecanismos pato fisiológicos de la enfermedad.

-Restaurar por medio quirúrgico nuevas neuronas o estimularlas para mejorar la función remanente de las mismas.

Además de estas medidas terapéuticas hay que iniciar en conjunto (el paciente, los médicos y la familia) algunas recomendaciones:

1.- Evaluar periódicamente las actividades de la vida diaria como: vestirse, bañarse, caminar, comer, escribir, manejar y ver la posibilidad, primero de mantenerlas mediante ejercicio y después el de supervisarlas o en etapas avanzadas el limitarlas.

2.- Modificar el medio: adaptando las sillas, cama, utensilios para comer y bañarse, por ejemplo, para mantener al paciente independiente para desarrollar sus actividades de la vida diaria.

3.- Valorar las funciones mentales así como sus reflejos para evaluar la posibilidad de seguir o no manejando.

4.- Educar al paciente para que intervenga dinámicamente en todo el proceso de su enfermedad.

5.- Incrementar la terapia física, la terapia del lenguaje e inclusive fomentar la psicoterapia.

6.- Educar al resto de la familia tanto en lo que es en sí la enfermedad como en el manejo cotidiano de su paciente.

En resumen, la enfermedad de Parkinson afecta aparentemente a una pequeña parte de la tercera edad dando por resultado la disminución de la movilidad del paciente; pero, con los medicamentos y el manejo no farmacológico descrito, es posible mejorar la calidad de vida del mismo.

4.-La enfermedad vascular cerebral

Es por todos conocida por su aparición brusca, generalmente sin aviso, causando secuelas y la muerte. Es la causa neurológica que más incapacidad da y es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos y la quinta en nuestro país.

Las causas pueden ser la ruptura súbita de un vaso (Hemorragia cerebral) o un coágulo formado ahí mismo por aterosclerosis o transportado de algún otro sitio (Embolia Cerebral) que obstruya la circulación sanguínea hacia el tejido cerebral dando por resultado la muerte de estas células nerviosas llamadas neuronas (Infarto Cerebral).

Las posibilidades de que se tenga una variedad de la enfermedad vascular cerebral aumentan con la edad. Un estudio muestra que aproximadamente 170 personas de cada 100 000 entre las edades de 55 y 64 años de edad padecen de la misma, pero en las personas de más de 75 años la probabilidad es de 957 casos por cada 100 000 habitantes en esa edad. La enfermedad, produce la muerte en 100 personas de cada 100 000 entre la 6ª década de la vida y las probabilidades aumentan al doble en cada quinquenio, llegando incluso a cifras de 1500 muertes por cada 100 000 entre los mayores de 80 años. Por lo tanto mientras mayor sea uno, más severa será y tendrá más repercusiones o secuelas.

Como se describió anteriormente, las causas son por una hemorragia o por un bloqueo de la luz del vaso sanguíneo arterial. Entre un 25 a un 33 % de los pacientes con esa última causa, generalmente está precedida por una señal de alarma llamada ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA y es el resultado de una obstrucción temporal de la arteria. Esto les da a los médicos, la oportunidad de proveer un tratamiento que puede prevenir una enfermedad vascular cerebral que ocurrirá hasta en la tercera parte de los pacientes en el primer mes, o hasta en la mitad de los casos en el primer año después de la Isquemia.

Los signos de la Isquemia cerebral transitoria pueden ser un " arrastre " temporal de las palabras, visión doble, debilidad de alguna mitad de nuestro cuerpo o la pérdida de sensibilidad en los brazos o piernas, generalmente de un solo lado de nuestro organismo. El paciente puede perder transitoriamente la pérdida del habla o perder la coordinación para caminar o para realizar algún otro movimiento. Todo esto es debido a una deficiencia de oxígeno hacia las neuronas, ocasionado por el déficit en la circulación sanguínea. Normalmente estas manifestaciones desaparecen en el transcurso de unas horas mientras la circulación arterial se abre nuevamente y sin dejar un daño permanente. Aunque el cansancio, la confusión, el mareo y la pérdida de memoria pueden ser causas de otras enfermedades, el diagnóstico de la Isquemia cerebral transitoria debe ser descartado por las implicaciones que a futuro representa.

El diagnóstico se hace en base a una historia clínica que incluye una exploración física minuciosa y que se puede apoyar tanto en un electrocardiograma, una Tomografía axial computarizada o resonancia magnética del cerebro, entre otros.

El tratamiento dependerá de la causa que lo provoque, por lo que es conveniente y oportuno el practicar los estudios anteriores. Entre los diferentes tratamientos se pueden mencionar a:

a) la aspirina que previene la formación de coágulos por aterosclerosis, siendo su dosis entre 80 y 320 mg/día.

b) La warfarina, la ticlopidina, el clopidrogel son otros medicamentos que pueden ser utilizados también.

La cirugía para destapar las arterias carótidas también es otra posibilidad a considerar.

El tratamiento es individual y deberá ser llevado a cabo por su médico.

Hay factores como la Hipertensión arterial sistémica y las dislipidemias (alteraciones en el colesterol y los triglicéridos) que pueden jugar un papel importante y por lo tanto es muy importante controlarlas a tiempo.

Mientras más sepa acerca de la enfermedad vascular cerebral, mucho mejor serán sus habilidades para hacer algo al respecto, previéndola de ocurrir y salvando una vida muy importante, la suya.

5.- La diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad. Es muy costosa pues representa más de 2.3 millones de admisiones hospitalarias al año en los Estados Unidos, lo que equivale a 14 millones de día-hospital y 70 millones de días de estancia en los asilos durante un solo año. La prevalencia es muy alta, entre el 5 al 10 % de la población, pero cada año aparecen más de medio millón de casos nuevos en los USA. La prevalencia aumenta con la edad pues los mayores de 65 años de edad o más la padecen por arriba del 10 %. Los pacientes con Diabetes Mellitus comparados contra la población de su misma edad tienen el doble de posibilidades de un Infarto al Miocardio, de Accidente Vascular Cerebral y de Insuficiencia Renal.

Si se aplican correctamente los cuidados tanto para prevenir, diagnosticar y tratar a la Diabetes Mellitus se puede reducir la morbimortalidad aún en la Vejez.

Algunos estudios avalan lo anterior:

- El estudio prospectivo de la Diabetes en Inglaterra (UKPDS) y otro, demuestran que el control estricto de la glucemia en los pacientes

adultos con Diabetes tipo 2 disminuye significativamente las complicaciones micro vasculares.

- El control estricto de la presión arterial sistémica tanto en pacientes con o sin Diabetes y adultos mayores da como resultado una menor presentación de muertes por infartos y complicaciones microvasculares.

- Se ha comprobado que el uso de dosis pequeñas de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA's) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y proteinuria tanto si tienen hipertensión o no retrasa:

1. El incremento en la micro y macroalbuminuria.

2. La declinación de la tasa de filtración glomerular.

3. El incremento en la creatinina sérica.

En pacientes hipertensos también se ha probado la eficacia de los betabloqueadores para retrasar la microalbuminuria. Cabe resaltar que todos estos daños nos están señalando datos de daño renal.

- En pacientes diabéticos y con problemas conocidos de enfermedad arterial coronaria se ha comprobado la efectividad de disminuir los eventos coronarios si hay una terapia para reducir el colesterol.

- El Colegio Americano de Médicos concluye que tanto la revisión en busca de retinopatía como ya el tratamiento subsiguiente son benéficos para el paciente diabético.

En resumen se ha comprobado que es más frecuente la Diabetes Mellitus tipo 2 en el adulto mayor, que se debe de controlar estrictamente los niveles de glucosa en sangre por debajo de 126 mg/dl, y que conjuntamente con un buen peso, adecuado control de factores como la hipertensión arterial y el colesterol alto, se puede llevar una tercera edad con menores complicaciones como la retinopatía, la insuficiencia renal y la insuficiencia arterial y sus temidas consecuencias como serían la ceguera, el que no funcionen los riñones y hasta la necesidad de una amputación. (16)

6.- Los problemas de visión en la vejez

Los problemas en la visión son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. Los estudios de población han reportado la prevalencia de deficiencia en la función visual entre un 4 al 7 % de las personas entre los 71 - 74 años de edad y se incrementa a un 16 % en aquellos individuos mayores de 80 años y hasta un 39 % en los mayores de 90 años de edad.

Los problemas visuales, como los cambios en la refracción por arriba de 20/25 se asocian con un aumento en las caídas y fracturas en los viejos, y los cambios en el campo visual con una elevación en el riesgo de tener un accidente automovilístico.

Por eso es importante la visita al oftalmólogo mínimo cada dos años para una persona mayor de 60 años y sin patología aparente y cada año, por lo menos, en los que por ejemplo tengan una retinopatía diabética. El médico valorará en estas visitas tanto la agudeza visual para vista cercana o lejana con las cartas correspondientes, los campos visuales, la evaluación oftalmoscópica y hasta la presión ocular con un tonómetro.

Dentro de la patología en orden de frecuencia en la tercera edad podemos citar a los problemas de refracción (Problemas para ver de "lejos" y/o de "cerca" o vista cansada), las cataratas, la degeneración macular asociada a envejecimiento, la retinopatía diabética y el glaucoma. Todos ellos han demostrado que disminuyen la calidad de vida de las personas que las padecen.

Los reportes recientes en la literatura sugieren que hay medios efectivos para tratar estas 5 causas de discapacidad visual entre los ancianos:

1. Hay un consenso general de que al corregir los problemas de refracción con lentes se reduce los problemas de funcionalidad del viejo.
2. La cirugía de catarata ha demostrado mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes que se someten a la misma.
3. Un estudio sobre el tratamiento del glaucoma mostró que al reducir por lo menos en un 30 % la presión intraocular, disminuye en un factor de 3 veces menos la posibilidad de perder la visión en comparación con los que no se tratan esta enfermedad.
4. El tratamiento con rayos láser para la retinopatía diabética puede disminuir hasta en un 50 % la pérdida de visión.
5. Dentro de los pacientes con degeneración macular tratable, el tratamiento con rayos láser puede reducir a cinco años la pérdida de visión de 7 a 5 líneas, además de que reconocer los síntomas en un inicio puede ser la clave para que esta entidad sea detectable y tratable en la medida de lo posible.

Hay la suficiente evidencia de que el detectar y tratar a tiempo los problemas de visión en la vejez puede significar el disminuir la prevalencia de los mismos así como el aumentar la calidad de vida de una proporción considerable de las personas de la Tercera Edad.

7.-Los problemas de audición en la vejez

La pérdida de la audición es una de las condiciones crónicas más prevalentes en la tercera edad. Este problema afecta de un 30 al 46 % de las personas mayores de 65 años de edad y al 90% de aquellos por arriba de los 80 años. Debido a que la pérdida de la audición en su

naturaleza es progresiva pero gradual es que generalmente el diagnóstico se hace tarde o se retrasa.

La audición cobra un especial interés en la tercera edad pues tiene un potencial muy importante en la calidad de vida que podamos tener pues es una de las herramientas diarias que sin querer utilizamos para nuestra comunicación. Sin la audición, la comunicación es muy difícil y usualmente nos retraemos y aislamos del resto de nuestro entorno.

Por eso es muy importante hacer una revisión con un profesional que nos examine la audición, ya sea mediante una entrevista dirigida o una evaluación intencionada y su respectiva revisión clínica incluyendo a las pruebas audiológicas para determinar el grado de sordera así como su causa que puede ser desde un simple tapón de cerumen hasta una patología sensorial, incluyendo a la presbiacusia o disminución de la audición por la edad, hasta problemas de la conducción del sonido o causas del sistema nervioso central.

El uso de aparatos auditivos mejora la depresión, las habilidades de comunicación, las relaciones sociales, el funcionamiento cognitivo y la autosuficiencia asociadas todas ellas a los problemas auditivos.

Sin embargo, a pesar de existir estos aparatos, los pacientes ancianos con déficit en la audición pocas veces buscan ayuda y los que tienen los aditamentos, pocas veces los utilizan por ser muchas veces aparatos de difícil manejo o que nadie les enseña el uso adecuado de los mismos o que no están perfectamente diseñados para ellos.

Dentro de los consejos que se puede dar para que mejoremos la comunicación con este tipo de pacientes están:

- Estar a aproximadamente 1 metro de distancia de la persona.
- Tener la atención de la persona.

- Sentar a la persona enfrente de una pared que nos puede ayudar a reflejar el sonido.
- Usar una voz con tonos graves no agudos.
- Hablar despacio, pausado y sin gritar.
- En lugar de repetir, rephrasear o recalcar lo importante.
- Hacer una pausa al final de cada oración o idea.

Por lo tanto es importante, que se hagan pruebas rutinarias para evaluar la audición, pues este problema aumenta con la edad y si disminuye o perdemos la misma estamos perdiendo también una de nuestras mejores armas para la comunicación diaria y la calidad de vida se verá amenazada.

8.-La Osteoporosis

La Osteoporosis es una enfermedad esquelética y sistémica, caracterizada por una masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura del hueso, que se asocia con un aumento en la fragilidad del mismo e incremento en la susceptibilidad a sufrir fracturas. También se ha definido como una -2.5 desviaciones estándares de la densidad ósea en relación a una persona joven.

Se puede clasificar de la siguiente manera:

Osteoporosis tipo I o posmenopáusica. Ocurre en la mujeres entre los 51 y 65 años de edad. Tiene mayor pérdida de hueso trabecular que el cortical.

Osteoporosis tipo II. Ocurre después de los 75 años de edad. La pérdida de hueso cortical y trabecular prácticamente es la misma.

Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes están:

Generalmente es un problema silencioso y cuando notamos sus complicaciones como las fracturas de cadera que cursan con alta incidencia de limitaciones físicas e incluso de invalidez, es a veces muy tarde. Muchos mueren por las complicaciones antes, durante o después de la corrección, incluyendo a las temibles úlceras de decúbito.

Otro síntoma es el aplastamiento de las vértebras de la columna modificando la curvatura de la columna y el tamaño del individuo. Se ha visto que 1 de cada 4 mujeres por arriba de los 60 años de edad cursan con dolor de espalda debido a fractura de las vértebras.

Las mujeres tienen cuatro veces más riesgo de sufrir osteoporosis que el hombre y sobre todo después de la menopausia. De ahí que la primera década posterior a la menopausia sea la etapa de mayor pérdida ósea y también la más importante para la prevención y tratamiento.

La frecuencia en la mujer es de 1: 3 en la mujer mayor de 45 años de edad y en el hombre es de 1: 8 en los mayores de 50 años de edad. Están en riesgo todas las mujeres después de la menopausia. Aquellas personas que reciben cortisona, hormonas tiroideas y medicamentos anticonvulsivos. Aquellas personas que tienen una historia familiar de osteoporosis, dieta baja en la ingesta de calcio, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, consumo de cafeína en exceso, enfermedades de las glándulas tiroideas o paratiroides; aquella persona de complexión delgada, de raza blanca, de menos de 55 kg de peso y mayor de 40 años de edad. Una vez hecho el diagnóstico por un especialista, generalmente en base a la clínica (por desgracia, a veces muy tarde, pues se sospecha posterior a una fractura) y a estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo la densitometría ósea que es un método seguro y eficaz que mide la densidad ósea y por lo tanto el grado de osteoporosis es que se elaborará un plan:

El aumentar los suplementos de calcio en la dieta diaria. El uso de hormonas femeninas en la mujer o el uso de otro tipo de hormonas fijadoras de calcio en el hueso. Teniendo en cuenta los beneficios, pero también las contraindicaciones. El incrementar el ejercicio físico para

mantener los huesos fuertes y prevenir los accidentes. El modificar los malos hábitos, mencionados con anterioridad y que son factores de riesgo para la osteoporosis. En caso de no poder usar terapia hormonal de reemplazo se puede usar los fijadores del calcio como la calcitonina, los bifosfonatos (alendronato o risedronato) y los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (raloxifeno). El tomar medidas de seguridad tanto personales (Uso de zapatos adecuados, no tomar medicinas que afecten el equilibrio del calcio, etc.) ; en las tareas diarias (como el evitar cargar objetos pesados, no agacharse para recoger los objetos sino el doblar las rodillas para tal efecto, etc.) y, modificar la seguridad en el hogar para beneficio propio, colocando por ejemplo pasamanos, buena iluminación, proveer del espacio suficiente para la movilización en la misma, evitar superficies resbaladizas, etc.

Como vemos la osteoporosis, actualmente, es una enfermedad que ya tiene prevención y su manejo debe ser realizado por un experto en la misma. (17)

9.- La hipertensión arterial en el adulto mayor

Se define como hipertensión arterial en el viejo toda aquella elevación por arriba de 140 mmHg de la presión sistólica y de más de 90 mmHg de la presión diastólica. Es conveniente tomar la presión arterial tanto sentado como parado, con más de 5 minutos de reposo y con el aparato adecuado.

Aproximadamente el 35 % de las personas de la tercera edad padecen de esta enfermedad, ya sea que vivan en la comunidad o que estén albergados en instituciones de largo plazo. Por el hecho de padecerla

se tiene un riesgo mayor de 2-3 veces de padecer un evento cardiovascular que aquellos que no la sufren.

Dentro de los factores agravantes de la hipertensión arterial hay que mencionar a la tensión emocional, la ingesta excesiva de alcohol, la ingesta excesiva de sal, la falta de ejercicio aeróbico, la pobre ingesta de potasio y de calcio, el tabaquismo y al sobrepeso. Es importante, por lo anterior, corregir estos factores de riesgo a tiempo y bajo supervisión médica.

Después de analizar los datos anteriores se desprende lo importante que es el prevenir, diagnosticar y tratar a la hipertensión pues de ello dependerá la morbi-mortalidad de muchos viejos. Lo siguientes hallazgos en la literatura reciente, reforzarán los cuidados que debemos tener para un manejo adecuado de la hipertensión:

1. La terapia no farmacológica como la dieta (por ejemplo: la reducción de sal y el bajar de peso) y el ejercicio (aeróbico), son efectivos para disminuir la presión arterial y pueden eliminar el uso de farmacoterapia en los pacientes con una hipertensión leve.
2. Los agentes farmacológicos, como lo han demostrado en la población joven, también han probado su efectividad en la población mayor.
3. Numerosos estudios han demostrado la diferente gama de antihipertensivos que ayudan para controlar la hipertensión. Dos estudios de meta-análisis, por separado reportan que los pacientes viejos tratados tienen una disminución de hasta un 34-36% de reducción de tener un accidente vascular cerebral, un 19-25 % de reducción de una enfermedad coronaria y un 11-12 % de reducir la mortalidad en general.
4. Está en vías de comprobarse, que aún en los mayores de 80 años de edad también son efectivos los tratamientos antihipertensivos y que disminuyen los riesgos de padecer complicaciones.

5. Se ha demostrado que el apego al tratamiento es pobre por lo que se recomienda, de ser posible, el dar tratamientos de una sola toma al día, para así tener un control adecuado de la presión arterial.

Los datos anteriores muestran el efecto benéfico de la terapia farmacológica y no farmacológica. Sin embargo la población en general recibe un tratamiento subóptimo. Sólo el 53 % de la población con presión arterial elevada recibe un manejo adecuado y el control de la misma se controla en el 40 % de ellos. En resumen, dado que en un inicio es una enfermedad silenciosa, debemos de revisarnos periódicamente la presión y en caso de encontrarse alta, iniciar los ajustes necesarios para evitar a futuro sus temibles complicaciones. (10)

10.-La enfermedad articular degenerativa en el adulto mayor

La enfermedad articular degenerativa u osteoartritis es la causa más frecuente de enfermedad crónica que afecta a las personas de la Tercera Edad. La mitad de las mismas han reportado ya alguna vez en sus vidas haber sufrido de un cuadro de artritis. Desde el punto de vista radiológico el 27 % de los pacientes de 65 a 69 años de edad ya la tienen y esta cifra aumenta hasta un 51 % en los viejos mayores de 85 años de edad.

La enfermedad en sí es igual para todas las edades e incluye la pérdida asimétrica del cartilago articular, una esclerosis periarticular o incremento de la densidad ósea y osteofitos marginales. La distribución o afectación de que articulaciones y porqué éstas, todavía no tiene una explicación adecuada. Generalmente empieza con un dolor de la articulación al movimiento de la misma y con disminución del dolor al reposo, pero con el tiempo el dolor puede ser constante aún durante el reposo o el sueño. Al progresar la patología pueden aparecer

deformaciones como los nódulos en las falanges distales llamados de Heberden.

La Osteoartritis está asociada al dolor, la discapacidad funcional y a no salir de casa. Dentro de los factores de riesgo hay que mencionar a la edad, al sexo femenino, los traumatismos previos, la obesidad, los factores genéticos y el aumento de la densidad ósea.

Debido a que no existe todavía, un tratamiento curativo para la Enfermedad Articular Degenerativa, las metas terapéuticas son el minimizar el dolor y la discapacidad, mantener o mejorar la movilidad de las articulaciones y educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad y su manejo actual. Dentro de éste, se pueden citar tanto a los tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y quirúrgicos.

Dentro de la literatura reciente, es importante recalcar que:

1. El Ejercicio moderado puede reducir el dolor e incrementar el estado funcional de los pacientes con Osteoartritis de rodilla o de cadera.
2. Los pacientes mayores de 75 años de edad que usan anti-inflamatorios no esteroideos e inhibidores de COX-2 no selectivos tienen un probabilidad dos veces y media mayor de desarrollar una enfermedad ácido-péptica que aquellos, que son tratados con estos nuevos medicamentos (Ejemplo: Celecoxib, Meloxicam, Rofecoxib).
3. Un estudio aleatorio y doble ciego demostró que el acetoaminoafén, a dosis adecuadas, es igual de efectivo que el ibuprofen para tratar la osteoartritis de rodilla. Cabe agregar que no hay que exceder de 4 gramos por día del acetoaminoafén, pues se ha asociado con una mayor probabilidad de hepatotoxicidad.
4. Algunos estudios demuestran que son tan efectivos los nuevos anti-inflamatorios en comparación con los de la generación anterior, además de repetir que son menos dañinos para la mucosa gástrica.

5. Los estudios clínicos demuestran que el reemplazo total de cadera o de rodilla para los pacientes con Osteoartritis severa les devuelve una mejor calidad de vida y funcionalidad.

6. Los tratamientos no farmacológicos incluyen tanto al calor con agua, parafina, cojines, etc., hasta a la diatermia, ultrasonido, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, el ejercicio, la pérdida de peso, apoyo psicológico, etc.

Claro que aunque ya existen estos tratamientos, como todo, además de los beneficios descritos tienen sus riesgos, por lo que deben ser prescritos y supervisados por un médico especialista en la materia.

11.- La enfermedad isquémica del corazón en el adulto mayor

La enfermedad isquémica del corazón afecta desproporcionadamente a la tercera edad. Es la causa número uno de muerte en los viejos. Por arriba de los 65 años de edad, el 16 % de las personas tienen esta patología. En los Estados Unidos ocurren un millón y medio de infartos al miocardio y angina de pecho inestable por año y de éstos el 60 % se presentan en pacientes mayores de 65 años de edad y de todas las muertes por un infarto del miocardio el 80 % son en adultos mayores. La edad, por si misma, representa el predictor de sobrevida más consistente en todos los estudios de mortalidad cardiovascular; por ejemplo, se incrementa el riesgo de morir por un infarto en 10 veces entre los pacientes menores de 40 años de edad contra los de más de 80 años de edad y que lo sufren.

Dada la alta prevalencia de la enfermedad isquémica del corazón dentro de la población de la tercera edad es que se recomienda la

intervención clínica oportuna para reducir en gran medida a la mortalidad.

1.- Se ha demostrado, por lo menos en más de 3 estudios con una población numerosa, al azar y con control de los estudios y placebos, que el bajar el colesterol por lo menos en la población menor de 80 años de edad con enfermedad coronaria y colesterol alto fue benéfico para los mismos.

2.- El uso de la aspirina en los pacientes mayores con un infarto agudo del miocardio o angina inestable dentro del manejo hospitalario reduce la mortalidad. Igualmente en los pacientes ancianos con una enfermedad coronaria establecida y no complicada también reduce la mortalidad el uso diario de la aspirina.

3.- El uso de betabloqueadores ha demostrado una reducción de la mortalidad en los pacientes hasta de 75 años de edad en los que están en una etapa temprana después de un infarto agudo del corazón.

4.- La terapia tromboembólica para el infarto agudo del miocardio en pacientes de hasta 75 años de edad ha demostrado una disminución de la mortalidad así como una mejoría de la evolución clínica de éstos pacientes.

5.- Se utiliza poco las diferentes terapias para el manejo de la enfermedad isquémica del corazón en el adulto mayor a pesar de que la literatura avala su uso y los mejores resultados en sobrevida y calidad de vida.

Además del manejo médico nos toca como pacientes el conocer los factores de riesgo que debemos tener en consideración y tratar de controlar para disminuir la posibilidad de padecer una enfermedad isquémica del corazón. En primera línea están la edad, el antecedente previo de infarto del miocardio o angina, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión arterial y el tabaquismo. Dentro de los factores de riesgo en segundo término, pero no menos importantes, tenemos a los antecedentes familiares, la dislipidemia, la obesidad y el sedentarismo.

En resumen, en el paciente adulto mayor la presentación de la enfermedad isquémica del corazón puede ser atípica y no sólo presentarse con el clásico dolor agudo del pecho por lo que ante la duda deberemos acudir al servicio de urgencias más cercano en donde se nos valorará desde el punto de vista clínico, de laboratorio y gabinete pues es importantísimo los primeros minutos y horas de un infarto del corazón para así poder establecer un tratamiento oportuno incluyendo el manejo en la unidad de cuidados coronarios o de la terapia intensiva y así poder disminuir el riesgo de complicaciones serias incluyendo nuestra propia muerte. (2)

La correcta atención geriátrica se basa en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la valoración geriátrica integral y la atención del anciano, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar. (12)

5.1- EL PROCESO DE ENFERMERÍA

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. (19)

REFERENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El término proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1995. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorotty Jonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestina Wiedenbach (1963) introdujeron un Modelo de Proceso de Enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el Proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1967, la Western Interstate Comisión Of. Higher Educación (WICHE) y la Catholic University of América, estudiaron El Proceso de Enfermería y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación el profesorado de la Catholic University of América dividió El Proceso de Enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, interpretación, actuación y evaluación.

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un Proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. Además, educadores de Enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el Modelo de Proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería cada dos años. También en 1973, la América Nurses Association (ANA) publicó los Standards of

Nursing Practice, en los que se describe el Modelo de Proceso de Enfermería de cinco pasos. En la publicación de 1980 A Social Statement (ANA, 1980), se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el Modelo de los cinco pasos, lo cuál convirtió a este Modelo en el patrón para la práctica de la Enfermería profesional. La revisión de los Standards of Clinical Nursing Practice de la ANA de 1991, continúa utilizando el Modelo de cinco pasos. (ANA, 1991).

DEFINICIÓN

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. (18)

Yura y Wals (1988) afirman que “el proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la Enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si éste estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que éste bienestar no se pueda conseguir el Proceso de Enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”. (19)

OBJETIVO

Proporcionar un sistema dentro del cuál se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. (20)

ORGANIZACIÓN

Se organiza en cinco fases:

Valoración

Diagnóstico

Planificación

Ejecución

Evaluación.

Beneficios del proceso enfermero

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

Ayuda a que:

Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.

Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados. (19)

El proceso enfermero:

Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.

Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas).

Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

-Intencionado: Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.

-Sistemático: Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.

-Dinámico: Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de las relación entre profesional de enfermería y cliente.

-Interactivo: Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.

-Flexible: 1) Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; 2) Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

-Base Teórica: Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería. (18)

DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO MÉDICO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Describe una respuesta humana a los problemas de salud.

Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.

Es tratado por la Enfermera en el entorno de la práctica de Enfermería.

La mayoría de las veces tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención.

Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Describe una situación patológica de Enfermedad.

Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.

Es tratado por el Médico en el entorno de la práctica médica.

La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.

Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

ETAPA UNO: VALORACIÓN

La valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos y documentación.

I. RECOGIDA DE DATOS

El profesional de enfermería recopila los datos de salud.

Criterios de determinación

La prioridad de la recogida de datos está determinada por la situación o necesidades inmediatas del cliente. Los datos pertinentes se reúnen utilizando técnicas de valoración adecuadas. En la recopilación de datos intervienen el cliente, seres queridos y prestadores de atención sanitaria cuando se considere oportuno. El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo. Los datos importantes se documentan en forma recuperable.

Tipos y fuentes de datos

Tipos de datos

Subjetivos. La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.

Objetivos. Información susceptible de ser observada y medida.

Históricos. Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.

Actuales. Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento.

Fuentes de datos

Primarias. Información obtenida directamente del cliente.

Secundarias. Información sobre un cliente obtenida de otras personas, documentos o registros.

Prioridad en la recogida de datos.

JERARQUÍA DE MASLOW

JERARQUÍA DE KALISH

Métodos de recogida de datos.

ENTREVISTA

OBSERVACIÓN

EXPLORACIÓN FÍSICA. (21)

II. DOCUMENTACIÓN

Objetivos de la documentación:

- favorece la comunicación.
- facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente.
- proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia.
- forma un registro legal permanente.
- fuente de datos para la investigación.

Directrices para la documentación.

- Escriba las anotaciones de forma objetiva, sin sesgos, juicios de valor ni opiniones personales.
- Incluya información importante compartida con usted por el cliente o la familia.
- Documente información suficiente para apoyar sus interpretaciones del aspecto y conducta del cliente.
- Evite generalizaciones, incluyendo términos globales como bueno, regular, habitual, normal.
- Describa los hallazgos de la forma más completa posible, incluyendo características definitorias como tamaño y forma.
- Documente los datos de forma clara y concisa, evitando información superflua y frases largas y prolijas.
- Escriba las anotaciones a mano o a máquina de forma legible y en tinta indeleble.
- No manipule el registro clínico.
- Las anotaciones deben ser correctas gramatical y ortográficamente.
- Sea meticuloso en la documentación de la información que ha comunicado a un médico.
- Cuando un cliente no coopera o decide no seguir el régimen de tratamiento recomendado, proporcione descripciones completas. (22)

ETAPA DOS: EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Definiciones relacionadas con el diagnóstico

Diagnosticar: emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico: es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

Además de referirse al segundo paso del proceso enfermero, la palabra diagnóstico puede significar dos cosas: 1) el proceso de analizar los datos y unir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se adquiere mediante la educación, la práctica, la experiencia y la aplicación de los principios del pensamiento crítico), o 2) el resultado diagnóstico.

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

Diagnóstico definitivo: el diagnóstico más específico y correcto.

Diagnóstico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Procesos vitales: acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona (p. ej., crecer, madurar, tener hijos, etc.).

Diagnóstico médico: problema de salud que requiere el diagnóstico definitivo de un médico capacitado. Normalmente los diagnósticos médicos se refieren a problemas con órganos o sistemas (enfermedad, traumatismo) y no siempre requiere de cuidados enfermeros. (19)

Dominio enfermero: acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

Dominio médico: actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

Intervenciones definitivas: el tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

Resultado: efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones, es decir, la prevención, resolución o manejo del problema. (23)

Factor relacionado: algo que se sabe que está asociado a un problema de salud específico.

Factor de riesgo: algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico. (24)

Diagnóstico de riesgo (potencial): problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas.

Diagnóstico de salud: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor. (25)

ETAPAS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

El Proceso Diagnóstico, la segunda fase del Proceso de Enfermería, es una función intelectual compleja. Esta fase tiene cuatro etapas:

1. PROCESAMIENTO DE DATOS

-clasificación: mientras evalúa a un cliente, el profesional de enfermería acumula un gran volumen de datos. Es posible que el profesional de enfermería encuentre grandes dificultades para manejar este volumen total. La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas. Algunos ejemplos son los sistemas corporales, los patrones de salud funcional, los datos históricos y los síntomas importantes.

-Interpretación: consiste en la identificación de datos importantes, en la comparación con patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias.

-Validación: en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

-Validación con el cliente o con sus seres queridos

-Validación con otros profesionales

-Validación con fuentes de referencia.

Errores en el proceso diagnóstico.

- Datos incorrectos o incompletos.

-Problemas de comunicación.

-Barrera lingüística.

-Argot o jerga.

-Preguntas sesgadas.

-Ocultación de información.

-Distracciones.

-Interpretación errónea de los datos.

-Utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras.

-Permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.

- Falta de conocimiento clínico o de experiencia.

-Que no se reúnan datos fundamentales.

Que se agrupen indicios de forma incorrecta.

-Que se interpreten los indicios de forma incorrecta. (19)

2. REDACCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

I enunciado: la respuesta humana, identifica la forma en que el cliente responde a un estado de salud o de enfermedad. Esta cláusula indica las necesidades que deben cambiar en un cliente en particular gracias a las intervenciones de enfermería.

II enunciado: factores relacionados o de riesgo (etiología), con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el cliente, el profesional de enfermería debe saber porqué está sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueden ser la causa de la respuesta observada en el cliente o que contribuyen a ella; factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Los factores relacionados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de respuestas humanas. También sugieren intervenciones de enfermería específicas que evitarán, corregirán o aliviarán la respuesta.

DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.

Usar relacionado con en lugar de "debido a" o "causado por" para conectar los dos enunciados del diagnóstico.

Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.

Redactar los diagnósticos sin juicios de valor.

Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.

Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.

Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.

No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.

Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa. (18)

3. VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Antes de plasmar el diagnóstico en un papel, es útil confirmar su exactitud.

4. DOCUMENTACIÓN

Después de desarrollar y confirmar la exposición del diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería lo documentará en el registro clínico de l cliente. (19)

ETAPA TRES: PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o

corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

@ Establecimiento de Prioridades

Kalish

Maslow

@ Elaboración de Objetivos

@ Desarrollo de Intervenciones de Enfermería

@ Documentación del Plan. (18)

ETAPA CUATRO: EJECUCIÓN

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Preparación

Intervención

Documentación

Etapa 1: Preparación

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

- Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido. Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias. Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.

- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente.

- Proporcionar los recursos necesarios en el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.

- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro.

Bienestar. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Entre las preocupaciones físicas se encuentran el entorno inmediato, intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura. (26)

Etapas 2: Intervención

Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás. Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C., el acicalamiento, el vestido la alimentación y la deambulación son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atención de enfermería porque existe algún problema que interfiere con su capacidad de cuidar de sí mismos.

Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestación de los cuidados de enfermería. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atención del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.

Educación. El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.

Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Etapa 3: Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. (18)

ETAPA CINCO: EVALUACIÓN

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el cliente.

Criterios de determinación

La evaluación es sistemática y continuada.

Las respuestas del cliente a las actuaciones se documentan.

Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.

Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.

Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.

El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando esté indicado.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados? Tras la obtención de los datos, compare el estado de salud actual del cliente con los objetivos identificados en el plan de cuidados.

En ocasiones no se consigue el objetivo, por que el diagnóstico de enfermería o las actuaciones no eran adecuados. El objetivo que se definió con el cliente puede no ser ya aplicable para las necesidades del cliente. En ocasiones, los cambios en las circunstancias o el estado del cliente invalidan el objetivo y exigen un cambio en el plan de cuidados. (21)

Ejecución. En esta fase, se ejecutan los cambios después de una meticulosa preparación, planificación y comunicación.

Evaluación. En esta fase, como el Proceso de Enfermería, consiste en determinar la eficacia del cambio. Se reúnen más datos y se comparan con los datos de valoración para determinar si se ha producido mejoría. (19)

5.2- MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

BIOGRAFÍA

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo. (25)

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del "Textbook of de Principles and Practice of Nursings" de Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto "Nursing Studies Index" auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto "Basic Principles of Nursing Care" fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

Su libro "The Nature of Nursing" se publicó en 1966 y en el define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, "Reflexiones 25 años después". En 1978 publica la 6ª edición de "The Principles and Practice of Nursing". En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados

honorarios y el primer "Christiane Reimann Award". En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Virginia Henderson en su libro "Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería", nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias.

Utiliza pues un razonamiento retroductivo. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de "MASLOW".

(26)

En esta obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía hacer que sea lo más pacífica posible y contribuir de manera que ayude a ganar la independencia en la mayor brevedad posible. También señala como función, el ayudar al enfermo a seguir de la forma más adecuada los tratamientos prescritos por el médico.

En cuanto al rol profesional establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua.

Esta definición introduce nuevos conceptos y una forma diferente de actuación, ya que hasta entonces la función de la enfermera era meramente de asistencia a la enfermedad y auxiliar del médico.

En cuanto al concepto de salud no expresa una definición propia ni clara, pero se vislumbra a través del texto que equipara salud con independencia. Es la habilidad de la persona para realizar sin ayuda las

14 necesidades básicas, y hace referencia a salud positiva, refiriéndose a la prevención.

En este punto también aporta nuevos conceptos ya que, al haber necesidades no solo fisiológicas, sino de tipo psíquico y social, y al considerar estas necesidades no como una carencia, sino como algo fundamental para la persona, está definiendo salud no ya como la ausencia de enfermedad como se la relacionaba hasta entonces, sino como el grado de vigor físico y mental para poder realizar actividades de forma independiente. (27)

Tampoco hace una definición concreta en cuanto al entorno, pero hace referencia a condiciones tanto externas como internas. Cuando habla de la comprensión de la enfermera matiza estados anímicos de la persona, entorno social y cultural, motivaciones distintas entre personas o simplemente entre determinadas edades y cuando enumera las 14 necesidades hace referencia a las condiciones geográficas de cada país, a la importancia de la familia y a la integración en la sociedad. (25)

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O "SENSACIONES"

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas.

La enfermera tiene una función docente. (28)

Hay unas afirmaciones teóricas como:

ENFERMERA PACIENTE

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”.

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

ENFERMERA MÉDICO

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

ENFERMERA SUSTITUTO

ENFERMERA COMO AYUDA

ENFERMERA COMPAÑERA

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaces de idear junto con ella su propio plan de cuidados. (23)

Persona (paciente): consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

Enfermería: Henderson definió a la enfermería en términos funcionales. Afirmó: “la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste

podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

Salud: no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental-física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Entorno: no dio su propia definición de ese término. Por el contrario, utilizó la definición del Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. (19)

5.3.- GENERALIDADES DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

La Gerontología es la ciencia que se encarga del estudio del fenómeno global de la vejez desde todos los ángulos y la Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades agudas y crónicas, así como de su recuperación funcional y reinserción dentro de la comunidad. Geron, Geronto: anciano. Geras: vejez.

Es decir que la Gerontología como un todo se encarga de develar los secretos del proceso de envejecimiento, las teorías al respecto, los cambios sociales y psicológicos así como los legales, administrativos y económicos de las personas de la tercera edad. La Geriatria, a su vez, está enfocada a promover y restablecer la salud tanto en los mayores de 60 años de edad que es el inicio de la vejez según la Organización Mundial de la Salud pero también a promover todos los cuidados preventivos en toda la población para así llegar a ser un anciano con una buena calidad de vida global que le permita disfrutar el resto de los días. (5)

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- OXIGENACIÓN

Presenta una respiración en frecuencia y calidad dentro de parámetros normales, sin ruido a la auscultación, sin secreciones ni dolor al respirar, sin embargo presenta episodios de tos y ansiedad cuando se observa sola, y se le pasa al tomar agua y en ocasiones hasta que respira profundo.

T-A 110-60 mmHg, FC 66 por minuto y FR 18 por minuto.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 41 kg, talla: 1.42 cm.

Cotidianamente ingiere solo alimentos líquidos o en papillas a base de verduras como zanahoria, chayote, brócoli, papas, así como carne de pollo y frutas cocidas; refiere que en ocasiones su alimentación es baja en cantidad, ya que desde hace 8 años no usa su placa dental debido a que presentaba dolor y sangrado en encías, refiriendo que solo se le proporcionan este tipo de alimentos y que se le insiste, ya que duerme casi todo el día, da tres comidas diarias.

3.- ELIMINACIÓN

Normalmente defeca una vez al día de consistencia blanda de color café claro, orina 4 a 5 veces al día amarillo claro, tiene incontinencia

urinaria y fecal, usa pañal durante la noche y el día, en ocasiones presenta diarrea con algunos alimentos como yogurt y atún.

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Se encuentra alerta, expresiva y sonriente. Se le ayuda a caminar ya que le es difícil mantenerse parada o andar sola, la mayor parte del día permanece recostada o sentada, aunque muchas veces intenta movilizarse ella sola representando riesgo de caídas.

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Durante la noche duerme dos horas por episodios aproximadamente de 30 minutos y en el día por la mañana despierta a las 7:00 am, desayuna a las 8:30 am y duerme hasta las 14:00 hrs, el resto de la tarde solo duerme ocasionalmente.

Ella refiere no presentar cansancio por la mañana ni durante el día, se le dá diacepam un cuarto de pastilla cuando dura mas de tres noches sin dormir

6.- VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente no es capaz de vestirse por si misma, ya que tiene limitado el esfuerzo en brazo izquierdo, por lo que se le ayuda. Se realiza su cambio de ropa diario.

Es alérgica al algodón y alimentos como el atún y yogurt, le gusta estar siempre bien vestida y de acuerdo a la ocasión.

7.- TERMORREGULACIÓN

Mantiene una temperatura en los límites normales. Diariamente se le abriga, correspondiendo a los diferentes cambios de clima.

8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Se le baña cada semana, ya que por sus hábitos anteriores no acepta con más continuidad. Su piel es seca, su cabello se ve deshidratado y con poca presencia de canas.

Presenta lesiones en la piel, propiamente en las nalgas y región dorsal, debidas al uso de pañal.

9.- EVITAR LOS PELIGROS

Mercedes tiene 98 años, se encuentra orientada en espacio solamente. Reconoce a las personas que le son significativas y con las que convive cotidianamente.

Se le observa positiva y alegre.

10.- COMUNICARSE

Su lenguaje es coherente y organizado. Desde que murió su esposo hace 9 años, vivía con su hijo menor, posterior se mudo con su hija menor que tiene 8 hijos de los cuales solamente se encuentra una de sus hijas en casa. Es visitada por sus hijos aunque no con continuidad.

Aun con sus limitaciones es capaz de sostener una conversación, después de un rato se queda dormida.

11.- CREENCIAS Y VALORES

Es católica y refiere siempre ha tratado de llevarla a cabo todos los días de su vida. Va a misa una vez al mes.

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE

Mercedes sabe leer y escribir, tuvo estudios hasta tercer grado de primaria, se dedicaba al hogar solamente. Siempre le gustó mucho la lectura de novelas, su autor favorito es Herman Hesse. Actualmente lee sin necesidad de anteojos pero sólo letras de tamaño grande.

13.- JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Su familia la lleva a misa cada ocho días, y en todas las reuniones familiares es invitada y a todas asiste. Por lo regular después de misa visita a alguno de sus hijos.

14.- APRENDER

Su estado de salud siempre ha sido estable, y actualmente solamente pregunta o muestra interés por conocer el medicamento que se le da cuando ocasionalmente le da diarrea, o cuando por las noches se le da diacepam.

Necesidad: comunicación.

DIAGNOSTICO1: Ansiedad relacionada con miedo a la soledad manifestado por fascies de temor y episodios de tos.

OBJETIVO: Mercedes disminuirá los síntomas físicos de su temor identificando personas significativas que están cerca de ella.

Marzo 12 a abril 12

INTERVENCION:

- Ayudar a la usuaria a que identifique las manifestaciones de ansiedad y sus fuentes.
- Describir conjuntamente con la usuaria los acontecimientos que preceden las causas y dejar que se exprese.
- Orientar a la familia para que se evite en la medida de lo posible la situación que desencadena la ansiedad.
- Conversar con la usuaria y dejar que se exprese libremente hasta que ella misma identifique la causa de la ansiedad.
- Explicar a su hija que una manera de llamar la atención es la necesidad que tiene de sentirse acompañada y que en la medida de lo posible se turne con su hija y yerno para que Mercedes no se quede sola.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación, puede ayudar al cliente a esclarecer y expresar verbalmente sus temores.

- La investigación ha demostrado que si los miembros de la familia se involucran en los cuidados, la cooperación del cliente y la adaptación aumentan.
- Ayudar al cliente a comprender su ansiedad y las fuentes de la misma, proporcionan una oportunidad de actuar sobre ella.

EJECUCIÓN:

Al conversar con Mercedes respecto del tema, no asumió temor alguno, incluso refirió "estar preparada para cuando le llegue la hora", sin embargo dijo que no le gustaba que la dejaran sola, por que estar acompañada le brinda seguridad al querer movilizarse.

Con respecto a la familia se turnan para no dejarla sola, incluso cuando duerme durante el día procuran revisar continuamente si sigue durmiendo. Y al realizar su hija labores domésticas la lleva a la cocina o al patio, donde pueda estar viéndola.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió ya que Mercedes disminuyó los episodios de tos y la familia aumento la estancia con ella. Todo esto se logró en un mes. Al principio les fué difícil acostumbrarse a estar todo el tiempo pendientes de ella.

Necesidad: Alimentarse e hidratarse.

DIAGNOSTICO 2.- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la falta de dentadura manifestado por ingesta insuficiente en cantidad.

OBJETIVO: La usuaria adecuará la ingesta calórica y nutritiva a sus necesidades metabólicas.

Marzo 18 – abril 30

INTERVENCION:

- Conjuntamente con su familia se identificaran los factores que le impiden el aporte de nutrientes en cantidad y calidad suficientes para sus requerimientos corporales.
- Establecer conjuntamente con la familia una dieta que cubra con dichas necesidades, así como la óptima presentación para que pueda ser consumida por la usuaria.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- En general los ancianos necesitan el mismo tipo de dieta equilibrada que cualquier otro grupo de edad, pero con menos calorías.
- Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos.
- En ésta etapa son muchos los factores que pueden dificultar la obtención o la ingestión de alimentos.

EJECUCIÓN:

Conjuntamente con su hija se elaboró una lista de alimentos que se le pueden dar y que no incluía (avena, licuado de frutas, carnes rojas, pescado, hojas verdes, atoles, otros), en puré y licuados de manera que pudiera comerlos, además se le implementaron otros productos que en la mayoría de las ocasiones tolera como el yakult y el danonino, los cuales aceptó con agrado. A pesar de lo anterior la cantidad de alimentos que toma es poca, sin embargo se le insiste.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió en gran medida ya que se le añadieron a la dieta alimentos con aporte nutritivo. Fue difícil encontrar alimentos nutritivos

que le agradaran o que no le causaran diarrea. Se estuvo trabajando con éstas intervenciones un mes con 12 días.

Necesidad: Moverse y mantener buena postura

DIAGNOSTICO 3.- Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y resistencia manifestado por apoyo para movilizarse.

OBJETIVO: La usuaria identificará las actividades que puede realizar independientemente y las que no a fin de que se sienta segura y evitar cualquier riesgo.

Mayo 2 - mayo 18.

INTERVENCION:

- Conversar con la usuaria y dejar que se exprese libremente sobre las actividades que realiza y las que ameritan que se le ayude.
- Orientarle sobre los riesgos a los que esta expuesta al querer realizar actividades por ella misma.
- Conversar con la familia y dejar que se expresen con relación a como manejan la movilización de la usuaria.
- Dar a la familia una charla sobre manejo y prevención de accidentes a fin de que estén orientados en caso necesario.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- El envejecimiento de las articulaciones y el tejido conectivo ocasiona un deterioro de los movimientos de flexión y extensión, disminuye la flexibilidad y reduce la amortiguación que protege a las articulaciones.

- Las ayudas para la marcha deben utilizarse del modo correcto y seguro para garantizar su eficacia y prevenir las lesiones.
- La movilización pasiva mejora la movilidad articular y la circulación.

EJECUCIÓN:

Al conversar con la usuaria se le observó la necesidad de realizar sus actividades por ella misma. Durante la charla con los miembros de la familia aceptaron que les hacía falta conocer medidas preventivas dado que Mercedes tiene 5 años viviendo allí y por confiarse se había caído 2 veces, sin secuelas afortunadamente. Se les dió la charla "Prevención de accidentes", mediante un rotafolio que contenía la información necesaria y recortes de revistas mostrando la comparación entre prevención y el descuido. Además contenía un espacio en el que se mostraba que hacer en una caída y a quienes acudir y se anotaron los números de emergencia.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió en un tiempo menor a veinte días. Aquí hubo muchas preguntas y propuestas de la familia por tener más cuidado con Mercedes a fin de no tener nuevamente una mala experiencia.

Necesidad: Descanso y sueño

DIAGNOSTICO4.- Alteración del patrón del sueño relacionado con cambios propios de la edad manifestado por signos físicos de cansancio y referencias verbales de la familiar.

OBJETIVO: La usuaria aumentará las horas de sueño nocturno de manera paulatina de modo que disminuyan los signos de cansancio.

INTEVENCIÓN:

- Conversar con la usuaria para que exprese las causas de su falta de sueño.
- Establecer conjuntamente con la familia para que disminuya sus horas de sueño diurno y así aumente su necesidad de dormir por la noche.
- Orientar a la familia sobre el medicamento indicado por el médico (diacepam .25 mg. Vía oral), así como sus efectos colaterales.
- Con la familia se propondrá que se le distraiga en otras actividades para que no duerma y disminuir el número de horas que comúnmente duerme en el día.
- Se le orientará para que utilice técnicas de relajación como infusiones calientes antes de acostarla.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- La investigación ha observado que la eficiencia del sueño disminuye con la edad, de modo que se necesita más tiempo para conseguir un sueño reparador. También se acorta el tiempo de sueño (p. ejemplo: 6 horas a los 70 años) y se produce una disminución en fases 3, 4 y REM del sueño.
- Las pastillas para dormir no son eficaces al cabo de un mes y alteran la calidad del sueño y el funcionamiento durante el día.
- Los ancianos son más sensibles a los hipnóticos y a los medicamentos para dormir y experimentan más efectos secundarios.

EJECUCIÓN:

Mercedes sólo expresó que no le daba sueño en las noches y se quedaba pensando y tratando de recordar su vida y a sus demás hijos, sin conseguir mucho refiere. Se implementaron actividades que pudiera realizar como enredar bolitas de hilo, quitarle la hoja a los tomates, leer, conversar, sin embargo se quedaba dormida al poco rato. Se le explicó a su hija el uso correcto del diacepam, dosis y efectos.

EVALUACIÓN:

El objetivo no se cumplió ya que Mercedes continua durmiendo el mismo periodo de tiempo por las noches, sólo cuando se le dá diacepam consigue dormir toda la noche. Estas intervenciones se trabajaron durante un mes.

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura

DIAGNOSTICO 5.- Déficit de auto cuidado personal – baño –vestido - relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para vestirse sola.

OBJETIVO: La familia mostrará habilidades necesarias para las actividades de ayuda o suplencia.

Mayo 24 – junio 20

INTERVENCIÓN:

- Determinar con la familia la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades necesarias para vestirse, desnudarse y realizar su arreglo personal.
- Orientar a la familia para que le proporcione un ambiente óptimo, íntimo al ayudarle a realizar dichas actividades.

- Conversar con la usuaria sobre sus sentimientos al necesitar ayuda para realizar dichas actividades.
- Estimular a la familia para que al momento de ayudarla sea de la manera más respetuosa, con cuidado y con ropa adecuada a su edad y de fácil manejo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia y un auto concepto bajo, aumenta la dependencia para el cuidado personal, se baja la autoestima.
- El acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar psicológico y aumenta la autoestima.

EJECUCIÓN:

Al conversar con Mercedes refirió que en ocasiones se siente como un estorbo al requerir de tanta ayuda por parte de la familia. Su hija dice que desde que llegó a vivir allí, se le apoya en todas las actividades que requiere tratando de buscar siempre el bienestar para ella. Se observó además que cuando requiere de una atención de éste tipo procuran hacerlo de la manera más cuidadosa y con respeto.

EVALUACIÓN:

Para el logro de éste objetivo no hubo complicaciones ya que tanto Mercedes como la familia son concientes del apoyo que se le dá. Las intervenciones se llevaron poco menos de un mes.

Necesidad: Eliminación

DIAGNOSTICO 6.- Incontinencia fecal y urinaria relacionada con pérdida del control del esfínter rectal manifestado por eliminación involuntaria de heces.

OBJETIVO:

1. La usuaria expresará sus sentimientos de acuerdo a la necesidad.
2. La familia identificará las causas de la incontinencia fecal, así como el proceso de micción y los factores relacionados a la incontinencia funcional.
3. La familia incorporará habilidades en el cuidado de la piel y medidas higiénico preventivas.

Junio 18 – julio 18

INTERVENCIÓN:

- Conversar con Mercedes y dejar que se exprese libremente.
- Dejar que la usuaria exprese sus sentimientos sobre a la utilización de pañal.
- Orientar a la familia sobre los cuidados higiénicos que debe tener tras cada evacuación.
- Se orientará a la familia para que identifique en la forma en que la usuaria exprese su necesidad, ya sea con sus fascies o verbalmente.
- Aconsejar que tras cada evacuación se le realice higiene de la región perianal y nalgas con agua y jabón.
- Orientar de asegurarse del mantenimiento de una nutrición e hidratación adecuadas.
- Se orientará a la familia sobre los factores que en su caso contribuyen a la incontinencia funcional y las repercusiones en la vida diaria.

- Vigilar la ingesta de líquidos y de las micciones para asegurarse de que no exista un balance adecuado de los mismos.
- Se orientará sobre el tipo de alimentos (diuréticos), alimentos ricos en fibra y residuos.
- Se le recomendará el uso de ropas fáciles de manejar.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- En los ancianos se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y pierde la capacidad de la micción completa.
- La sensación de plenitud rectal que produce la urgencia de defecar puede estar disminuida en el anciano.

EJECUCIÓN:

Mercedes refirió sentirse muy incómoda cuando tiene que defecar y orinar, y no se dá cuenta hásta que ya lo ha hecho, dice no sentir ningún preámbulo a tal necesidad. La familia tras cada evacuación realiza aseo con agua y jabón, lo que anterior no se le hacía. Y dependiendo de la evacuación se valorará la necesidad de hidratarla o cambiarle el tipo de alimentos.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró dando muy buenos resultados en el cuidado de la piel perianal. En un principio se notó que era difícil para la familia estar continuamente limpiando en el área, pero al paso de los días se fue notando la mejora de la misma lo que motivó continuar. Esto se logró en un mes.

Necesidad: Higiene y protección de la piel

DIAGNÓSTICO 8.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física manifestado por escaras en glúteos y región dorsal.

OBJETIVO:

1. Mercedes recuperará la integridad cutánea.
2. La familia identificará los factores causantes de las lesiones.
3. La familia demostrará la forma correcta de curar las lesiones y proteger la piel.

Julio 1 – agosto 22

INTERVENCIÓN:

- Se identificarán los factores que originan la aparición de lesiones (la falta de movilización, la posición prolongada y el uso de pañal).
- Se realizará la cura de las lesiones.
- Se orientará a la familia como mantener la piel limpia, seca e hidratada, así como favorecer la cicatrización.
- Explicar a la familia la importancia de la movilización y cambios de posición de la paciente, a fin de que disminuya la presión en los mismos.
- Al identificar los factores que originaron las lesiones se orientará a la familia sobre los cambios posturales, la necesidad de movilización, así como limpiar las lesiones con agua y jabón, secar sin tallar y aplicar crema con lanolina (vitacilina) y miel para su pronta cicatrización y prevenir la aparición de nuevas lesiones.
- Se orientará la importancia de mantener en todo momento la piel limpia, seca y bien hidratada, mediante una higiene corporal adecuada. Favorecer la cicatrización mediante una correcta

hidratación y una alimentación rica en proteínas, calorías y vitaminas, especialmente la C.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- La elastina que proporciona a la piel flexibilidad, elasticidad y resistencia a la tensión, disminuye con la edad. Se encuentra en los tejidos asociados al movimiento del cuerpo, como las paredes de los grandes vasos sanguíneos, el corazón, los pulmones y la piel.
- La disminución de la secreción del sebo y del número de glándulas sebáceas provoca que la piel del anciano esté seca y áspera, y que sea más propensa a sufrir fisuras y grietas. Las células son mayores y proliferan más lentamente, los fibroblastos son más escasos y la vascularización dérmica disminuye, todo esto contribuye a que la cicatrización sea más lenta.
- Los principios de la prevención de úlceras de decúbito abarcan reducir o alternar la presión soportada por las partes blandas. Si dicha presión supera a la presión intracapilar (aproximadamente 32 mmHg), la oclusión de los capilares y la hipoxia resultantes pueden dañar el tejido.
- El ejercicio y la movilidad aumentan el flujo de sangre a todas las zonas del cuerpo.
- La nutrición adecuada es fundamental para la cicatrización de las heridas, para prevenir infecciones, para preservar la función inmunitaria y para minimizar la pérdida de fuerza.

EJECUCIÓN:

Se le enseñó a la familia como curar las lesiones, se limpiaban dos veces al día con agua y jabón, se secaban y se aplicaba vitacilina una vez y miel la otra vez, lo que resultó al cabo de dos semanas, ya que no eran profundas lo que ayudó, también la movilización continua y durante el día se dejaban descubiertas las dos zonas donde se presentaban las lesiones.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró de una manera muy satisfactoria ya que todas las intervenciones se unieron y dieron resultados para todos, sobre todo para Mercedes. De igual manera no hubo complicaciones sino interés de parte de todos en aprender para mejorar localidad de vida de la abuelita. Esto se logró en poco menos de un mes.

VII.- CONCLUSIONES

Que concluyes del cuidado de la paciente

Conclusión de la aplicación del proceso

La vejez al igual que todas las etapas de la vida debe disfrutarse, y no debemos ver a nuestros ancianos como una carga que pesa mucho, ni cuidarlos con recelo sino todo lo contrario aprender de ellos como si estuviéramos leyendo un libro lleno de experiencias verdaderas y tratarlos como una joya hermosa y delicada que requiere de todos los cuidados que podamos darle para que siga brillando. Parece que se nos olvida que el día de mañana llegaremos a esa misma etapa de nuestra vida y quizás no tengamos tanta suerte como ellos.

VIII.- SUGERENCIAS

La falta de personal preparado en cuanto al tema de la Geriátrica hace más vulnerable a éste sector de la población, al igual que el hecho de que no existan instituciones suficientes para su atención, es por ello que como personal del área de la salud debemos promover dicha educación empezando en nuestros hogares y en las áreas en donde nos desarrollemos como profesionales, haciendo conciencia de la importancia de valorar a nuestros ancianos y proporcionarles una mejor calidad de vida.

IX.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ma. Isabel Díaz Domínguez, Manual de Enfermería, Editores Lexus, 2003.
- 2.- <http://www.terraes/personal/duenas/enveje.htm>.
- 3.- A.S STAAB. L.C. Aoges, Enfermería Gerontológico, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 2001.
- 4.- Dr. Victor F. Villa E. Manual de cuidados y auto cuidado del anciano, Ediciones Cuellar.
- 5.- Raquel Langarica Salazar, Gerontología y Geriatria, Editorial Interamericana.
- 6.- Roberth L. Kane. Joseph G. Ouslander, Geriatria Clinica, 4ta Edición, Editorial Mc Graw Hill.
- 7.- Mary Ann Forciea, MD. Secretos de la Geriatria, 2da Edición, Editorial Mc Graw Hill.
- 8.- Simón Brailousky, Rosalia Rodríguez G. Teoría sobre el envejecimiento, 5ta Edición, Editorial Mc Graw Hill, 2004.
- 9.- Dr. Víctor F. Villa Estévez y Colaboradores, Geriatria, valoración médica, Ediciones Cuellar, 2001.
- 10.- <http://www.eclac.org/celade/bobydes/envejecimiento00.htm>.
- 11.- <http://www.enfermeria.Uady.mx/sitioflash/introducci%F3n.htm>.
- 12.- I. Ruipérez Cantera J.J Baztan Cortés, El paciente anciano, Editorial Mc Graw Hill, Interamericana, 2001.
- 13.- J. Alfredo Martínez, Herlinda Madrigal, Alimentación y Salud Pública, 2da Edición, Editorial Mc Graw Hill, 2001.
- 14.- J. Morales, R. Rodríguez, J. Encinas, Geriatria, Editorial Mc Graw Hill, 2002.
- 15.- <http://www.Prodigyweb.net.mx/rolfi/page5.htm>.
- 16.- Dense C. Park, Norbert Shwar, Envejecimiento Cognitivo, 2da edición, Editorial Panamericana, 2002.
- 17.- <http://www.aibarra.org/Enfermeria-htm>.

- 18.- Alfaro. R. y Le Feure. R. Aplicación del Proceso de Enfermería, 5ta Edición, Nasson Barcelona.
- 19.- Antología por Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, 2004.
- 20.- Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ra Edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2002.
- 21.- <http://www.Enfermería, udea,edu,co/revista/sep99/proceso.htm>.
- 22.-J. Hernández Conesa. M.Esteban Alberth, Fundamentos de Enfermería, Teoría y método, Editorial Mc Graw Hill, 2001, España.
- 23.- Margory Gordon, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 1ra Edición, Editorial Mosby, 2002.
- 24.- Linda Hall Cardenito, Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la Práctica Clínica, 9na Edición, Editorial Mc Graw Hill, 2003.
- 25.- Janet W. Griffith, Paula J. Christensen, Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos, Editorial Manual Moderno, 2002.
- 26.- http://www.Monografías.com/trabajos/6/Virginia_Henderson/sntm.
- 27.- Definiciones y Clasificación, 2001-2002, Editorial Harcourt, 2001.
- 28.- Ann Martínez Tomey, Martha Raile All Igood, Modelos y Teorías en Enfermería, 5ta Edición, Editorial MMCC Mosby, 2003, España.

ANEXOS

VALORACIÓN POR NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración:

Frecuencia..... /min.

Calidad: normal superficial rápida otros

Ruidos a la auscultación: si no descripción/
localización.....

Tos: si no Secreciones: si no Dolor al respirar: si no

Tabaco: si no Lo dejó especificar
fecha.....

Consumo: < 1 paquete/ día 1-2 paquetes/ día > 2 paquetes/ día

Otras drogas: si no Tipo.....
Uso.....

¿Tiene alguna alergia respiratoria? si no . ¿De que
tipo?.....

T. A..... F. C..... Pulso: fuerte débil regular irregular

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso..... Talla.....

Ingesta habitual: desayuno comida merienda cena

Dieta especial: si no Tipo de
dieta.....

Ingesta de líquidos: < 1litro/ día 1-2 litros/ día > 2 litros/ día

Intolerancia a alimentos: si no
¿cuales?.....

Apetito: normal disminuido aumentado náuseas vómitos

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si no Kg. ganados/
perdidos.....

Problemas de:

Masticación: si no Usa prótesis dental

Deglución: si no Sólidos Líquidos Ambos

Digestión: si no Tipo: gases ardor pesadez dolores otros

Prótesis dental: si no Superior Inferior

¿La piel está hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si no

¿Come entre comidas? : Rara vez con frecuencia con mucha frecuencia

¿Necesita ayuda? : preparar la comida comer trocear los alimentos

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia.....

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Ostomía: si no Tipo..... auto cuidado: si no

Problemas de: hemorroides sangrados heces negras otros

Uso de laxantes o rutinas: si no Ayudas empleadas.....

Urinaria:

Frecuencia.....

Disuria Nicturia Hematuria Retención Incontinencia Pañal

Color: amarillo claro amarillo oscuro naranja rojo

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? : Si no

¿Cual?.....

Sonda vesical Fecha del último sondaje.....

Cutánea: sudoración cutánea: si no sudoración profusa: si no

Menstruación: regular irregular abundante dolorosa

Secreciones vaginales: aspecto..... ¿son abundantes? si no

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? si no

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: Adecuado Alerta Inexpresivo Hostil Inadecuado

Comportamiento motor: Inhibición Agitación Temblores Rigidez Incoordinación Inquietud Tics

Postura: erecto decaído

Modo de andar: normal acelerado tambaleante lento

Limitaciones físicas: temporales permanentes
¿cuales?.....

Aparatos de ayuda: ninguno bastón muletas andador otros
Vértigo: si no ¿Siente dolor o rigidez articular? si no

¿Hace ejercicio? si no Tipo..... ¿cuanto tiempo?.....

¿Practica algún deporte? si no
¿cual?.....

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno..... Otros descansos.....

Problemas de sueño:

Al inicio Interrumpido (nº de veces.....) Despertar temprano
Sueño excesivo Pesadillas (tipo.....)

Sensación después de dormir: descanso cansado confuso otros
Factores que alteran el sueño.....

Ayudas para favorecer el sueño: lectura baño fármacos
otros.....

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por sí misma? si no con limitaciones

Alergias a determinados tejidos
¿Cuales?.....

¿Que importancia da a su aspecto? poca bastante mucha

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si no

Otros datos de interés.....

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal hipotermia hipertermia
Tª.....

Sudoración cutánea: si no ¿Están fríos sus pies y/o manos? si no

¿Si fuese necesario sería capaz de mirarse usted mismo la Tª ? si no

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: Baño Ducha
frecuencia.....

Cepillado de dientes frecuencia.....

Autónomo Necesita ayuda: si no
especificar.....

Descuidado en: cabello dientes uñas Su piel es: seca grasa
¿Ha notado alguna lesión?(úlceras, eccema...)

Describalo.....

Sus cabellos: ¿son secos? ¿grasos? ¿se rompen con facilidad?

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? si no

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento Confuso Apático Hipervigilante Distráido
Fluctuante No responde a estímulos Sólo sigue instrucciones

Orientación Espacio- Tiempo- Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar.....

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala)
Especificar.....

Persona: (reconoce personas significativas...) Especificar.....

Alteraciones perceptivas:

Auditivas tipo..... Visuales tipo.....

Táctiles tipo..... Olfativas tipo.....

Localización de la percepción: Interna ʘ Externa ʘ

Auto descripción de sí mismo:

Alegre ʘ Triste ʘ Confiada ʘ Desconfiada ʘ Tímida ʘ Inquieta ʘ

Sobre valoración de logros ʘ Exageración de errores ʘ Infravaloración ʘ

Auto evaluación general y competencia personal: Positiva ʘ Negativa ʘ

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad ʘ Superioridad ʘ Culpabilidad ʘ Inutilidad ʘ Impotencia ʘ
Tristeza ʘ Ansiedad ʘ miedo ʘ Rabia ʘ Depresión ʘ Otros.....

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si ʘ no ʘ
cuales.....

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para
ella..... o para otros.....
Especificar.....

Precauciones: más vigilancia ʘ poner barandillas ʘ contención
mecánica ʘ

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado ʘ distorsionado ʘ

Descripción de la alteración.....

Curso del pensamiento:

Inhibido ʘ Acelerado ʘ Perseverancia ʘ Incoherencia ʘ desorganizado ʘ

Formas de expresión:

Claro ʘ Organizado ʘ Coherente ʘ Confuso ʘ Desorganizado ʘ
Incoherente ʘ Tartamudeos ʘ Autista ʘ

Humor:

Deprimido ʘ Eufórico ʘ Ansioso ʘ Triste ʘ Fluctuante ʘ Apático ʘ Otros ʘ

Lenguaje:

Velocidad: rápido ʘ lento ʘ paroxístico ʘ

Cantidad: abundante escaso lacónico verborreico
Tono y modulación: Alterado Tranquilo Hostil

Vive: solo acompañado Lugar que ocupa en la familia.
Rol.....

Personas más significativa..... Principal

Confidente.....

Personas con las que se relaciona a diario.....

Su relación es: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Tiempo que pasa sólo y por qué.....

Tiempo que pasa con amigos y compañeros.....

Sexualidad:

Última regla..... Anticoncepción: si no
método.....

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si no motivos.....
.....

Nº de embarazos..... Realiza auto examen: si no

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

¿Que es lo más importante para usted en la vida?.....

Religión: católico romana Protestante Judía Otra

Desea realizar prácticas religiosas: si no ¿Visita del capellán?: si
no

En caso de no poder tomar decisiones, ¿qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?.....

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si no

Si la respuesta es sí, explíquese.....

Problemas laborales
¿.....

Tiempo dedicado al trabajo..... Tiempo dedicado al ocio.....

Capacidad de decisión: si no Resolución de problemas: si no
Grado de incapacitación personal
atribuida.....

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? poco mucho suficiente
¿Cuál es su diversión preferida?.....

Pérdida de interés por las actividades recreativas: si no

Cambio en habilidades o funciones físicas/corporales.....

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente remota

Inteligencia general: adaptado al momento retraso en el desarrollo

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta Escucha Interés Desinterés Propone alternativas

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización?.....

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?.....

SUMARIO DE TÉRMINOS

1. **Amiloide:** amilo – amil: prefijo que significa “relativo al almidón”.
2. **Atrofia:** desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.
3. **Benzodiazepinas:** grupo de agentes psicotrópicos, entre los que se incluyen tranquilizantes e hipnóticos.
4. **Colágeno:** proteína formada por haces de fibras reticulares, que se combinan para formar las fibras inelásticas de los tendones, ligamentos y fascias. Puede transformarse en cartílago y tejido óseo por metaplasia.
5. **Endemia:** en relación a una enfermedad o un microorganismo propio de una zona geográfica o una población.
6. **Epidemia:** que afecta a un número significativamente grande de personas al mismo tiempo. Se aplica a la enfermedad que se transmite rápidamente en un segmento demográfico humano. Enfermedad transmisible que suele reproducirse periódicamente.

7. **Epidermis:** capa superficial avascular de la piel, constituida por una región externa, muerta, cornificada y otra más profunda, celular y viva.
8. **Esclerosis:** trastorno caracterizado por el endurecimiento de los tejidos debido a distintas causas como inflamación, depósito de sales minerales e infiltración en las fibras conjuntivas.
9. **Geriatría:** especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.
10. **Gerontología:** geron-geronto: prefijos que significan "perteneciente o relativo a la vejez o a los ancianos". Estudio del proceso de envejecimiento.
11. **Hipercapnia:** aumento de la cifra de dióxido de carbono sanguíneo por encima de lo normal.
12. **Hiperplasia:** aumento del número de células.
13. **Hipoxia:** tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigos y confusión mental.
14. **Isquemia:** disminución del aporte de sangre a un órgano o una zona del organismo.

15. **Melanoma:** tumor perteneciente a un grupo de neoplasias malignas que se presentan preferentemente en la piel, y que están compuestas por melanocitos.
16. **Metaplasia:** transformación de las células de tejidos normales en otras anormales, como respuesta a una tensión o lesión crónica.
17. **Necrosis:** muerte de una porción de tejido consecutiva a una enfermedad o lesión.
18. **ONU:** organización de las naciones unidas.
19. **Osificación:** desarrollo del hueso.
20. **Osteoartritis:** forma de artritis en la que una o más articulaciones sufren cambios degenerativos, que comprenden esclerosis ósea subcondral, pérdida del cartílago articular y proliferación del hueso y cartílago en la articulación con formación de osteofitos y posterior inflamación de la membrana sinovial de la articulación.
21. **Osteoporosis:** proceso caracterizado por rarefacción anormal del hueso que sucede con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas, en personas sedentarias o inmovilizadas y en enfermedades en tratamiento prolongado con corticoesteroides.
22. **Peristaltismo:** contracciones coordinadas, rítmicas y seriadas del músculo liso que fuerzan el desplazamiento de los alimentos a través del conducto digestivo, la bilis a través del conducto biliar y la orina a través de los uréteres.
23. **Radical:** grupo de átomos que interactúan entre sí y forman un componente de una sustancia.

24. **Vascularización:** proceso por el cuál se desarrollan capilares proliferantes en los tejidos orgánicos.