



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

**PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UN ADULTO MAYOR
CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA FERROPENICA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO:
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:
MARIA GUADALUPE BIRRUETA CAZAREZ**

**ASESORA:
M.S.E MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA**



MORELIA MICHOACAN OCTUBRE DE 2008

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PRESIDENTE

M.S.E. María Magdalena Lozano Zúñiga

VOCAL 1

L.E. Evangelina Chávez Carvajal

VOCAL 2

Ing. Ricardo Martínez Molina

SUPLENTE

Dr. José Luis Calderón

DIRECTIVOS

DIRECTORA

M.E.M Josefina Valenzuela Gandarilla

SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D María de Jesús Ruiz Resendiz

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

L.E.A Ana Celia Anguiano Moran

DEDICATORIA

A Dios por darme el maravilloso don de la vida y por permitirme estar en este mundo tan maravilloso en el cual me encuentro.

A mi mama y a mi papa QUE LOS AMO que gracias a ellos soy lo que soy el día de hoy, a ellos que siempre estuvieron apoyándome en cada paso de mi vida, a los seres más maravillosos que dios me dio como papas a esas personitas que siempre estuvieron trabajando arduamente para sacarme adelante mil gracias por todo lo que me dieron sin su apoyo y su amor ahora no estaría aquí.

A mis hermanos (Tere, Víctor, Leti, Rosy, Rafa, Jesús, Fernando, y Luis) que siempre estuvieron apoyándome en todo momento y que depositaron toda su confianza en mí que hoy quiero decirles que los quiero mucho que son los mejores hermanos del mundo y que si dios me permitiera elegir a otros hermanos los elegiría a ustedes.

A mis amigos que no los menciono porque son bastantes pero ellos ya saben cuáles son y decirles que fue lo mejor a verlos conocido y darles las gracias por todo el apoyo que me dieron siempre.

A ti Alejandro que siempre encontraste la palabra perfecta para animarme que siempre estuviste a mi lado en mis mejores momentos y aun en los peores gracias por todo T.Q.M

AGRADECIMIENTO

A mi preciosísima maestra Magda por sus enseñanzas que me brindo y por el apoyo que siempre medio Gracias maestra por todo la Quiero Mucho.

A todos mis maestro que marcaron una pauta en mi vida por lo largo de mis años escolares.

A mis papas nuevamente y que jamás dejare de agradecerles todo lo que hicieron por mí.

Y otra vez a ti papa dios que eres lo mejor y que nunca te alejaste ningún momento de mi vida.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVO.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
1. EPIDEMIOLOGIA.....	4
1.1 Perfil epidemiológico del adulto mayor en México	4
1.2 Demografía del envejecimiento.....	6
1.3 Morbilidad.....	8
1.4 Mortalidad.....	12
2. MARCO TEORICO.....	18
EL ADULTO MAYOR.....	18
2.1 Envejecimiento y conceptos.....	18
2.2 Teorías del envejecimiento.....	19
2.4 Tanatología.....	38
2.5 Asistencia geriátrica.....	40
2.6 Autoestima.....	40
2.7 Las necesidades y expectativas de la vejez.....	41
2.8 Calidad de vida	43
3. ANEMIA FERROPENICA.....	45
3.1 Definición.....	45
3.2 Etiología.....	45
3.3 Diagnostico diferencial	47
3.4 Causas, incidencia y factores de riesgo.....	48
3.5 Síntomas.....	49
3.6 Signos y exámenes.....	50
3.7 Tratamiento.....	50
3.8 Expectativas.....	52
3.9 Complicaciones	52

3.10 Prevención.....	52
3.11 Cuidados enfermería.....	53
4. FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON Y TEORIA DEL PROCESO ENFERMERIA.....	55
4.1 La primera teoría de enfermería.....	55
4.2 Teoría del proceso enfermería.....	62
5. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERIA.....	69
5.1 Caso clínico.....	69
5.2 Valoración por necesidades.....	70
5.3 Diagnósticos de enfermería.....	73
5.4 Plan de cuidados.....	74
6. CONCLUSIONES.....	86
7. REFENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
8. ANEXOS.....	90

INTRODUCCIÓN

La vejez juega en nuestra sociedad un papel importante ya que la población adulta va en un aumento cada día más, anualmente la cifra promedio es de 180 mil adultos mayores. El 80% de dicho aumento comenzara a partir del 2020.

La anemia ferropénica es un trastorno importante en las personas adultas mayores ya que su alimentación la descuidan por múltiples factores lo cual nos lleva a que esta sea más propensa en este grupo de edad. La anemia ferropénica es la anemia más frecuente en la población en general, y concretamente es muy frecuente en el anciano, siendo la última manifestación de un prolongado balance negativo de este metal que desempeña un papel esencial en el metabolismo energético celular, formando parte de muchas proteínas, entre ellas de la hemoglobina.

Hoy en día es un gran problema de salud y representa un gran riesgo en todos los grupos de edad sin importar raza, sexo, religión, o nivel económico. Es por esto, que enfermería como profesional del área de la salud trabaja en el primer nivel promoviendo y protegiendo la salud de tal manera que puede y debe detectar casos potenciales y atenderlos adecuadamente.

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.

Se realiza el presente trabajo, con la finalidad de coadyuvar a la mejora de una calidad de vida mejor en el adulto mayor.

En el trabajo que se presenta a continuación se aborda un caso de estudio de una paciente de 84 años de edad con anemia ferropénica, en la cual se llevo a

cabo la metodología de enfermería. Para fines de guardar el anonimato de la paciente se utilizo un seudónimo.

Los apartados de los que consta la el presente trabajo incluye: la justificación, que sustenta el trabajo elaborado, así como el objetivo general y los objetivos específicos, la metodología, el marco teorice conformado en tres apartados que abarcan la filosofía de Virginia Henderson, y el caso de estudio el cual abarca diagnósticos reales de respuestas humanas.

Por último, se encuentra un apartado de conclusiones, sugerencias, bibliografía, referencias así como un apartado de anexos.

La aplicación del proceso de enfermería en nuestra área, es una meta por la diversidad de factores que caracterizan la formación y practica de cuidado de enfermería.

OBJETIVO

Objetivo general:

Restablecer la salud del adulto mayor con anemia ferropénica para un mejor estilo de vida mediante el proceso enfermero y bajo el referente filosófico de Virginia Henderson.

Objetivos específicos:

- Valorar y priorizar cada una de las necesidades del paciente.
- Determinar los patrones de respuesta humana alterados y establecer los diagnósticos de enfermería.
- Adecuara la ingesta calórica y nutritiva a las necesidades metabólicas para una adecuada nutrición, (correcta absorción de nutrientes).
- Recupera la hidratación óptima en piel y mucosa así como aumentara cantidad de orina y disminuirá concentración.
- Aumentar las distancias de paseo demostrando una movilidad segura sin riesgo, para mantener su ritmo de actividad.
- podrá conciliar el sueño sin dificultad, con ambiente agradable y uso mediante técnicas de relajación.
- Favorecer todas las situaciones que promueven el intercambio social así como el contacto con familiares agradables para ella
- Aumentar la participación en el autocuidado realizando baño mínimo cada 3 días y lavado dental 2 veces al día, para lograr medidas higiénicas adecuadas.

1. EPIDEMIOLOGIA

1.1 Perfil epidemiológico del adulto mayor en México

El presente trabajo intenta presentar una imagen, a partir de la información disponible, sobre la situación de salud del anciano, imagen que, con todo, será inevitablemente incompleta considerando que se conforma por los datos de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte; los de morbilidad, que por una parte expresan demanda de consulta, pero que presentan mayores problemas de certeza diagnóstica, por una parte, y por otra, sólo señalan la patología que el médico o el paciente mismo consideraron como el principal motivo de consulta; la morbilidad y la mortalidad hospitalarias, que si bien pudieran mejorar en cuanto a precisión, enfrentan la limitante de ser una fracción de la frecuencia de la enfermedad en la población que, por agravarse, llevó al paciente a una institución de segundo o tercer nivel, suponiendo que tuvo acceso a tales servicios, y, además, el hecho de que se reporta como grupos de patologías y no por entidades particulares; y la información obtenida por encuesta, que puede presentar problemas de representatividad y de certeza en el diagnóstico. Finalmente, es necesario conocer otro tipo de indicadores como la funcionalidad, que expresa, entre otros aspectos, la capacidad de realizar determinadas actividades y de mantener autonomía o independencia para valerse por sí mismo.¹

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de Asistencia e Integración Social del DIF, Carlos Pérez López señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020. Según la OMS, las

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>

personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que Sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuatro por ciento; para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10 por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores; para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor. (INEGI, 2000) Marcia Morales, catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM señala que en la actualidad, con la ayuda de los avances de la ciencia médica, la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera considerable: en 1900 era de 37 años; en 1960 de 58; en 1995 de 69, y se espera que para el 2005 sea de entre 75 y 78 años. La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, de sus nietos, etc. Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años. Si le preguntamos a una persona de 65 ó 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la

vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc. Es por esto que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares y sociales y la de los mismos ancianos.²

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo. Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. Continuamente nos olvidamos precisamente de eso, que es otra etapa de vida, así es que debemos vivirla y respetarla como tal. En México nos olvidamos de esa parte de la población mayor de 65 años. Los censos poblacionales nos indican que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pensar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez somos menos jóvenes y más ancianos. Debemos enfrentar estas cifras y pensar en soluciones y aportaciones para esos años de vida a los que todos vamos a llegar.³

1.2 Demografía del envejecimiento

La demografía, como el estudio del comportamiento y distribución de la población, plantea el envejecimiento de esta como el proceso global de cambios demográficos, por el que se produce un aumento en la proporción de personas, mayores de 60-65 años con respecto al número total de habitantes.

² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>

³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>

Algunos factores determinantes el envejecimiento de una población:

- Disminución de la tasa de natalidad.
- Disminución de la tasa de mortalidad.
- Avances tecnológicos o científicos que ayudan a mantener o recuperar la salud.
- Factores ambientales como la nutrición, la higiene; los cuales mantienen y aumentan la calidad de vida.
- Influencia de movimientos migratorios con migración de personas jóvenes.

De igual manera existen algunos problemas que plantea el envejecimiento de la población como los relacionados a continuación:

- Déficit de las estructuras socioeconómicas.
- Aumento de la demanda de servicios sanitarios.
- Transformación del rol social de valores y sistema.
- Aumento de la demanda de forma de vida dependiente.

Este sector de la población, de acuerdo con los datos censales del año 2000, constituye alrededor del 5 % del total, con unos 7 millones de personas mayores de 65 años. Comparada con la información de los censos de 1970 y 1990, la pirámide poblacional se ha ido ensanchando en su vértice. El envejecimiento de la población muestra un componente de feminización.

Hacia 1920, la esperanza de vida en México era alrededor de 30 años, ya que enfermedades como la viruela, el paludismo, la tuberculosis, el sarampión, las diarreas y bronconeumonías cobraban una gran cantidad de víctimas a edades tempranas. Con la mejoría en las condiciones de vida y el avance científico y tecnológico, entre lo que destaca el empleo de vacunas, la introducción de agua potable y de sistemas de eliminación de excretas, y la mayor cobertura de servicios médicos, entre otros elementos, (a pesar del

acceso desigual), el promedio de vida ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2002, 78.2 años en la mujer, y 73.7 años en el hombre. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población plantean que se alcanzarán los 78.1 años (76.0 y 80.2) en 2010, 80.4 (78.4 y 82.3) en 2020 y, 83.7 años (82.0 para hombres y 85.5 para mujeres) en 2050.

La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores, entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad, en particular infantil, y una reducción en las tasas de fecundidad. Para la salud pública, el reto no es sólo prolongar la vida, sino que el individuo que llegue a viejo se encuentre y mantenga sano, es decir, no se trata únicamente de mejorar la cantidad sino la calidad de vida.⁴

1.3 Morbilidad.

Encuesta nacional de enfermedades crónicas

La encuesta realizada en 1993, fue de tipo probabilístico, e incluyó a sujetos de 20 a 69 años cumplidos, residentes en localidades urbanas del país, es decir, en aquéllas de más de 2500 habitantes. La muestra estuvo conformada por 15 474 personas, de las cuales, 689 tenían de 60 a 64 años, y 544, de 65 a 69, representando 8 % del total La encuesta realizada en 1993, fue de tipo probabilístico, e incluyó a sujetos de 20 a 69 años cumplidos, residentes en localidades urbanas del país, es decir, en aquéllas de más de 2500 habitantes. La muestra estuvo conformada por 15 474 personas, de las cuales, 689 tenían de 60 a 64 años, y 544, de 65 a 69, representando 8 % del total.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>

Para fines de la encuesta, el país quedó regionalizado en cuatro áreas:

- Zona metropolitana de la ciudad de México.
- Centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala.
- Norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.
- Sur: Campeche, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Sin intención de descalificar el gran trabajo que significó la realización de esta encuesta, debe llamarse la atención acerca del hecho de que algunos grupos no fueron incluidos, ya que así fue propuesta de inicio su ejecución. De esta manera, se desconoce la situación de las personas de 70 años y más, así como de la población que habita en localidades rurales. Por otra parte, el registro de la patología buscada dependió de que el entrevistado tuviera conocimiento de tenerla, y esto implica, entre otras cosas, que el sujeto hubiese sido ya diagnosticado por un médico, lo que traduce acceso (geográfico, económico y/o cultural) a algún tipo de servicio de salud, y que los casos, asintomáticos o no, que no hubieran sido detectados no se captaron.

Con estas consideraciones en mente, algunos de los resultados relevantes para la población que nos ocupa fueron los siguientes:

Diabetes mellitus

Mientras la prevalencia nacional fue de 6.7 %, en el grupo de 60 a 64 años alcanzó una cifra de 18.7 %, y en el de 65 a 69 años, de 24.4 %, siendo este 3 a 4 veces mayor que el promedio.

El valor más alto se observó en la zona norte (7.8%).

Hipertensión arterial

En este caso, la prevalencia nacional fue de 23.6 %, en tanto que para los grupos de edad de 60 a 64, y de 65 a 69 años, fue de 47.1 % y 54.0 %, respectivamente.

En las regiones norte y centro se encontró una cifra de 25.3 %.

Como puede apreciarse, las diferentes patologías o factores de riesgo estudiados tuvieron prevalencias superiores al promedio, en los grupos de edad que se analizan.

Como puede apreciarse, las diferentes patologías o factores de riesgo estudiados tuvieron prevalencias superiores al promedio, en los grupos de edad que se analizan. Finalmente, como encuesta, nos presenta información de lo que encontró en un momento dado, e irá perdiendo vigencia a medida que cambien las condiciones de riesgo asociadas.⁵

Morbilidad Principales causas de enfermedad

De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en el año 2000, las principales causas de enfermedad a nivel nacional (como casos reportados) en la población de 65 años y más, fueron las infecciones respiratorias agudas, que representaron 45.54 % del total de causas, con 925216 casos. Su frecuencia fue 3.56 a 1 vez mayor que la segunda causa reportada, que fueron las infecciones intestinales, que constituyeron 12.8 %. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus, constituyeron el 4.7 % y 2.8 % del total de causas, respectivamente.

Dada la naturaleza del sistema, fundamentalmente se notifican enfermedades transmitidas. A diferencia de la mortalidad, el panorama de la morbilidad reportada está conformado básicamente por procesos infecciosos, y las 6 causas que aparecen en el gráfico 2 agrupan al 85% del total de casos de enfermedad atendidos en el año.

⁵ CONAPO. Perspectiva demográfica de la tercera edad <http://www.conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm>



Desde el punto de vista de la morbilidad hospitalaria en el año 2000, los egresos del grupo de 65 años y más representaron 12.2% del total.

En función del capítulo de causa de dicha morbilidad, los principales grupos fueron las enfermedades del sistema circulatorio (18.29%), las del sistema digestivo (14.62%), las del sistema genitourinario (13.1%), las endócrinas, nutricionales y metabólicas (10.30%), y las del sistema respiratorio (10.20%). Estos cinco apartados aglutinaron al 66.5% del total de egresos hospitalarios del grupo de edad que nos ocupa.

Por lo que respecta a la mortalidad hospitalaria en el año 2000, 44.0% del total de defunciones correspondió a personas de 65 años y más, con 48 677 muertes. Por capítulos de causa, las más frecuentemente reportadas fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29.1%), las endócrinas, nutricionales y metabólicas (19.4%), las del sistema respiratorio (14.2%), las del sistema digestivo (11.5%), y los tumores malignos (11.2%). En conjunto representaron casi la mitad de las muertes arriba señaladas (48.9%).⁶

Discapacidad

Un componente importante relacionado con la atención del adulto mayor es la presencia de discapacidad.

⁶ CONAPO. Perspectiva demográfica de la tercera edad <http://www.conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm>

Los datos mostrados a continuación nos señalan una asociación con la edad avanzada. Mientras que para el total de la población el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor de 2, 40 % de ellas se concentra en el grupo de 60 años y más, y la mitad de estas, en el grupo de 70 años y más.

Por lo que respecta a las discapacidades auditivas, más de la mitad se encuentran en la población de 60 años en adelante, pero 40 % del total se registran en el grupo de 70 años y más.

En cuanto a las discapacidades visuales y motoras, casi la mitad de los casos se registran en la población de 60 años y más, y alrededor de la tercera parte, en el grupo de 70 años en adelante.

1.4 Mortalidad

Desde el punto de vista porcentual, en 1900, el total de muertes en la población de 65 años y más, representaba 8.3 % del total de defunciones en el país, para 1980 alcanzaba 31.3 %, (es decir, cerca de la tercera parte), y para el año 2000 alcanzó 49.69%.

En su distribución por sexo, la mortalidad en ese último año, mostraba los siguientes elementos: el 55.7 % del total de defunciones en el país ocurrió en varones, para dar lugar a un índice de sobremortalidad masculina de 126.0. En el grupo de 65 años y más, 49.1 % de la muertes ocurrieron en hombres y 50.8 % en mujeres, sin embargo, al analizar lo sucedido por grupos quinquenales, se observa que la fracción correspondiente al sexo masculino fue de 53.7 % en el grupo de 65 a 69 años; 54.1 % en el de 70 a 74; 52.4 % en el de 75 a 79; 48.4 % en el de 80 a 84; y 42.9 % en el de 85 y más años. Lo anterior, pues, se refleja en los datos mencionados de la esperanza de vida por sexo, que apuntan hacia una "feminización" de la vejez.

Otro aspecto de los cambios ocurridos en la mortalidad por grupos de edad es el siguiente: la tasa de mortalidad infantil a principio de siglo era 2.4 veces mayor que la del grupo de 65 años y más; en la década de los años 70 la

relación se igualó; en 1980 la relación ya se había invertido, pues fue de 1.4 a 1 a favor del grupo de mayor edad; y para el año 2000, esta relación fue de 3.3 a 1 veces mayor que la tasa de menores de un año de edad.

Un indicador importante que nos acerca al tipo de problemas de salud más frecuentes en una población lo constituye la mortalidad. Tiene las limitantes de reflejar sólo la patología que puede conducir a la muerte, y por otra, de la calidad del registro.

Con respecto a la mortalidad específica por causas, el cuadro 1 presenta la situación registrada en el año que se analiza.

Como puede observarse, las primeras cuatro causas de muerte en este grupo de edad: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, representaron 42.7% del total de defunciones.

Más de la mitad de las defunciones causadas por las primeras 10 causas fueron de tipo crónico, no transmisible, pero dentro de las primeras 20 causas, solamente las infecciones respiratorias e intestinales agudas, los problemas nutricionales y los accidentes entran en otra categoría de clasificación, pero estas, en conjunto, apenas representaron 8 %, porcentaje que es rebasado por el grupo de los tumores malignos.

Esto nos plantea que el médico debe tener presentes algunas características generales del tipo de patología más común, dentro de las que destacan, por ejemplo, su evolución asintomática en las fases iniciales, la prolongada evolución clínica, la irreversibilidad de los procesos de daño, la producción de discapacidad, la falta de tratamientos curativos. La importancia de estas características se magnifica al recordar que precisamente por sus largos periodos de latencia, estos problemas de salud son más frecuentes conforme

avanza la edad, y que la presencia de una enfermedad no inmuniza contra otra, de tal forma que más bien, tienden a coexistir, potenciando el daño.

Un aspecto relevante es el hecho de que las muertes por infecciones respiratorias agudas bajas en este grupo de edad constituyeron 53.2 % del total de defunciones por esta causa, y casi el doble de las ocurridas en menores de un año. Asimismo, no puede pasar desapercibido que las deficiencias de la nutrición se ubicaron en octavo lugar como causa de muerte en las personas de 65 años y más, y que representaron 70.6 % del total de muertes por esta causa. Esto traduce un enorme problema médico social que no está siendo atendido, pues lleva a plantearse al menos una serie de hipótesis en torno al subregistro o subestimación de la desnutrición como enfermedad al no ser detectada y corregida.

Principales causas de mortalidad en edad post-productiva

En México

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
	Total	216,412	4,536.03	100.0
1	Enfermedades isquémicas del corazón	32,182	674.54	14.9
2	Diabetes mellitus	27,506	576.53	12.7
3	Enfermedad cerebrovascular	18,949	397.17	8.8
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,831	289.90	6.4
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7,711	161.62	3.6
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,565	158.56	3.5
7	Enfermedades hipertensivas	7,341	153.87	3.4
8	Desnutrición calórico protéica	6,261	131.23	2.9
9	Nefritis y nefrosis	5,644	118.30	2.6
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,112	86.19	1.9
11	Tumor maligno de la próstata	3,365	70.53	1.6
12	Tumor maligno del estómago	2,977	62.40	1.4
13	Tumor maligno del hígado	2,623	54.98	1.2
14	Úlcera péptica	2,096	43.93	1.0
15	Anemia	1,894	39.70	0.9
16	Tumor maligno del cuello del útero	1,682	35.25	0.8
17	Tumor maligno del páncreas	1,675	35.11	0.8
18	Enfermedades infecciosas intestinales	1,672	35.05	0.8
19	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,621	33.98	0.8
20	Tumor maligno del colon y recto	1,450	30.39	0.7
	Causas mal definidas	6,205	130.06	2.9
	Las demás	58,050	1,216.74	26.8

1/Tasa por 100,000 habitantes Los totales no incluyen defunciones de mexicanos que residían en el extranjero 2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V85.0

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA. ⁷

⁷ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>

Otros indicadores

Para los Estados Unidos, se menciona que la tasa de hospitalización se incrementa con la edad, pues la cifra para los mayores de 84 años es 77 % mayor que para los pacientes de 65 a 74 años de edad, y 23 % más alta con respecto a los de 75 a 84 años. Los cambios físicos que van experimentando, tales como la disminución en el metabolismo y en la fuerza muscular y velocidad de contracción en personas de 60 años en adelante, pueden conducir a pérdida de la función e independencia. El impacto se refleja en el incremento en la prevalencia de discapacidad para realizar actividades de la vida diaria. A partir de los 75 años, las mujeres generalmente tienen tasas más altas de discapacidad que los hombres. En términos generales, 22 % de mujeres y 15 % de hombres de 65 años y más necesitan ayuda para vivir en casa o han sido llevados a una institución; de las personas de 85 años en adelante, 62 % de mujeres y 46 % de hombres necesitan tal ayuda. El tipo de atención que reciben está relacionado con la severidad de la discapacidad.

La medicina interna convencional se enfoca sobre los sistemas orgánicos y sobre enfermedades aisladas, y no sobre el típico paciente anciano que sufre de diferentes enfermedades crónicas, reporta síntomas poco comunes o cambiantes, y tiene problemas funcionales y consecuente estrés psicosocial. La interacción entre enfermedades y problemas psicosociales conduce a trastornos funcionales tales como incontinencia y disminución de la movilidad. La incontinencia urinaria puede desarrollarse cuando un paciente con disfunción vesical preexistente, tal como hiperreflexia del detrusor, es hospitalizado. De manera similar, la deambulación se puede ver afectada por enfermedad cardíaca o pulmonar, miopatía inducida por esteroides, osteoartritis y desacondicionamiento.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Socio demografía del envejecimiento en México realizada en 1994, se observa un aumento en la proporción de personas con deterioro funcional y mayor concentración en la disfunción de actividades básicas conforme avanza la

edad; no obstante, llama la atención la mayor proporción de discapacidad en las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo a partir de los 85 años: 86.8% y 59.7%, respectivamente.

La mayor esperanza de vida es resultado de diversos factores, entre los que destacan una disminución en las tasas de mortalidad, en particular infantil, y una reducción en las tasas de fecundidad.

Para la salud pública, el reto no es sólo prolongar la vida, sino que el individuo que llegue a viejo se encuentre y mantenga sano, es decir, no se trata únicamente de mejorar la cantidad sino la calidad de vida.

La secretaria de salud previendo estos cambios poblacionales establece una norma oficial mexicana NOM-167-SSA1-1997 Donde se describe las consideraciones en aspectos de salud para el adulto mayor.

La presente Norma Oficial Mexicana establece mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones en favor de los menores y adultos mayores sujetos a asistencia social, tomando en cuenta la condición específica de cada entidad federativa. La cual tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

2. MARCO TEORICO

EL ADULTO MAYOR

2.1 Envejecimiento y conceptos

El envejecimiento se considera como un proceso universal objetivo y subjetivo. Desde el punto de vista objetivo, el envejecimiento comienza el nacimiento, pero se asocia mas con el anciano o el adulto de edad avanzad. Cronológica y legalmente, se considera viejo al individuo de 65 años de edad o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, edad comparativa y edad percibida o autopercebida.⁸

Las definiciones de edad funcional deben estar relacionadas con la salud, independencia física y funcionamiento social y psicológico. La edad funcional hace hincapié en que esas capacidades y cambios se producen a distinta velocidad; todos los ancianos de la misma edad cronológica no funcionan al mismo nivel. Aparte de ser individual, la edad funcional tiende a asociarse en menor grado con actitudes negativas sobre la vejez. Las capacidades funcionales se asocian con el bienestar.

Adulto mayor sano: persona mayor de 65 años, que a pesar de experimentar cambios anatomofisiologicos y psicológicos propios del proceso de envejecimiento, no presentan patología asociada.

Adulto mayor enfermo: persona mayor de 65 años que, además de presentar los cambios propios de la edad, presentan patologías asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer o artritis.

⁸. Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1033

Adulto mayor frágil o en alto riesgo: persona mayor de 65 años que, a pesar de mantenerse sano, presenta factores externos ambientales que potencializan en este riesgo de enfermar.

- *Geriatría*

La Geriatría es la especialidad médica que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de la rehabilitación de las enfermedades del adulto en senectud.

- *Gerontología*

Es un campo más amplio, que abarca del estudio del proceso de envejecimiento, los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez; con la participación de ciencias biológicas, psicológicas y sociales.⁹

2.2 Teorías del envejecimiento

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional a la muerte una definición alternativa podría ser un descenso en la capacidad para sobrevivir al estrés. El estrés se considera como cualquier factor o proceso que tiende a desviar el ambiente interno de su equilibrio normal, con el punto final del deterioro homeostático en un ambiente interno incompatible con la vida. El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa como la enfermedad. El envejecimiento no es una enfermedad, ni el resultado de

⁹ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1034

una suma de múltiples estados patológicos. El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo vital normal. Se estudia al envejecimiento a partir de teorías biológicas, psicológicas y sociales. Las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos mentales, la longevidad y la muerte. El envejecimiento puede ser definido como edad biológica, edad psicológica y edad social. Por lo tanto se trata de un fenómeno enormemente complejo que requiere que se considere a la persona que envejece como un todo, en relación con su ambiente. Esta perspectiva presta conocimiento a los múltiples aspectos del cuidado requerido por el anciano.

Las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos que se producen con independencia de las influencias externas o patológicas, de forma gradual y que son automáticas y universales. Cada una de las teorías biológicas actuales del envejecimiento contiene un grupo de datos que proporcionan algunas pruebas que la hacen universalmente aceptables y brindan apoyo a la hipótesis siguiente.

Biología celular y bases del envejecimiento humano

El origen de los cambios de la edad en los organismos multicelulares solo puede atribuirse a tres posibilidades que son exclusivas mutuamente. El envejecimiento en los metazoarios puede ser solo el resultado de:

- Perturbaciones entre las células individuales.
- Cambios en la matriz extracelular.
- Influencias de jerarquías celulares más organizadas sobre los de más tejidos u órganos.

Por lo anterior, se plantea la teoría del envejecimiento programado como el establecimiento de los cambios de la senectud, los cuales son el resultado de

programas genéticos que contienen genes del envejecimiento responsables de los cambios seniles que preceden al fallecimiento y la muerte del organismo. Por lo tanto, contenida dentro del código genético celular, esta la información que al parecer, programa de envejecimiento celular normal. Células similares de especies y organismos específicos pueden envejecer a diferente velocidad, al igual que células diferentes dentro del mismo organismo puede envejecer a un ritmo distinto.

Teoría del deterioro aleatorio

Una teoría importante del deterioro, también una teoría genética, se basa en las reacciones de los radicales libres. Esta teoría propone que aun aumento en los radicales libres inestables (moléculas inestables que poseen una carga eléctrica adicional o electrones libres) causa un deterioro en los sistemas biológicos. Cuando los radicales libres atacan las moléculas, lesionan las membranas celulares. El envejecimiento se produce a causa de una lesión celular acumulada que interfiere con la función.

Teoría inmunológica

Con la edad, disminuye, de forma cuantitativa y cualitativa, la capacidad del sistema inmunológico para producir anticuerpos. Con los años, a medida que declinan las respuestas inmunitarias normales, aumentan enormemente las manifestaciones auto inmunitarias el sistema inmunitario va perdiendo su capacidad para discriminar entre lo propio y lo ajeno, abocando en un aumento de las enfermedades Auto-inmunitarias. Los partidarios de la teoría auto inmunitaria sostienen que la mayor parte de la enfermedades del adulto mayor o de la última etapa de la vida, surgen con más frecuencia en la vejez y se caracterizan por un cierto grado de disfunción inmunitaria. Esto puede explicar el inicio en el adulto de procesos como el cáncer, la diabetes de inicio en la madurez, la cardiopatía reumática, la demencia senil, la artritis y diversas enfermedades vasculares.

Estrés y teoría vitales

Existen numerosas teorías basadas en el estrés y de base viral. La teoría del desgaste natural conceptúa que las estructuras corporales dejan de funcionar como resultado de su desgaste o del sobre-uso. Los órganos tienen una cantidad fija de energía disponible que se gasta. Cuando las células se agotan, el cuerpo no funciona bien. Se piensa que la lesión o la agresión repetida de los tejidos y el sobre-uso favorecen el proceso de envejecimiento. Las teorías virales son similares a las que favorecen las enfermedades víricas. Estas teorías asumen que en el organismo existen un virus lento o un virus común que puede formar parte del proceso del envejecimiento. Presuponen que el virus esté presente en el cuerpo en el momento del nacimiento y crece según el proceso de envejecimiento.

Teoría neuroendocrina

Esta teoría sostiene que los decrementos en un sistema tan especial para la supervivencia y la homeostasis como las neuronas y las hormonas, juegan un papel importante en la regulación del proceso de envejecimiento. Ninguna parte del cuerpo actúa aislada de los sistemas neurológicos y endocrinos. Estas teorías, más frecuentes y menos desarrolladas, liga el envejecimiento a un control centralizado en el encéfalo, específicamente el hipotálamo y la hipófisis, en el sistema inmunitario.

Teorías psicológicas y sociales del envejecimiento

Algunos investigadores plantean que los factores fisiológicos no son los determinantes primarios del envejecimiento. Además, describen como la personalidad, el comportamiento, el estilo de vida, el entorno social y ambiental, también son decisivos en el proceso de envejecimiento del ser humano.

Teoría de actividad

La teoría de la actividad es una teoría de entendimiento común que habla a favor de un ajuste positivo del rol al envejecimiento y se refleja en la legislación, los medios de comunicación y los programas científicos. La mayor dificultad con la teoría de la actividad, es que no trata de forma adecuada las diferencias de personalidad.

Teoría de la desvinculación

Establece que en condiciones normales de salud e independencia económica, el envejecimiento supone una retirada natural, y una sistemática e inevitable desvinculación del anciano del resto de personas del sistema social. La retirada satisface mutuamente a ambas partes. Para el anciano, supone una liberación de las presiones sociales; para la sociedad, permite de las depresiones sociales; para la sociedad, permite que personas más jóvenes, con mayor energía, asuman roles funcionales para proporcionar una transición ordenada de poder.

Teoría de las necesidades humanas

Este planteamiento se centra en el concepto de motivación y necesidades humanas. La más conocida de estas teorías es la planteada por Maslow, quien organiza jerárquicamente las necesidades fisiológicas, de seguridad, de protección, de amor y de pertenencia, de autoestima y actualización de yo. Las personas se mueven entre los niveles, pero siempre abocadas a una necesidad mayor.¹⁰

¹⁰ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1035-103700000000000

- Psicología y sociología del envejecimiento

En las diversas etapas del desarrollo humano, se concibe, percibe y siente diferente, ante las diversas circunstancias, positivas y negativas que se le presentan. Asimismo, la adaptación a espacios y situaciones determinadas, es un proceso que implicara un tratamiento mayor en las edades extremas de la vida, mientras que para la edad intermedia, es mucho más fácilmente asimilable.

La negación

Siendo esta etapa de las primeras y más comunes reacciones del adulto mayor ante la inminencia de enfermedad, en especial si esta es de tipo terminal e incurable.

La colaboración

En la cual el adulto mayor asume el auto-cuidado como su responsabilidad, siendo participe activo de este.

La ira y la hostilidad

Son otros de los mecanismos de compensación del adulto mayor ante la enfermedad, en la cual se da un comportamiento agresivo y de rechazo de los adultos mayores hacia sus cuidadores, el tratamiento y todo aquello relacionado con la enfermedad.

La rebeldía

Manifestada con actitudes infantiles mediante las cuales el adulto mayor busca la atención de familiares y cuidándose en e y su enfermedad.

La exigencia y demanda

Son igual que las anteriores, conductas adoptadas por el adulto mayor, en las cuales busca suplir las perdidas, y nivelar los sentimientos negativos que

origina la enfermedad, mediante el incremento en la demanda de atención y cuidados por parte familia y cuidadores

El aislamiento y la introversión

Son quizás, de las actitudes adoptadas por el adulto mayor, las más negativas, ya que se asocian generalmente con depresión, retardado el proceso de recuperación, y empeorando progresivamente y el cuadro patológico.

La dependencia y la regresión

Presentes generalmente en trastornos de tipo sensorial y neurológico, se manifiestan como la involución de la persona hacia estadios anteriores de desarrollo, en donde se da una pérdida total de la independencia y la autonomía, con mayor demanda de cuidados por parte de los cuidadores y familiares. Como se evidencia, el adulto mayor puede manifestar diversas formas de adaptarse a su situación de envejecimiento o de enfermedad relacionada con este proceso. Socialmente el adulto mayor es un grupo determinado como vulnerable y de alto riesgo ya que, por sus características, condiciones y necesidades, requiere una red social que le garantice un bienestar en todos los niveles.

La situación económica determina por dos circunstancias. A saber: a jubilación, que permite al adulto mayor tener una garantía para el cubrimiento de necesidades, básicas, aunque esta implique el cambio en su *modus vivendi*, como el cese de actividad laboral. La otra condición de competencia económica el adulto mayor es la incapacidad del adulto mayor para desempeñar un trabajo, optando por la mendicidad; o, en el peor de los casos, vivir en medio de pobreza y la indigencia; situaciones en las cuales se ponen en juego la dignidad y la integridad del individuo, por la incapacidad de cubrir necesidades básicas como el alimento, el vestido, la vivienda y la salud.

Las relaciones sociales

Las cuales están definidas como la interacción del individuo con otros de su misma especie, y en las que juegan un papel primordial aspectos como la conservación de la capacidad mental sensorial, y el fortalecimiento de los lazos afectivos con diferentes grupos. Otra situación que al respecto se identifica es la soledad y el aislamiento social, que puede presentarse como iniciativa del adulto mayor, actitud generalmente originada en situaciones anteriores de maltrato o rechazo. Adicionalmente, las relaciones familiares (como forma de relación social) conflictivas o estresantes crean un ambiente inapropiado para la estabilidad y la tranquilidad requeridas por el adulto mayor para el mantenimiento de la homeostasis y las condiciones físicas psicológicas aceptables.¹¹

Un tercer aspecto que determina la condición social del adulto mayor es la vivienda, como el espacio físico en el cual el adulto mayor interactúa, cumple sus necesidades básicas y mantiene un nivel de seguridad y protección. Es así como en la vivienda del adulto mayor se requiere una adecuada iluminación, espacios amplios, y pisos antideslizantes; el área que habitualmente recorre el anciano debe estar libre de obstáculos; los elementos que el adulto mayor necesite deben estar a su alcance, de manera tal que no le impliquen a este esfuerzo que le puedan originar accidentes o lesiones. La distribución de los espacios en el interior de la casa debe garantizar condiciones de ventilación, iluminación, facilidad de acceso, comodidad y confort. Además la vivienda es el espacio donde el individuo comparte diversas circunstancias con su familia, la cual se convierte en refugio y fuente de cuidados para el anciano. Esta relación implica no solo sentimientos, sino también compromisos y responsabilidades. Para el caso específico del adulto mayor, debido a sus incapacidades, pérdidas y limitaciones, suele ser a menudo víctima de maltrato a diversos niveles; tanto de parte de la familia como la sociedad. El

¹¹ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1036

maltrato físico se ve reflejado, más que en golpes o lesiones físicas intencionales, descuido, el cual origina alteraciones físicas (ulcera por decúbito, deficiencias higiénicas, etc.) comprometiendo el bienestar y la salud del adulto mayor. Psicológicamente, el adulto mayor es objeto de actitudes como gritos, insultos y palabras soeces, las cuales le generan sentimientos de importancia y de presión, llegando incluso a motivar deseos de suicidio o auto-lesión.

2.3 cambios en el proceso de envejecimiento

El envejecimiento se define como la causa de madurez, o el hecho de llegar a ser maduro por un periodo de tiempo, bajo unas condiciones prefijadas. El envejecimiento biológico tiene que ver con la causa por la que un organismo determinado tiene un periodo de vida finito. Los factores predisponentes más potentes para la longevidad son hereditarios y ambientales. Algunas definiciones del envejecimiento se centran sobre el deterioro, sugiriendo la existencia de factores endógenos que conducen al declive inevitable; mientras que otras plantean la influencia de factores exógenos en el proceso de deterioro de los organismos.¹²

Apariencia física

Antes de entrar a definir los aspectos relacionados con la apariencia física, se describe algunas premisas:

- Se es viejo por los cambios biológicos
- Se siente viejo por los cambios psicológicos.
- Se considera viejo por los cambios sociales
- Vejez, igual enfermedad.

¹² Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1039

Los cambios más obvios relacionados con la edad son los de la apariencia física. El cabello las uñas, la piel, la composición del organismo, es el esqueleto y los dientes sufren cambios con la edad. El encanecimiento del cabello podría ser el resultado de la carencia de una enzima determinada, o de la disminución o mal funcionamiento de las células que producen pigmentación.

El envejecimiento normal provoca cambios de las fibras elásticas y del colágeno, haciendo que la piel sea menos flexible. La piel se vuelve más delgada y seca, la grasa que depositan directamente debajo de la misma disminuye y los músculos se reducen de tamaño. No obstante, las arrugas son principalmente causas de las características de la piel envejecida. Las células que contienen pigmentos (melanocitos) disminuye en aumento, pero aumentan de tamaño con la edad, produciendo las denominadas manchas de vejez, otros trastornos frecuentes de la piel, como la queratosis ocurren en la senectud, pero forman parte del proceso de envejecimiento normal.

También son normales ligeras modificaciones de la talla; debido a una alteración de postura, a una disminución de los discos intervertebrales y a una pérdida de agua de los mismos. También se observa pérdida de calcio óseo, siendo el doble en las mujeres que en los hombres

- Cambios en el sistema cardiovascular

El sistema cardiovascular, encargado del transportes de sustancias indispensables para el funcionamiento celular, comprende estructuras como los vasos sanguíneos, (venas, y arterias) corazón y sangre; los cuales, durante el envejecimiento fisiológico, adquieren características específicas tales como el engrasamiento y fibrosis, de las arterias, aumento de la resistencia periféricas al flujo de sangre; una reducción del flujo sanguíneo a todos los tejidos especialmente a los riñones; aumento de la presión arterial con estrechamiento de la intensidad del pulso más fuerte, aumento de la

presión arterial, y un descenso de la sensibilidad de los barorreceptores. Clínicamente, estos cambios producen pulso más fuerte, aumento de la presión arterial e hipotensión postural, además de cierto grado de arteriosclerosis. Los capilares se engrosan y se vuelven más rígidos, impidiendo el intercambio de nutrientes y oxígeno al nivel tisular. Respecto al corazón, los músculos cardíacos adquieren rigidez y las válvulas cardíacas se engrosan y se vuelven rígidas. Las válvulas mitrales y aórtica son las que se afectan más a menudo, debido a los altos gradientes de presión dentro del corazón; en estas circunstancias, el corazón tiene que trabajar más para bombear sangre. Con el envejecimiento, el tejido fibroso aumenta en el nodo sinuauricular y las células marcapaso disminuye, provocando cambios en la frecuencia y el ritmo. Estos cambios producen alteraciones en el electrocardiograma y un descenso de capacidad del corazón para responder a situaciones especiales como el estrés, las emociones, la fiebre, el ejercicio y los fármacos.

Los ancianos con problemas de circulación son objetos de diversas afecciones y diagnósticos médicos. Algunos problemas se deben al envejecimiento fisiológico normal y otros a procesos patológicos. Además se puede producir una obstrucción arterial por un trombo, con desarrollo gradual de síntomas, o por un embolo con inicio súbito de los síntomas. El infarto agudo al miocardio y el accidente cerebro vascular, son ejemplos de una obstrucción súbita de una arteria. Una de las causas de formación de trombos o émbolos es la arterioesclerosis, un problema circulatorio que contribuye a muchos de los problemas circulatorios del adulto mayor.¹³

-Cambios del sistema respiratorio.

La respiración, proceso por el cual se lleva a cabo el intercambio gaseoso oxígeno- dióxido de carbono, se realiza gracias al adecuado funcionamiento del sistema respiratorio, el cual está constituido por las vías aéreas y el

¹³ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1040

parénquima pulmonar, en el que se encuentran los alvéolos; allí se realiza el intercambio gaseoso. Los cambios músculo esqueléticos un incluyen un aumento en el diámetro anteroposterior de la pared torácica, debido a la elevación de las costillas y al planteamiento del diafragma, unido a la calcificación del cartílago costal; esto reduce la movilidad de las costillas y favorece solo la contracción parcial de los músculos inspiratorios. Los cambios mencionados se suman a la reducción de la fuerza de los músculos respiratorios, mayor rigidez costal y pérdida de colágenos; las fibras elásticas situadas dentro de las paredes alveolares pierden su elasticidad interna. Estado de lugar a un colapso de las vías respiratorias pequeñas, variando la ventilación alveolar y dejando aire atrapado. La cantidad de aire espirado tras una inspiración forzada, está reducida debida a estos cambios, ocasionándose una reducción de la capacidad vital forzada y velocidad de flujo espiratorio máximo con un aumento del volumen residual. Además se da un descenso en la capacidad de difusión (capacidad de los gases pulmonares para pasar de los alvéolos a la sangre.) el cual se presenta por la pérdida de área de superficie de la membrana alveolo-capilar y a las diferencias resultantes en la ventilación, flujo sanguíneo, o ambos.

Otros cambios normales asociados al envejecimiento son la reducción de la eficacia de la tos y la disminución de la actividad ciliar en el revestimiento bronquial. La capacidad de ventilación disminuye año tras año, y su efecto acumulativo hace que el adulto mayor sea más vulnerable a padecer enfermedades respiratorias. Una reducción en la movilidad o funcionamiento puede producir retención de secreciones y alteraciones de la expansión torácica, haciendo que la persona sea más susceptible a la infección u a una ventilación reducida.

Los adultos mayores sufren declinación de función respiratoria debido, en parte, al proceso de envejecer. Los cambios que se producen en los bronquios, los alvéolos y la difusión alveolo capilar y en el centro respiratorio pueden dar lugar a problemas tales como síndrome de apnea del sueño, enfermedad obstructiva y restrictiva pulmonar, asma, tuberculosis, neumonía, y

gripe. Las infecciones respiratorias pueden ser leves, procesos patológicos auto- limitantes de duración corta o pueden incluir infecciones de las vías respiratorias bajas, de origen vírico o bacteriano.¹⁴

-Cambios en el funcionamiento físico

El funcionamiento físico del individuo está condicionado a la seguridad de estructuras como los huesos, músculos, y articulaciones. Durante el proceso de envejecimiento estas estructuras experimentan cambios, los cuales provocan una reducción de la masa muscular, la fuerza la coordinación y alteraciones en el cartílago. La reducción de la estabilidad de los tejidos, causada por un aumento del colágeno muscular y el movimiento están disminuidos, especialmente en las manos y los músculos de las piernas. La masa ósea y la absorción de minerales como el calcio, se reducen. La masa ósea desciende de manera progresiva, y se caracteriza por una resorción gradual de la superficie interna de los huesos largos y planos y una acrecencia más lenta de hueso nuevo sobre la superficie externa. En consecuencia, los huesos largos agrandados externamente, pero internamente están huecos. Las placas terminales vertebrales están adelgazadas, y el cráneo se agranda ligeramente. Hay una pérdida de trabeculas, que hace que el hueso sea más débil. Se producen un aumento de la flexión de las muñecas, caderas y rodillas, y los movimientos articulares están limitados debido al deterioro de la superficie cartilaginosa de las articulaciones. La ligera flexión de la cabeza, cuello cadera y rodillas afecta a la marcha y da lugar a pasos más lentos, acortados y de base más amplia. El individuo experimenta también una reducción de la movilidad general, la flexibilidad y la estabilidad en los movimientos. Estos cambios limitan el movimiento y las capacidades funcionales del adulto mayor; también aumentan el riesgo de caídas, que pueden conducir a lesiones más graves como huesos fracturados o lesiones craneales.

¹⁴ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1042

Respecto a la movilidad, las modificaciones fisiológicas y las alteraciones de salud, los adultos de edad avanzada presentan un riesgo elevado de padecer problemas de movilidad. A medida que el individuo envejece, el número de fibras musculares disminuye y esta se vuelve más pequeña y más débil. Se atrofia.; como consecuencia, disminuye la fuerza el tono y la resistencia muscular. Con la edad los tendones los ligamentos se vuelven rígidos, lo cual reduce la flexibilidad de las articulaciones y el grado de movilidad, sobre todo en las rodillas, caderas y columna vertebral. El tejido sinovial de las articulaciones pierde elasticidad, lo que favorece el desgaste y la destrucción de las superficies articulares. La disminución del grado de actividad y la falta de uso tienden a agravar dichas modificaciones. Además, se produce una disminución de densidad ósea lo que conlleva a debilidad de los huesos. El número de motoneuronas disminuye, lo que da lugar a una reducción del tiempo de reducción y de la coordinación y el equilibrio. Todas estas modificaciones pueden dar lugar a una reducción en la resistencia, lo que hace el adulto mayor más vulnerable a las lesiones.

Los diversos cambios anormales provocan una serie de trastornos físicos que puedan afectar el funcionamiento físico del anciano. Los problemas relacionados con el sistema músculo esquelético afectan a la movilidad del anciano. Los trastornos cardíacos y pulmonares pueden afectar el nivel de resistencia del anciano, alterando de este modo su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Un problema que afecte a cualquier sistema corporal, puede alterar la capacidad del anciano para funcionar.

-Cambios en la sensación y la percepción

La sensación y la percepción de estímulos externos se hacen posibles a través de los órganos de los sentidos, los cuales, con el envejecimiento, declinan en sensibilidad. La visión es el sentido en el que más interesante se confía, y su deterioro supone una amenaza para la independencia. La ceguera es relativamente rara entre los jóvenes, desarrollándose en más de la mitad

de los casos en personas mayores de 65 años. Los cambios del ojo normal incluyen miosis (disminución del tamaño de la pupila), debilitando de los músculos que controlan la dilatación; la acomodación de la pupila se da de manera más lenta ante los cambios de iluminación, el cristalino se vuelve amarillo, se hace más grueso, con células producidas durante toda la vida y adaptación distinta a las variaciones de intensidad de la luz como resultado de esta variación. Por ello se requiere mucha mayor iluminación para identificar un objeto en presencia de una luz deslumbradora.

La capacidad del ojo y la velocidad de la acomodación también están afectadas por estos cambios estructurales, como lo está la percepción visual, incrementándose el tiempo requerido para procesar la información visual (presbiopia). Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, lo que da origen a la queratitis seca. Respecto a las modificaciones en el sentido de la audición, esta comienza a declinar alrededor de los 25 años los. La discriminación de tono, en particular, se deteriora equilibradamente hasta los 55 años, y después cae marcadamente para las frecuencias alta; se estima que se produce una pérdida de audición significativa en el 2.8% de población a los 55 años, cifras que se aumentan significativamente a los 75 años, presentándose sordera en el 15% de los casos. Otra característica en la audición del adulto mayor es la alta incidencia de tinnitus (zumbido en uno de los oídos) el cual puede ser originada por tumores, infecciosos del oído medio, decremento del oído, fármacos y alergias. La percepción auditiva se afecta selectivamente para los tonos de frecuencia más alta. Los individuos ancianos muestran disminuciones tanto de la intensidad mínima de los estímulos que son capaces de detectar, como de la capacidad para discriminar tonos de frecuencias distintas. Una consecuencia del declive de la percepción auditiva es la dificultad en la percepción del lenguaje. Las personas de edad avanzada tiene mayor dificultad en la comprensión del lenguaje degradado (aquel en el que las frases se interrumpen o se efectúan más rápidamente de lo normal, bajo, condiciones de acústica pobre, o en presencia de ruidos ambientales). Son

cambios originados, en su mayoría, por degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un engrosamiento de la membrana timpánica, proliferación de pelos, depósitos de cerumen y aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. Respecto a las modificaciones en el olfato, el gusto y el tacto, las investigaciones carecen de consistencia. Sin embargo, existen algunos aspectos en los cuales coincide la mayoría de ellos. Dentro de los cambios planteados esta la disminución de la sensibilidad olfativa; parece ser que los adultos mayores tienen mayor dificultad para detectar olores en concentraciones bajas, así como para identificarlos. Anatómicamente, aumenta el tamaño de la nariz, hay laxitud de la piel y deshidratación del cartílago, por lo cual la nariz es más grande; se da la proliferación de pelos rígidos en las fosas nasales. En cuanto al sentido del gusto, se disminuye el número de papilas putativas, aunque el sentido del gusto no sufre alteraciones apreciable hasta después de los 60 años de edad momento a partir del cual las modificaciones varían notablemente entre un individuo y otro. En general, el sentido del gusto parece afectarse gravemente como consecuencia de la edad, al igual que el olfato.

La piel contiene una gran variedad de receptores que reaccionan frente a la presión, con lo que investigaciones respecto a cambios en el sentido del tacto, las pruebas al respecto demuestran que la sensibilidad táctil disminuye como consecuencia del envejecimiento, al igual que el número de receptores del tacto.

El sentido de olfato en los adultos de edad avanzada se altera como consecuencia de diversos factores, siendo el más frecuente la infección de vías respiratorias altas de origen viral. La enfermedad de los senos nasales es otra causa frecuente de pérdida de la sensación olfatoria en los adultos mayores. Otra causa asociada a la pérdida olfatoria es el traumatismo craneal con destrucción axones olfativos. Las alteraciones anatómicas relacionadas con la enfermedad de Alzheimer, se acompaña de alteraciones importantes del olfato, especialmente la capacidad para identificar y detectar los olores. Las enfermedades de Parkinson y Huntington, dan lugar a una alteración del

olfato, sobre todo de la capacidad para identificar olores. Respecto al gusto, se desconoce el porcentaje de pérdida de este el proceso de envejecimiento. Entre los factores más frecuentes que ocasionan pérdida o alteración del sentido del gusto, están: la enfermedad periodontal, la gingivitis, la pérdida de los dientes, las dentaduras postizas, los medicamentos, el exceso de tabaco y las alteraciones en el sentido del olfato. Las alteraciones del tacto se relacionan principalmente con: neuropatías debidas a lesión, deterioro circulatorio y enfermedad. En el sentido de la vista se puede presentar alteraciones tales como: las cataratas y el glaucoma, las cuales tienen un incidencia importante en el grupo de adultos mayores.¹⁵

- La naturaleza del proceso de envejecimiento

Sin duda cada individuo recorre el transcurso de su vejez y de su vida en general, de manera particular. Hay personas que desde jóvenes practican deporte o acostumbran el hacer ejercicio; hay quienes jóvenes mantienen dietas para conservarse saludablemente hay quienes se operan alguna parte de su cuerpo para evitar los cambios físicos que trae la vejez. Todos vivimos diferente, pero la vejez es algo que sin duda no podemos evitar y que además debemos vivir satisfactoriamente. Independientemente de la forma de vida que cada quien desee llevar, hay padecimientos físicos en el adulto mayor con más frecuencia que en cualquier otra edad. Leslie Libow (1977), especialista en medicina geriátrica, considera los siguientes como los problemas médicos más comunes en las

Personas de edad avanzada:

1. Movilidad: La mayoría de los ancianos utiliza bastón, caminadora o silla de ruedas para su movilidad.

Solución en el centro: Facilidad en recorridos

2. Mental: Presentan problemas para pensar. Solución en el centro: Accesos, puertas, sanitarios, etc. Evidentes para ellos

¹⁵Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1045

3. Infartos: Aproximadamente dos tercios de las personas que sufren de algún infarto se espera que tengan una completa o parcial recuperación.
4. Corazón: La mayoría de los ancianos padecen de algún problema serio del corazón.
5. Próstata: Afortunadamente es un problema operable, pero muchos pacientes no comprenden que no afecta el funcionamiento sexual.
6. Intestinos: Se presenta mucho el estreñimiento y la irregularidad en este aparato que además es olvidado y no muy tratado.
7. Huesos: Los huesos de la 3ª edad se debilitan y se rompen fácilmente. Los hombres lo viven en menor grado que las mujeres. Solución en el centro: Todo el centro en una sola planta evitando escaleras
8. Pecho: El cáncer de mama es de gran preocupación para las mujeres, pero es más común que surja en los 30's y 40's que en la 3ª edad.
9. Ojos: Las cataratas son muy comunes y en la mayoría de los casos operables. Glaucoma, no tan tratable, pero es controlada. El único cambio en la vista normal a esta edad es la disminución de la vista de lejos.
10. Artritis: Es de los problemas más comunes y aún no hay cura médica.

En México, en la tercera edad es muy común que las personas sufran de osteoporosis, diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedades cardiovasculares. También suelen manifestarse otras alteraciones como cuadros infecciosos de las vías respiratorias, urinarias y del tracto digestivo, así como síndromes de inmovilidad y cuadros de depresión. El sentido del tacto se ve reducido con la edad. La calidad de la visión disminuye. Ya que menos luz llega a la retina en un ojo de edad avanzada, el ojo generalmente toma un color amarillo. Las cataratas son fáciles de encontrar. El sentido del gusto y el olfato se vuelven menos sensibles. Los reflejos y la reacción al tiempo se ven alentada. El individuo cada vez se siente menos capaz de dominar su ambiente, se vuelve muy defensivo y lentamente empieza a aislarse.

En una encuesta que se les hizo a personas jóvenes que viven con una persona mayor a 65 años con respecto a las limitaciones en sus actividades diarias, se encontró lo siguiente.

-Cambios en piel, pelo y uñas

El recambio celular de la epidermis se reduce con la edad, dando lugar a una lenificación de la velocidad de cicatrización y a una mayor probabilidad de desarrollo de infecciones secundarias tras un traumatismo. Una reducción en el número de melanocitos deteriora la protección de la piel frente a los rayos ultra violeta, aumentando, por lo tanto, el riesgo de alteraciones patológicas como el cáncer de piel. La pérdida de cerca del 20% de grosor de la dermis con la edad es la responsable de la calidad fina y casi translúcida de la piel observada en muchos adultos mayores. Con el envejecimiento, las fibras de elastina se engrosan y fragmentan, mientras que disminuye el lecho vascular, la capa de colágeno y los fibroblastos. Los órganos cutáneos terminales son responsables de las sensaciones de tacto, presión y vibración. Con el envejecimiento, los corpúsculos de Pacini y de Meissner del sistema nervioso periférico descienden en número, provocando disminución de la sensibilidad. Los nervios responsables de la percepción del dolor muestran pocos signos de cambio con la edad. Los ancianos tienen un dolor corporal característico, debido a un descenso de la función secretora y a una acumulación de lipofuscina en las glándulas apocrinas. Los cambios relacionados con la edad que tienen su reflejo en el pelo son: encanecimiento, pérdida de pelo, alopecia androgenita y aumento del vello facial en la mujer. Hay una tendencia al crecimiento de pelos terminales en la barbilla y el labio superior de las mujeres y en las orejas de los hombres. Tanto hombres como mujeres padece la disminución progresiva del pelo de las piernas y de las regiones axilar y púbica. La pérdida de pelo puede contribuir a las sensaciones de frío, y a crear una mayor susceptibilidad al traumatismo.

Dentro de los trastornos cutáneos más comunes presentes en el adulto mayor, se asocian la deshidratación y la deficiencia en la regeneración de células basales, entre otros. Dentro de los trastornos cutáneos están.¹⁶

2.4 Tanatología

La vejez representa para el ser humano una aproximación inminente a la muerte, la que se considera, en el ámbito de la cultura occidental, como un hecho fatídico, para el cual no existe preparación ni aceptación. La muerte, antecedida en la mayoría de los casos por procesos patológicos dolorosos, se constituye en una de las realidades; pero también, en uno de los más grandes temores para el adulto mayor. Es así como una de las principales expresiones del ser humano ante la muerte es no estar solo En el momento en que sus órganos dejen de funcionar.

La agonía, fase que antecede a la muerte, se describe fisiológicamente como la cesación paulatina de las funciones vitales o –según plantean algunos psiquiatras y psicólogos–, es el proceso mediante el cual la esencia del ser abandona el cuerpo físico para adquirir otra presencia en una dimensión diferente. En la fase agónica, el ser humano busca reconciliación consigo mismo y con quienes lo rodean, para lograr una <<muerte tranquila>>. Por ello, dentro de la asistencia geriátrica se plantea la necesidad de la intimidad del paciente moribundo con su familia, ya que esos momentos son fundamentales para la posterior asimilación del duelo por parte de la familia.

Las actividades encaminadas a la atención del paciente moribundo, se centran en los cuidados paliativos que permitan al adulto mayor morir dignamente.

Entre estas actividades cabe mencionar:

- La administración de medicamentos y la adopción de alternativas que permitan reducir el umbral del dolor; tal es el caso de los pacientes terminales con diagnóstico de cáncer, en quienes está indicada la administración de altas dosis de analgésicos opioides como la Morfina.

¹⁶ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1049

- La adecuación de un ambiente agradable, con niveles de temperatura, iluminación y ruidos, acordes a las condiciones del adulto mayor.
- El mantenimiento de las actividades orientadas a la comodidad y el confort.
- El establecimiento de niveles de comunicación, verbal no verbal, en los cuales se le permita al paciente expresar sentimientos, miedos y temores.
- La posibilidad de compartir con la familia dentro de un ambiente de intimidad, respeto y consideración.
- La limitación de actividades que le causen dolor o la exacerbación de éste.
- De igual forma, una vez se presente la muerte, es indispensable permitir a la familia la expresión de sentimientos y la resolución de la fase inicial del duelo, en la cual hay catarsis, con la manifestación de toda una gama de actitudes que varían desde la indiferencia, hasta la negación del hecho.
- Otro aspecto fundamental a tener en cuenta después del fallecimiento, es la manipulación y arreglo de cadáver; el cual se debe hacer teniendo en cuenta tanto las normas de bioseguridad, como las de ética y bioética. Al respecto, uno de los temas más debatidos es la donación de órganos, la cual está determinada por la autorización que haga la familia, e la cual juegan un papel fundamental los principios científicos versus los principios religiosos, éticos y morales.

Por último, es importante mencionar la eutanasia –entendida como el buen morir-, y que se refiere a curación y el posible sufrimiento del paciente agónico; decisión a la cual se ve afrontado, por lo general, el médico tratante y la familia del mismo; al que en el caso de la donación de órganos, la eutanasia recobra importancia dentro de la bioética; ya que ésta va en contra del principio de la ciencia médica que reza: agotar hasta el último recurso para mantener la vida de una persona y no ejecutar acciones que precipiten la muerte misma.¹⁷

Se plantea la posibilidad de la eutanasia en el medio hospitalario, cuando la vida del paciente depende de elementos extracorpóreos, con antecedente de

¹⁷ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1056

suspensión del funcionamiento autónomo del sistema nervioso, una vez que se determina la incapacidad del equipo de salud para su reactivación. En el debate de aplicación de la eutanasia, se presentan situaciones complejas tales como: la prolongación artificial de la vida, el derecho a morir dignamente, la conservación de la vida como principio fundamental, la falsa expectativa, y la ética médica, entre otras.

De una u otra manera, la labor del personal de salud se basa en garantizar la dignidad del ser humano, aún ante la muerte y después de ella.

2.5 Asistencia geriátrica

La condición física, psicológica y social propia del adulto mayor, condicionan una atención que brinde servicios sociales, comunitarios y de salud, que permitan garantizar bienestar y seguridad para las personas de la tercera edad.

La asistencia geriátrica comprende el conjunto de niveles de atención que, desde la óptica sanitaria y social, deben garantizar la calidad de vida de los ancianos habitantes de un área determinada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten. El objetivo principal es conseguir que el anciano permanezca, o se reintegre, a su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar (físico, funcional, psíquico y social) y seguridad.¹⁸

2.6 Autoestima

Muchos estudios han revelado los diversos cambios en la autoestima en el ciclo de la vida. Marguerite Kermis (1986) reporta que el sentido de los hombres de habilidad de liderazgo reside entre los 35 y 49 años y empieza a disminuir a partir de ahí. El sentido de liderazgo en las mujeres empieza a disminuir hasta la edad de 65. Matilde Riley y sus asociados en 1968 hicieron

¹⁸ Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1058

un estudio de investigación gerontológica y encontraron que las personas mayores comparadas con jóvenes eran:

1. Menos aceptables en admitir defectos
 2. Menos aceptables en considerarse a ellos mismos en un buen estado de salud
 3. Menos preocupados por su peso
 4. Entre los que aún trabajan, eran igualmente comparados en apreciar su trabajo como adecuado
 5. Casi igual en ver su inteligencia tan buena como otras.
 6. Más considerados a ellos mismos en tener valores morales positivos
 7. Un poco más en sentirse bien en su matrimonio o como padres
- Éstos son datos interesantes que nos sirven para sacar conclusiones en cuanto a las necesidades y expectativas de los usuarios en el centro.

2.7 Las necesidades y expectativas de la vejez

En el proceso de envejecimiento nuestro cuerpo empieza a cambiar de forma natural. Se empieza a cansar más a lo acostumbrado. Tal vez se enferma más frecuentemente y tal vez ya no ve o escucha tan bien como cuando era joven. Para lidiar con estos cambios físicos, la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA) recomienda lo siguiente:

1. Aceptar la realidad. Negar este tipo de cambios únicamente hará la vida menos disfrutable para la para el anciano y las personas que le rodean. Si es posible, apoyarse de objetos que ayuden a algunos cambios como anteojos, aparatos para el oído, bastón, etc.
2. Mantener una actitud positiva. En la mayoría de los casos, los ancianos aún son capaces de hacer la mayoría de las cosas que hacían antes, únicamente se necesita dedicar un poco más de tiempo y así aprender a ser pacientes consigo mismos.
3. Visitar al doctor familiar frecuentemente. Él o ella pueden tratar los cambios o síntomas que requieran atención médica.

4. Tener cuidado con los medicamentos que se estén tomando. Tal vez reaccionen con otros medicamentos y afectar de manera diferente a cuando antes se tomaban.

5. Cambiar los hábitos alimenticios. Adoptar una dieta balanceada con menos grasa y evitar el comer de más.

Especialistas afirman que muchos ancianos tienen miedo a la soledad. Todos necesitamos tiempo solo, pero el estar solos sin desearlo puede llegar a ser muy doloroso, especialmente para una persona de edad avanzada. En estos casos pueden empezar a perder su autoestima y deprimirse. Cuando miembros de la familia y amistades mueren y los hijos empiezan a involucrarse en sus propias vidas es cuando el anciano empieza a vivir la soledad. Estos especialistas recomiendan algunas opciones para los ancianos que estén en ese caso. Entre ellas se encuentra el mantenerse activos y buscar contactos sociales, como lo es asistir algún centro para ancianos. Hacer amistad con personas de su misma edad, pero también de otras edades, ya que pueden salir grandes amistades de estas relaciones sociales así haya cinco, diez o veinte años de diferencia en su edad. También recomiendan pasar tiempo con los nietos, sobrinos y en general con la familia.

Los niños pueden alegrarles el día con su entusiasmo y energía. Más que nada recomiendan el evitar lo mejor posible la depresión; saber reconocerla y los síntomas de ésta como lo son la pérdida del apetito y peso, dificultades para dormir, pérdida de energía y motivación e incluso pensamientos de suicidio. De estas recomendaciones, las tres primeras se podrán realizar en el centro. Buhler (1961) señala lo que ella considera cuatro buenas comodidades para los ancianos en su proceso de envejecimiento:

1. El deseo de descansar y relajarse ahora que ya han completado su vida de trabajo necesaria

2. El deseo de permanecer activo y la habilidad de serlo

3. Frustración, ansiedad, y culpabilidad como resultado de la vida que han llevado y que tal vez ahora encuentran sin sentido En este tipo de estudios nos damos cuenta de lo que ellos mismos desean. Desean descansar, pero a

la vez sentirse útiles y activos; sentirse útiles y sentirse bien con lo que hacen. Llegaron a una etapa de su vida que tal vez ya no hacen las mismas actividades, pero que desean iniciar otras.

Mucha gente puede incluso, sin importar el grado de satisfacción que hayan experimentado a lo largo de su vida, encontrar en sus años de vejez actividades o relaciones muy significativas que compensan cualquier edad que tengan.

4.21 Calidad de Vida

La calidad de vida puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora (Dorsch, 1985). A continuación se describen ocho áreas importantes para determinar la calidad de vida en el anciano, así como también en cualquier persona adulta. (Reig, 1994).¹⁹



¹⁹R. Rodríguez. J. Mórele. J. Encinas. Z. Trujillo. C.b Hyve *Geriatría* primera edición Mc Graw Hill interamericana P. 297-299

A. La vida intelectual: lo intelectual es lo que diferencia al hombre de los demás seres vivos. Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje. Tenemos esta capacidad y cotidianamente la utilizamos.

B. La vida emocional: La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos (Orbis, 1985).

C. La vida física: La salud, definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden aquilatar y conservar o que pueden perder irremediabilmente. Para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores como vitales:

1. Alimentación
2. Ejercicio
3. Descanso
4. Evitación del estrés

D. Vida Familiar: Tradicionalmente se ha considerado a la familia completa como un grupo constituido por el padre, la madre y los hijos; éstos juegan diferentes roles dentro del grupo. Son partes esenciales para la calidad de vida familiar: la pareja, los hijos, los hermanos y los padres.

E. Vida Social: Es resultado de las interacciones que los seres humanos tenemos con otros seres humanos.

F. Vida Económica: Schopenhauer decía, el hombre gasta su salud en aras de obtener dinero y en la vejez gasta ese dinero tratando de recuperar su salud.

G. Vida Laboral: El trabajo en la vejez puede quedar gravemente delimitado.

H. Vida Espiritual: La vida espiritual es una búsqueda incesante para los ancianos de buscarse a sí mismos; búsqueda de sentido de vida, de razón de ser. El autor nos expone ocho partes fundamentales de la vida para tener una real calidad de vida en la vejez. De estas ocho, la vida intelectual, emocional, física, social y espiritual se podrá desarrollar directamente en el Centro. Esto es cuatro de las ocho totales propuesta

3. ANEMIA FERROPENICA

La anemia por deficiencia de hierro (ferropénica) es la forma más común de las anemias, no importa la edad, sexo, lugar de residencias o posición social del paciente; está originada por la disminución del hierro (fe) disponible para la eritropoyesis; El cuadro clínico sugiere el diagnóstico que se corrobora con el laboratorio²⁰

3.1 Definición

Es una afección en la cual los glóbulos rojos no están suministrando el oxígeno adecuado a los tejidos corporales. Existen muchos tipos y causas de anemia. La anemia ferropénica es una disminución en el número de glóbulos rojos provocada por escasez de hierro

3.2 Etiología

El cuerpo pierde importantes cantidades de hierro cuando se pierden grandes cantidades de glóbulos rojos durante una hemorragia. En los adultos, este déficit suele deberse esencialmente a la hemorragia, en las mujeres durante la postmenopausia en los varones, por pérdida de sangre por el aparato gastrointestinal. El sangrado menstrual puede causar déficit de hierro en mujeres durante el período premenopáusico.

Son muchas las causas que pueden provocar deficiencia de hierro y posteriormente el desarrollo de anemia ferropriva. A continuación enumeraremos las principales:

- Nutricional: la sola deficiencia de hierro en los alimentos no es causa de ferropenia en los adultos pero si en puede producir anemia notable en la lactancia, periodo en el que las necesidades diarias del mineral no son

²⁰Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.195

satisfechas por los productos lácteos, por lo que resulta esencial su suplencia en la alimentación. En la niñez temprana, en la adolescencia y en el embarazo, se aumenta la necesidad diaria y si bien las deficiencias alimentarias pueden ser un factor de influencia, por lo regular no constituye la principal causa de anemia notable. La absorción deficiente de hierro (mala absorción) rara vez causa deficiencia del mineral, excepto en personas a quienes se les ha hecho gastrectomía parcial o que tienen síndromes de mala absorción. En cerca del 50% de los pacientes sometidos a esta cirugía, habrá anemia ferropriva incluso varios años después. Sin embargo, los enfermos de esta categoría pueden absorber fácilmente sales de hierro dadas por vial oral.

- Disminución de la absorción: la aquilia gástrica disminuye la absorción del hierro bajo la forma férrica que es la que proviene de los alimentos de origen vegetal, en cambio no afecta la absorción del hierro hemínico, ni de las sales ferrosas. Las enfermedades celíacas (sensibilidad al gluten, sprue tropical y la esteatorrea idiopática), también disminuyen la absorción del hierro, en total magnitud, que la anemia puede ser el primer signo clínico de la enfermedad. En los niños con deficiencia de hierro puede ocurrir que esta deficiencia esté acompañada con mala absorción de este catión. En algunos países, los campesinos practican la geofagia, especialmente a través de la indigestión de arcilla, la cual gracias a su sabor ácido tiene gran aceptación. Esas arcillas contienen una resina de intercambio iónico que disminuye la cantidad del hierro alimentario que debe ser la absorbido.
- Pérdida de sangre: el origen más frecuente de deficiencia de hierro en los adultos es la pérdida de sangre, la cual puede deberse a muy diversas causas. El más común en mujeres entre 15 y los 45 años de edad son las pérdidas ginecológicas. En los varones adultos y en las posmenopáusicas con anemia ferropriva la primera sospecha debe ser la pérdida crónica por la vía gastrointestinal, la cual puede ser debida a: enfermedad ulceropéptica; hernia hiatal con traumatismo de la mucosa y esofagitis péptica por reflujo gastroesofágico; ingestión de aspirina o de antiinflamatorios no esteroideos, de glucocorticoides o de preparados de potasio. Mención especial merecen los parásitos intestinales, los cuales provocan

pérdida de sangre, sea por ser hematófagos, como ocurre con los anquilostomas, o por provocar lesión de la mucosa, como es el caso del *Trichuris trichura*. La pérdida de sangre por los anquilostomas es proporcional al número de parásitos y a la cantidad de huevos por gramo de heces, siendo más voraz el *Anquilostomas* duodenales. Esa pérdida es tan importante como causa de anemia, que una infección leve de 100 parásitos del tipo *Necator americano* o 20 del *Ancylostoma* duodenales es capaz de producir una pérdida de 3ml de sangre diaria, equivalente a una pérdida de 1,4 mg de hierro de la dieta diaria. En algunos casos con infecciones mayores de 1.000 *Necator* se han registrado pérdida de más de 100ml de sangre por día. Otras enfermedades intestinales pueden ocasionar deficiencia de hierro, como son los trastornos inflamatorios del tubo digestivo, las hemorroides, la enfermedad diverticular del colon, los pólipos y las enfermedades neoplásicas. La anemia de los corredores de fondo, según se piensa, se debe también a pérdidas por vía respiratoria y urinaria, aunque es mucho menos frecuente²¹

3.3 Diagnostico diferencial

La causa patológica más frecuente de confusión con respecto al diagnostico de la anemia por deficiencia de hierro, es la talasemia menor, confusión que determina con cierta frecuencia, tratamiento con sales de hierro de uno o más años a pacientes con esa anormalidad. Bastaría en este caso concreto, ordenar las pruebas del laboratorio diagnosticas de deficiencia de hierro y una electroforesis de hemoglobina, para separar esas dos entidades clínicas.

Los proceso crónicos tales como las infecciones bacterianas y fúngicas, las inflamaciones no infecciosas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico quemadura, trauma, etc.) y las enfermedades neoplásicas, pueden provocar anemias con alteraciones de las pruebas por deficiencia de hierro, dificultando su completa separación de una verdadera deficiencia de hierro.

²¹ Guyton Hall *Tratado de fisiología médica* Mc Graw Hill interamericana P.474-477

3.4 Causas, incidencia y factores de riesgo

La anemia ferropénica es la forma más común de anemia. Aproximadamente el 20% de las mujeres, el 50% de las mujeres embarazadas y el 3% de los hombres presentan deficiencia de hierro, un componente esencial de la hemoglobina el pigmento que transporta el oxígeno en la sangre. El hierro se obtiene normalmente a través de los alimentos de la dieta y por el reciclaje de hierro de glóbulos rojos envejecidos. Sin éste, la sangre no puede transportar oxígeno de manera efectiva y el oxígeno es necesario para el funcionamiento normal de todas las células del cuerpo.

Las causas de deficiencia de hierro son: muy poco hierro en la dieta, poca absorción corporal de hierro y pérdida de sangre (incluyendo el sangrado menstrual abundante) Este problema también puede estar relacionado con la intoxicación con plomo en niños.

La anemia se desarrolla lentamente después de agotadas las reservas normales de hierro en el organismo y en la médula ósea. En general, las mujeres tienen reservas más pequeñas de hierro que los hombres y tienen más pérdida a través de la menstruación, lo que las deja en mayor riesgo de padecer anemia que los hombres.

En los hombres y en las mujeres posmenopáusicas, la anemia generalmente es provocada por sangrado gastrointestinal asociado con úlceras, el uso de aspirina o medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) o a algunos tipos de cáncer (esófago, estómago, colon).

Entre los grupos de alto riesgo están:

- Mujeres en edad de procrear que presentan pérdidas de sangre por la menstruación

- Mujeres embarazadas o lactantes que tienen un aumento de los requerimientos de hierro
- Bebés, niños y adolescentes en fases de crecimiento rápido
- Personas con una ingesta deficiente en hierro en la dieta

Los factores de riesgo relacionados con pérdidas de sangre son: úlcera péptica, uso prolongado de aspirina y cáncer de colon

3.5 Síntomas

- Color pálido de la piel
- Fatiga
- Irritabilidad
- Debilidad
- Dificultad respiratoria
- Dolor en la lengua
- Uñas quebradizas
- Antojos alimentarios inusuales (llamados pica)
- Disminución del apetito (especialmente en niños)
- Dolor de cabeza frontal
- Coloración azul en la esclerótica (parte blanca de los ojos)

3.6 Signos y exámenes

- Hematocrito y hemoglobina bajos (mediciones de glóbulos rojos)
- Glóbulos rojos pequeños
- Ferritina sérica baja
- Nivel de hierro sérico bajo
- Capacidad total de fijación del hierro (TIBC) alta en la sangre
- Sangre en las heces (visible o microscópica)

3.7 Tratamiento

Una vez confirmado el diagnóstico de deficiencia de hierro, el paso más importante es tratar de identificar el trastorno de base ó primario que originó la deficiencia de hierro. Mientras se realizan los estudios respectivos ó luego de identificar la enfermedad primaria se debe iniciar la reposición del mineral. La transfusión de glóbulos rojos sólo se indicará si el paciente presenta signos de hipoxia tisular, teniendo en cuenta que efecto de terapéutico es transitorio. Debe preferirse como tratamiento inicial la ingestión de sales de hierro, con lo cual se logra la restauración gradual de la función hematopoyética normal. Constituye la forma más inocua y menos costosa de reposición y suele ser bien tolerada. Para sujetos que no absorben adecuadamente el hierro por vía oral o que no lo toleran definitivamente, se cuenta con preparados parenterales, sin embargo es pequeño riesgos de anafilaxia y otros efectos adversos hacen que estos últimos preparados sean menos aceptables como tratamiento de primera línea.

La solubilidad de las sales de hierro es la condición indispensable para que el hierro se absorba adecuadamente, siendo mejor la absorción en la forma ferrosa que en la férrica. Su porcentaje de absorción disminuye

progresivamente en relación de la dosis empleada, de ahí la recomendación de administrar la dosis diaria en dos o tres tomas.

Preparados de hierro ingeribles: la ingestión de hierro en los alimentos no alcanza a suplir las deficiencias titulares debido a una muy baja biodisponibilidad del mineral en esa forma. En cambio, se absorben mejor las sales, especialmente en la forma de ferrosa. En promedio, el individuo, absorbe unos 30mg de hierro si recibe diariamente 180mg de la forma elemental. De esto modo, para una máxima absorción, una dosis estándar sería 60mg de hierro elemental por día (lo que se consigue con 3 tabletas al día de 200mg de hierro) entre las comidas. En el 15 a 20% de las personas que reciben suplementos orales de hierro aparecen efectos gastrointestinales adversos, tales como náuseas, cólicos, molestias epigástricas estreñimiento o diarrea, que al aparecer dependen de la dosis. Para aminorar a un nivel tolerable los efectos adversos se recomiendan iniciar en bajas dosis la ingesta del hierro, empezando con media tableta y aumentando progresivamente la dosis cada 7 a 10 días hasta llegar a la dosis plena del adulto que son 3 tabletas al día. Debe preferirse la administración con el estómago vacío, sin embargo si se quieren disminuir los efectos colaterales gastrointestinales puede administrarse luego de las comidas. Los preparados de liberación controlada tienen una menor frecuencia de efectos gastrointestinales adversos, pero resultan ser más costosos. En un estudio se demostró que la absorción no disminuye si se administra el sulfato ferroso en dicha forma. No se recomienda el uso concomitante de antiácidos, pues ellos pueden inhibir la absorción de hierro, al aumentar el pH gástrico.

Administración parenteral de hierro: la administración de compuestos de hierro por vía parenteral debe hacerse con mayor precaución, debido a que un exceso en la concentración del mismo en los tejidos pueden producir efectos indeseables. Además, la aparición de fenómenos de intolerancia suelen ser mucho más graves que los administrados por vía oral. Se han ensayado

muchos preparados de hierro, algunos han sido descontinuados debido a su alta toxicidad, y los que se utilizan mas actualmente son: el hierro dextran, el polimaltosado férrico y el complejo de hierro-sorbitol-ácido-cítrico. De estos productos, solo el hierro dextran se utiliza por vía endovenosa y su administración puede provocar en sujetos sensibles: cefalea, lipotimia, enrojecimiento de cara, náuseas, vómitos, tromboflebitis en el sitio de la inyección, bronco espasmo, shock y paro cardíaco (en algunos descritos). La inyección intramuscular de los preparados de hierro puede ocasionar fiebre, adenitis regional en el sitio de la inyección y los síntomas señalados al utilizar la vía endovenosa. Para evitar estos inconvenientes se recomienda inicialmente una pequeña dosis y esperar por 5 minutos antes de aplicar la dosis total. Los síntomas provocados por la administración endovenosa, no se presentan o se mitigan considerablemente, cuando se inyectan 50mg de hierro dextran diluido en 500ml de solución salina o glucofisiológica, teniendo la precaución de administrarlo lentamente al comienzo.

3.8 Expectativas (pronóstico)

Con tratamiento, el pronóstico probablemente es bueno. Normalmente, los conteos sanguíneos volverán a su normalidad en 2 meses.

3.9 Complicaciones

Por lo general no hay complicaciones; sin embargo, la anemia ferropénica puede reaparecer, por lo que se recomiendan controles regulares. Los niños con este trastorno pueden ser más susceptibles a las infecciones.

3.10 Prevención

La forma mas racional de prevenir la carencia de hierro, especialmente en niños, seria mediante el establecimiento de regímenes alimentarios ricos en

hierro hemínico, el cual se absorbe 3-4 veces mejor que el hierro no hemínico, así como de alimentos que favorezcan la absorción del hierro de los vegetales. Esta medida, aunque es válida, es muy difícil de llevar a la práctica ya que los regímenes alimentarios de una población forman parte de su patrón cultural, así como de la producción de alimentos de la región. Una segunda podría ser, mejorar la absorción del mineral de los alimentos agregándoles sustancias que favorezcan la absorción del hierro no hemínico presentes en los alimentos vegetales. En este caso, el ácido ascórbico es el más adecuado, ya que mejora la absorción del hierro en forma proporcional a la cantidad administrada. Sin embargo, esta sustancia tiene desventajas, su alto costo y su oxidación e inactivación cuando los alimentos son sometidos a altas temperaturas durante su cocción. La suplementación de hierro a los segmentos de la población más vulnerables a la carencia de hierro podría ser también otra alternativa. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que esta medida requiere la máxima colaboración por parte de la población y en forma inconstante, cualidades que infortunadamente no se dispone en los grupos más afectados; además, el programa es costoso por vigilancia permanente que hay que llevar a cabo durante todo el tiempo que éste dure.

Durante períodos de mayor demanda, como el embarazo y la lactancia, aumente el consumo en la dieta o tome suplementos de hierro.

3.11 Cuidados de Enfermería

- Explicar al paciente que se trata de una enfermedad de base que debe ser diagnosticada oportunamente; resaltando la importancia de respetar las prescripciones médicas.
- Indagar sobre las costumbres alimentarias del paciente, puede contribuir a desentrañar su origen. (anemia ferropénica). De la misma manera descubrir los antecedentes personales familiares, y medicamentos que el paciente haya utilizado en los últimos tiempos.

- Comunicar y explicar al paciente el origen de su enfermedad y la manera de llevar un tratamiento adecuado para la reposición de hierro. Este tratamiento consiste en la reposición de comprimidos de sales de hierro por vía oral (gluconato ferroso, sulfato ferroso), aumentando dosificadamente para evitar efectos secundarios, (diarrea, espasmos intestinales, náuseas). Al iniciar el tratamiento es conveniente que el paciente tome los medicamentos con el estómago lleno, no obstante el hierro es de mejor absorción con el estómago vacío.²²
- Para pacientes intolerantes a la vía oral o con problemas de absorción se utiliza la vía intramuscular

²² Gustavo de Elorza Martínez manual de enfermería de Zamora segunda edición Z Zamora P.198

4. Filosofía de Virginia Henderson y Teoría de proceso Enfermería

4.1 La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos, que les eran delegados, con la publicación del libro notas de enfermería de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiaban las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos expone la importancia

de la independencia de enfermería, y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.²³

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.

Virginia Henderson (1897-1996)

Datos biográficos

Nació en Kansas city, Missouri el 19 de marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting nurse service de Nueva York
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers collage de la universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de supervisora pedagógica en la clínica strong memorial hospital de Rochester de nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers collage es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis de enfermería y practicas clínicas en esta universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del textbook of the principles and practice of nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

²³ Ana Marriner Tomey – Martha Raile Alligood *Modelos y teorías en enfermería* quinta edición. El sevier S M Mosby P.98

- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursin Studies Index, subvencionado por la universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro Volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermera desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic principles of nursing care Para el international council of nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien editó durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra the Nature of aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada Emerita de investigación en la universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales de las siguientes universidades:

- Catholic university.
- Pace university.
- University of Rochester.
- University of western Ontario.
- Yale university.
- Old dominion university.
- Boston collage
- Thomas Jefferson university.
- Emery university.

Es honrada con el primer premio Christian Reimann, con el premio Mary adelaide nutting de la nacional league for nursing de los estados unidos elegida miembro honorario de la America Academy of nursing, de la royal collage of nursing de Inglaterra.

1983 recibió el premio Mary tolle Wright fonders de la sigma the tau internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La biblioteca internacional de enfermería de la sigma theta tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de he principles of nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American nurse association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de la vida.

Virginia avenle Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de noviembre de 1996.

Fuentes teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la conferencia regional de la nacional nursi council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de la investigaron de American nurses association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955.

Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como unas síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thordike, Dr. George Deber, Bertha Harmer, e Ida Orlando.²⁴

Tendencias y modelos

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales conceptos y definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de las actividades que contribuyan a su salud a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta

²⁴ Ana Marriner Tomey – Martha Raile Alligood *Modelos y teorías en enfermería* quinta edición. El sevier S M Mosby P.99

sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayuda al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unida²⁵

²⁵ Ana Marriner Tomey – Martha Raile Alligoog *Modelos y teorías en enfermería* quinta edición. El sevier S M Mosby P.101

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionado la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física
9. Evitar peligros y no dañar a los demás
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponible

Afirmaciones teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – medico

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Forma lógica

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

4.2 Teoría del proceso enfermería

Concepto

Es un método sistemático para brindar cuidados humanitarios centrados en el logro de los objetivos.

Características

METODO: ordenamiento para llegar a un resultado.

SISTEMATICO: conformación de 5 etapas que nos llevan al logro final.

HUMANISTA: está centrado a las necesidades del individuo como ser holístico

INTENSIONADO: determina una finalidad.

DINAMICO: permite durante el proceso realizar cambios.

FLEXIVO: se puede adaptar a cualquier teoría.

INTERACTIVO: permite la relación enfermera – paciente

Etapas de proceso de atención de enfermería

Valoración

Se considera el pilar de enfermería por que de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas, para lograrlo es necesario una formación teórico- práctica en el campo disciplinar y requiere que la enfermera desarrolle capacidades de observación, análisis, y de síntesis para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

Durante el desarrollo de esta etapa la enfermera dispone de métodos, medios y procedimientos específicos para la integración de la historia clínica de enfermería, esta tiene la finalidad de reunir la información necesaria para la identificación de los problemas que encuentre al paciente para la satisfacción de sus necesidades.

Esta etapa de inicio al proceso de enfermería sin embargo es necesario ir la construyendo, a lo largo de su trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los usuarios.

•Recolección de datos

Es un proceso continuo, que debe iniciarse a la llegada del cliente al servicio los datos pueden ser subjetivos, históricos, actuales, fuentes secundarias, métodos para recolección de datos.

•Validación

Cerciorarse de que los datos obtenidos sean correctos y estén completos y así evitar interpretaciones erróneas. Ayuda a eliminar repetición facilita la administración y cuidados de calidad.

La información permite desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

El registro exacto permite comparar los datos posteriormente de esta manera ratificar, aclarar y actualizar los diagnósticos preliminares y facilitar el cuidado individualizado. Garantiza mecanismos de evaluación de los cuidados individuales de cada cliente. Significa un registro legal. Proporciona una base para la investigación de enfermería.

Diagnostico de enfermería

La formulación del diagnostico de cuidados se hace a partir de todo un conjunto de información recogidas por la enfermera y de las cuales ha extraído de los datos subjetivos y objetivos obteniendo del cliente y/o fuentes secundarias.

Los diagnósticos formulados de esta manera orientan el trabajo d la enfermera y dan sus intervenciones objetivos precisos.

Planificación

Es una de las etapas que orientan hacia la acción. Se basa en las etapas anteriores y específicamente en la definición de los diagnósticos de enfermería.

La enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del usuario y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar ya las precauciones que se deben tomar.

Ante todo esta planificación debe terminar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

Esta etapa que se lama también plan de intervenciones o plan de cuidados está compuesta de dos elementos.

Objetivos de los cuidados

Un objetivo de cuidados es la meta a la que se quiere que llegue el cliente.

Intención dada a los cuidados expresada por medio de un comportamiento esperado en el cliente: es un resultado que se desea obtener.

Propósito: define que de forma la enfermera y el cliente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida modificada o corregida.

Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería

REDACCION DE LOS OBJETIVOS

- Directrices para el desarrollo
 - A. deben relacionarse con la respuesta
(¿Cómo?): debe reflejar la primera parte de la declaración del diagnóstico
Identificando respuesta favorable.
 - B. tienen que centrarse en el cliente.
(¿Quién?): centrados en el comportamiento del cliente. Debe tratar lo que hará, cuando y hasta qué punto se llevara a cabo.
 - C. deben ser claros y concisos: de este modo aumentan la comunicación entre las personas del equipo de salud y fomenta la continuidad de cuidados. Debe evitarse palabras ambiguas o abstractas.
 - D. Deben describir comportamientos observables y mensurables (¿Qué, cuando, en qué medida?):
Deben referir lo que el cliente hará cuando y hasta qué punto.
 - E. deben ser realistas: deben ser alcanzables considerando los recursos del cliente, personal de enfermería y centro.
 - F. Deben delimitarse en cuanto al tiempo: hay que determinar cuánto tiempo se asigna para lograr el resultado: horas, al día siguiente, durante la hospitalización, etc.
 - G. Debe determinarse conjuntamente con el usuario y la enfermera.
Intercambio de expectativas, incluir al usuario como participe activo, ayuda al logro de los objetivos.

CAMPOS A LOS QUE PERTENECEN LOS OBJETIVOS:

Aspectos y funcionamiento del cuerpo.

Sintomatología específica.

Naturaleza psicomotriz.

Intervenciones

Permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el usuario y para corregir sus problemas de dependencia.

Para diseñar las intervenciones se basan:

Factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería.

En las posteriores interacciones que tiene con el usuario y su familia.

Las intervenciones:

Define las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas.

Se diseñarán en base a los conocimientos, habilidades y recursos.

Permite a la enfermera aplicar principios científicos, facilitar la administración de cuidados individualizados.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES

1.- DEPENDIENTES: se refiere a la ejecución de las prescripciones

2.- INTERDEPENDIENTES: actividades que puede realizar enfermería sin necesidad de la prescripción médica y que está autorizada a tratar en virtud de su formación y experiencias.

CARACTERISTICAS

Ser consecuentes con el plan de cuidados.

Basarse en principios científicos.

Individualizarse a la situación en concreto.

Centrarse en los factores relacionados del diagnóstico de enfermería.

Incluir la opinión del usuario al escoger alternativas.

Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del usuario y gravedad de la situación.

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico.

Oportunidades de enseñar – aprender.

Utilizar los recursos apropiados.

DIRECTRICES PARA LA REDACCION DE INTERVENCIONES

Deben estar fechadas y firmadas.

Deben incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados deseados.

Deben definir ¿Quién, que, donde, como y con qué frecuencia? Tendrán lugar las actividades.

Deben estar individualizadas para el usuario.

DOCUMENTACION DEL PLAN DE INTERVENCIONES

Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones de enfermería.

Facilita la comunicación al enviar información pertinente.

Es un mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados.

Se registra en distintos tipos e situaciones para fomentar una calidad asistencial facilitando: cuidados individualizados, continuidad asistencial, comunicación y evaluación.

Ejecución

Es la aplicación real de las intervenciones de enfermería, derivados de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados.

De acuerdo con Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste conducir al usuario hacia un estado óptimo de independencia en las satisfacción de sus necesidades, así, hay que valorar es estado o grado de dependencia y las capacidades del usuario, a fin de que conserve el grado máximo de autonomía posible.

Es posible que antes de ejecutar cuidados se valore nuevamente la pertinencia, vigencia y validez de la intervención a fin de actuar con plena certeza de lo que se va hacer, así también valorar las respuestas de dichas intervenciones a fin de cambiarlas en caso de que no funcionen correctamente.

En esta etapa de ejecución de los cuidados es el momento por excelencia para establecer la relación significativa. (Enfermera- paciente) con el paciente ya se a de ayuda funcional o pedagógica. Esta etapa se basa en la observación y comunicación las que permite ejecutar un plan de cuidados compresivos que garanticen la continuidad del mismo ya sea en el hospital, en su domicilio u otra institución.

En la ejecución de los cuidados es necesario que la enfermera fundamente sus acciones en conocimientos de las ciencias básicas de enfermería que le permiten garantizar la eficiencia de las actividades profesional.

Evaluación

Es la última etapa del proceso, se trata de una etapa difícil, porque en la hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones dedicadas por la enfermera. La evaluación es una condición absoluta de los cuidados.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERIA

5.1Caso clínico

Paciente femenina de 84 años de edad con anemia ferropénica desde hace 3 años con un tratamiento de sulfato ferroso, complejo B. Es originaria de Copandaro y residente de Morelia, de religión católica es analfabeta, madre de 7 hijos, de tez morena clara de complexión delgada, arrugas propias de edad y pelo canoso. Mide 1.41 m, pesa 45.600kg. Sus signos vitales se encuentran dentro de los normales registrando a la exploración física una presión arterial de 120/80mm/hg, frecuencia cardíaca 85 por minuto respiraciones 18 por minuto y la temperatura corporal fue de 36.3 °C.

Su primer embarazo fue a los 16 años e igual que a su primer hijo. Vive con 2 hijos, su nuera y 2 nietos desde que murió su cónyuge. Habita una casa tipo urbana con todos los servicios intradomiciliarios.

A la exploración bucal se identifica que no tiene dentadura, y refiere que no puede comer bien, su piel se encuentra reseca. La alimentación que mantiene es a base de frutas, verduras, carnes, leguminosas, tortillas, pan, leche y sus derivados, sin antes mencionar que todo lo antes mencionado lo consume en muy pocas cantidades ya que de le dificulta comer por falta de dentadura. Los hábitos intestinales son buenos no hay presencia de ruidos intestinales, evacua 1 vez al día o cada tercer día, sin molestias, orina la cantidad de líquidos que ingiera. Su orina es oscura sin olor.

Su sistema musculoesquelético se encuentra en buenas condiciones, ella aun realiza algunas actividades domésticas sin ayuda. Se baña cada 6 o 7 días entre las 12:00 del medio día y la 1:00 de la tarde ya que manifiesta que a esa hora hace calor, se viste de acuerdo a su comodidad, pero cuando es su nieta le dice que le ayude cuando se tiene que abrochar los botones. Suele dormir de 5 a 6 horas diarias. Y por las tardes ocasionalmente se duerme no menos de una hora.

Refiere que hace 4 años la intervinieron quirúrgicamente de la vesícula biliar la han hospitalizado en dos ocasiones en el hospital general de la mujer de Morelia.

5.2 VALORACION POR NECESIDADES

NECESIDAD DE OXIGENACION

A la exploración se observan las vías aéreas permeables no presenta disnea no ortopnea, el aparato respiratorio no se encuentra alterado. Sus signos vitales son: presión arterial 120/80mm./hg. Frecuencia cardiaca 85 por minuto, 18 respiraciones por minuto y su temperatura corporal fue de 36.3 c.

NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACION

El consumo de sus alimentos es a base de frutas, verduras carnes, huevo, leguminosas, cereales, tortilla, leche y sus derivados. Realiza dos comidas al día y refiere que no tiene horario para comer, en la cena solo consume una gelatina, o leche. Aparentemente no presenta trastornos digestivos. El proceso de masticación no es bueno ya que no tiene dentadura y refiere dificultar para algunos alimentos, menciona que toma un vaso de agua natural al día, siendo la ingesta de refresco.

NECESIDAD DE ELIMINACION

Los hábitos intestinales aparentemente son buenos, evacua una vez por día, o cada tercer día en poca cantidad sin presentar molestias. El número de veces que orina depende de la cantidad de líquidos que ingiera durante del día.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Su sistema músculo esquelético es bueno aun realiza algunas actividades domesticas. Refiere que después de un tiempo de andar caminando se cansa con facilidad. El aseo personal lo realiza por sí sola.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

Por si sola se viste y desviste, pero en algunas ocasiones su nieta la ayuda. Su ropa es acorde a su edad, el clima y la comodidad.

NECESIDAD DE DORMIR Y REPOSAR

Suele dormir de 5 a 6 horas diarias por la noche no le es fácil conciliar el sueño porque se preocupa por sus hijos que se encuentran en otro país. Durante el día duerme no menos de una hora en algunas ocasiones por no le es fácil conciliar el sueño.

5.7 NECESIDAD DE MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL ADECUADA

Mantiene la temperatura corporal de 36.3 c menciona que no le agrada el calor.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y PROTEGERSE SUS TEGUMENTOS

Su aspecto personal no es muy limpio, se baña cada 6 o 7 días y su piel no está hidratada.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La paciente refiere que en varias ocasiones se ha caído en la calle ya que tiene que salir a comprar cosas que ocupa y en ocasiones cruza la avenida madero.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

La paciente vive con dos hijos y la comunicación no es muy favorable ya que refiere que no la entiende, refiere sentirse sola porque extraña a sus hijos que se encuentran en otro país.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Es de religión católica, aun que menciona no acudir a misa continuamente.

NECESIDAD DE TRABAJAR DE FORMA QUE LE PERMITA SENTIRSE UTIL

La paciente ya no trabaja refiere que desde que fue operada dejo de hacerlo ella vendía dulces afuera de una escuela.

NECESIDAD DE RECREARSE

Se relaciona con facilidad ante otras personas la gran parte del tiempo ella se encuentra en su casa o con su vecina.

NECESIDAD DE APRENDER

La paciente refiere que nunca fue a la escuela porque falleció su mama cuando ella tenía 5 años.

5.3DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. Alteración de la nutrición relacionada con falta de dentadura manifestada por ingesta insuficiente en cantidad y cifra de hemoglobina de 4.6mg/dl.
2. Déficit de volumen de líquidos relacionados con una ingesta menor de 500 ml. De agua manifestado por resequedad de la piel, mucosas y concentración y poca cantidad de orina.
3. Alteración de la capacidad de caminar relacionada con la edad manifestada por agotamiento físico y andar lento.
4. Alteración del patrón del sueño relacionado con preocupación manifestado por dificultad para conciliar el sueño y expresiones verbales de no descanso.
5. Aislamiento social relacionado con ausencia de sus hijos que viven fuera del país manifestado por expresión de sentimientos de soledad.
6. Déficit del baño u aseo personal relacionado con incapacidad de percibir medidas higiénicas manifestado por falta de aseo dental, limpieza de uñas y baño cada 7 días.

5.4 PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

5.1 Diagnostico:

Alteración de la nutrición relacionada con la falta de dentadura manifestada por ingesta insuficiente en cantidad y cifras de hemoglobina de 4.6 mg/dl.

Objetivo:

La usuaria adecuara la ingesta calórica y nutritiva a sus necesidades metabólicas para una adecuada nutrición, (correcta absorción de nutrientes)

Planeación

- Conjuntamente con su familia se identificara los nutrientes en cantidad y calidad suficientes para sus requerimientos corporales
- Establecer con la familia una dieta que cubra con dichas necesidades, así como la óptima presentación para que pueda ser consumida por la usuaria.
- Calcular peso ideal de acuerdo al índice de masa corporal.

Razón 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 esta etapa son muchos los factores que pueden dificultar obtención o la ingesta de alimentos.
- IMC es uno de los criterios más importantes para conocer el estado nutricional de las personas adultas

- Comer tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales. Proporcionar un control sobre las comidas proporciona un bienestar global.²⁶

Ejecución

En el periodo:

5 de septiembre al 13 de Octubre

- se platico con la familia de Susanita 5 veces acerca de los alimentos que tiene que consumir.
- Se estableció una dieta con los familiares de Susanita, la misma consiste en alimentos ricos en hierro. Como hígado, carnes rojas, trigo, arroz, cebada, col, brócoli, alcachofas, nueces, pistachos, acelgas, brúcelas, avena.
- La dieta establecida fue del agrado de Susanita ya que se estableció que comiera 5 veces de las cuales 3 comidas son fuertes y 2 colaciones y no se le dificulta comer como por falta de dentadura ya que la los alimentos son de fácil masticación y ente ellos se incluyen papillas.
- Se llevo a Susanita a pesar y medir al inicio de las intervenciones

Evaluación:

El IMC de Susanita es ideal ya que se encuentra en los parámetros normales estando en el rango de 22. 93 considerando que se encuentra normal.

A Susanita se le dificulto la primera semana adaptarse a llevar a cabo un estilo de vida alimenticio diferente por la falta de costumbre y orientación ya que manifiesta que muchas de las veces solo comía 2 veces y sin horario y ahora es diferente. Las dietas que se llevaron a cabo fueron de su agrado y valorando el estado económico de sus familiares. Susanita refiere que ella se prepara los alimentos y le es más agradable consumirlos

Susanita se siente muy contenta con la dieta que está llevando con el apoyo que le están brindando sus familiares.

Las dietas se mostraran en el apartado de anexos

²⁶ José Quintín Olasloage Dietas y Normas Dietas y Terapéuticas quinta edición P.53-54

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

5.2 Diagnostico:

Déficit de volumen de líquidos relacionado con una ingesta menor de 500 ml de agua manifestado por resequedad de la piel, mucosas y concentración y poca cantidad de orina.

Objetivo:

Recuperara la hidratación optima en piel y mucosas así como aumentara cantidad de orina y disminuirá concentración.

Planeación:

- Establecer con su familia un programa para que Susanita aumente la ingesta de líquidos un mínimo de 1500 ml por día.
- Administrar los líquidos frecuentemente y en pequeñas cantidades.
- Extremar las medidas de higiene e hidratación de piel y mucosas: lavado con agua tibia y jabón. Con un pH al de la piel, secado por contacto, aplicación de crema hidratante no perfumada a base de lanolina si la piel está seca y escamosa.

Razón científica:

- Una hidratación optima, adecuada proporciona un medio de crecimiento de microorganismos.²⁷
- La disminución general de la sed con el envejecimiento hace que los ancianos sean propensos a no beber líquidos suficientes para mantener una buena hidratación.
- Cerca del 75% de la ingestión de líquidos del anciano se produce normalmente entre las 6 de la mañana y las 6 de la tarde.

²⁷ Rordmerk Roh Weder Bases Cientificas segunda edición MM P. 36

Ejecución

En el periodo:

2 de septiembre al 13 de octubre

- Se estableció en un programa con Susanita para que aumente la ingesta de líquidos que toma y se le explico lo importante que es que ella tome agua diario.
- Se acordó con Susanita que tiene que tomar 1 litro de agua diario en cantidades pequeñas tomando como referencia de medida una botella de 500 ml.
- Se le explico la importancia de la piel hidratada y se le proporciona jabón con un PH igual que el de su piel para cuando se bañe.
- Masajes suave en extremidades para mejor absorción de la crema

Evaluación

Susanita se mostro muy cooperadora todo el tiempo sin antes mencionar que al principio se le dificultaba realizar estas acciones para su mejora recuperación aumento la ingesta de líquidos en una cantidad de 800 ml al día siendo el mayor esfuerzo de ella por la costumbre de no ingerir líquidos. La ingesta de líquidos fue aumentando poco a poco en ocasiones se le preparaban aguas de frutas para que la ingesta fuera mayor, lo cual permitió que su piel y mucosas no esté reseca y la hidratación de su piel mejoro ya que utiliza una crema a base de lanolina. El objetivo no fue logrado al 100 % pero si se logro una mejoría en Susanita lo cual ella se siente contenta.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

5.3 Diagnostico:

Alteración de la capacidad de caminar relacionado con la edad manifestado por agotamiento físico.

Objetivo:

Susanita aumentara las distancias de paseo demostrara una movilidad segura sin riesgo, para mantener su ritmo de actividad

Planeación:

- Explicarle a Susanita que la deambulación, segura es un movimiento completo en el que participan los sistemas musculo esqueléticos, neurológico y cardiaco vascular junto a factores cognitivos como mentalidad orientación.
- aconsejar a la paciente la deambulación mediante paseos por lo menos tres veces por semana
- Asegurarse de que se estén utilizando correctamente y de forma segura la ayuda para la deambulación (bastón)
- Utilizar zapatos de su medida y consistentes.

Razón 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 de las articulaciones
- La realización regular y sistemática de una actividad física ha demostrado ser una práctica sumamente beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, así como un medio para forjar el carácter, la disciplina, la toma de decisiones y el cumplimiento de las reglas beneficiando el desenvolvimiento en todos los ámbitos de la vida cotidiana

Ejecución

En el periodo:

9 de septiembre al 1 de octubre

- Se le explico a Susanita la importancia de la deambulaci3n segura lo cual permiti3 que saliera a caminar por las tardes aumentando sus distancias
- Se le recomend3 a Susanita que utilizara zapatos c3modos para salir a caminar.
- Se platica con Susanita y sus familiares que debe de caminar por las tardas para que no se fatigu3 tan r3pido al caminar y as3 el salir a caminar diario ya no se agotara con facilidad y deber de estar acompa1ada de uno de sus familiares.

Evaluaci3n:

Susanita mostro una deambulaci3n segura y sin tanto agotamiento f3sico, pero al principio no quer3a salir a caminar por que manifestaba que se agotaba con facilidad la primera semana solo caminaba por las tardes 30 minutos con 2 descansos de 5 minutos, y en la tercera semana deambulo 60 minutos con 2 descansos de 10 minutos y Susanita refiere que su nieta la acompa1aba y adem3s que el caminar le ayudo mucho como forma de distracci3n

NECESIDAD DE DORMIR Y REPOSAR

5.4 Diagnostico:

Alteración del patrón del sueño relacionado con preocupación manifestado por dificultad para conciliar el sueño y expresiones verbales.

Objetivo:

Susanita podrá conciliar el sueño sin dificultad ambiente agradable y uso mediante técnicas de relajación.

Planeación:

- Establecer y respetar un horario para dormir y descansar
- Si el sueño es diurno es excesivo (más de una hora) limitar la cantidad y duración de las siestas a fin de favorecer el descanso nocturno.
- Proporcionar medidas de bienestar antes de dormir (dar un masaje).
- Reducir la estimulación ambiental (luces, ruidos) durante la noche o en los momentos adecuados para dormir.

Razón científica:

- Para sentirse descansada, una persona suele tener que completar todo un ciclo de sueño (700 – 100 minutos) cuatro o cinco veces por noche.
- Los ancianos son más sensibles a las preocupaciones para lo que se sugiere el uso de métodos de relajación.
- La leche caliente contiene L- triptófano, que es un inductor del sueño.

Ejecución

En el periodo:

3 de septiembre al 13 de octubre

- Se realiza la identificación de los factores que alteran el patrón del sueño de Susanita.
- Se le informa a Susanita el porqué es bueno tener un horario para dormir
- se le explica a Susanita y a sus familiares que los masajes es una forma de relajación para dormir, así como se les demuestra en 3 ocasiones acudiendo a realizarle los masajes a Susanita la forma en que deben de realizarlos.
- se le explica a sus familiares que tienen que reducir los ruidos y las luces para que su sanita pueda dormir mejor.

Evaluación:

Susanita manifiesta que ya pude dormir en el horario que se estableció siendo de su agrado sin antes mencionar que al principio le costaba mucho trabajo conciliar el sueño pronto, su nieta o su hijo le dan un masaje antes de que se duerma y le proporcionan un vaso de leche tibia el cual es un inductor del sueño. Susanita refiere que los masajes le sirven demasiado y el vaso de leche tibia que le proporcionan antes de dormir el cual es un inductor del sueño.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

5.5 Diagnostico:

Aislamiento social relacionado con ausencia de sus hijos que viven fuera del país manifestado por expresión de sentimientos de soledad

Objetivo:

Se favorecerá todas las situaciones que promuevan el intercambio social así como el contacto con familiares y entorno agradable para ella.

Planeación:

- Ayudar a identificar los factores físicos, emocionales que contribuyan al sentimiento de aislamiento social.
- Identificar grupos de apoyo y ayuda para integrarse.
- Fomentar las actividades de enriquecimiento personal (bordar, que vea la TV. hablar con sus hijos por teléfono).

Razón científica:

- La comunicación es el centro de todas las relaciones humanas, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a reducir el aislamiento social y transmitir que se comprenda al paciente.
- Los métodos de comunicación alternativos pueden ayudar a disminuir ansiedad y los sentimientos de aislamiento y favorecen la sensación de control sobre la situación de seguridad
- Las personas son sociales por naturaleza y la comunicación constituye la base de todas las relaciones interpersonales.

Ejecución

En el periodo:

9 de septiembre al 13 de octubre

- Se platico con Susanita en 4 ocasiones para que exprese sus sentimientos y no se sienta sola
- Se platica con sus familiares para que pueda tener teléfono y así sus hijos que viven fuera del país le puedan llamar para y Susanita se sienta más cerca de ellos.
- se le invita a Susanita para que asista al costurero de la colonia donde ella vive, para que le sirva de forma de distracción.

Evaluación:

Susanita acude a clases de costura pero refiere que va solo para convivir con algunas de sus amiguitas que también asisten en el cual le sirve como terapia y para que conviva con más personas, la línea de teléfono se le instala el próximo mes cuando llegue su hijo que se encuentra fuera del país la cual la tiene muy contenta.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y PROTEGERSE SUS TEGUMENTOS

5.6 Diagnostico:

Déficit del baño o aseo personal relacionado con incapacidad de percibir medidas higiénicas manifestada por falta de aseo personal dental, limpieza en uñas, y baño cada 7 días.

Objetivos:

Susanita aumentara la participación en el autocuidado realizando baño mínimo cada 3 días y lavado dental 2 veces al día, para lograr medidas higiénicas adecuadas.

Planeación:

- Se motiva a Susanita para que realice su aseo personal diariamente, explicándole las ventajas que tiene que lo lleve acabo
- Se le proporcionara todo el material necesario para que se realice su autocuidado ,
- jabón, pasta dental, esponja)
- Establecer con la familia que le ayuden en el aseo de las uñas así como cortárselas.

Razón científica:

- El objetivo primordial del baño es la eliminación del sudor, las toxinas, la piel descamativa y los olores corporales.
- El baño favorece la circulación de la sangre en las piernas
- Proporciona comodidad y relajación al paciente y mejora su imagen.

- La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimiento de dependencia y un auto concepto bajo aumentando la independencia para el cuidado personal se eleva la autoestima.²⁸

Ejecución

En el periodo:

6 de septiembre al 6 de octubre

- Se platica con Susanita la ventajas que tiene el bañarse diario o cada tercer día.
- Se platica con Susanita para que realice su aseo dental por lo menos 2 veces al día y se le explica la forma correcta de cepillado y que este tiene que ser con movimientos suaves para que no se lastime su encía.
- A la familia se le explica lo del aseo de uñas lo cual su hijo o nietos se encargan de hacerlo evitando que se con el mayor cuidado para no lastimarla.

Evaluación:

En este diagnostico las acciones fueron un poco difíciles ya que Susanita se molestaba un poco cuando sus familiares le decían que ser bañara que era por su bien y ella no quería decía que estaba limpia que para que se baña pero con el transcurso de los días fue aceptando que tenía que bañarse mínimo cada tercer lo cual si lo realiza con el apoyo de su familia el aseo dental lo realiza 2 veces al día y el aseo de las uñas se encargan de hacerlo sus hijos y nietos.

²⁸ NANDA Diagnósticos de enfermería: definiciones y clasificaciones, Harcourt P.40

6. CONCLUSIONES

- Los avances que se lograron con las intervenciones planeadas fueron llevados a cabo de una manera que el paciente colabora al igual que su familia en un ambiente agradable.
- Con respecto a las técnicas que se realizaban se visitaba a la paciente todos los días y se les explicaba de manera muy significativa las acciones que se llevarían a cabo.
- Esto permitió que la mayoría de los objetivos fueran alcanzados parcialmente en forma satisfactoria.
- Al solicitar la autorización de la paciente y sus familiares para este trabajo existió un poco de duda por parte de la paciente, pero luego se le explico que el proceso enfermería es para una mejor calidad de vida. Quiero mencionar que la familia se mostro muy contenta y con disponibilidad para llevar a cabo las actividades propuestas con la paciente.

SUGERENCIAS

Que el proceso de enfermería sea implementado como una materia dentro del plan de estudios de la facultad de enfermería, ya que esto facilitaría su aplicación en el campo clínico.

Que en todas las instituciones del área de la salud ya sea primer nivel, segundo nivel o tercer nivel, el personal de enfermería lo realice a todos los pacientes pero en especial a los adultos mayores que por su edad lo necesitan cada día mas ya que esto va en aumento.

Por último que el proceso enfermería siga siendo una forma de titulación ya que con esto se demuestra que enfermería tiene la capacidad para llevar a la práctica sus conocimientos ya que todo se aplican con un fundamento científico

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Gustavo de Elorza Martínez *Manual de enfermería de Zamora* segunda edición Z Zamora P.1033-1061.
2. R. Rodríguez. J. Mórele. J. Encinas. Z. Trujillo. C.b Hyve *Geriatría* primera edición Mc Graw Hill interamericana P. 297- 299
3. L.J Carpenito, *Diagnósticos de enfermería a la práctica* clínica novena edición Mc Graw-Hill interamericana P. 714-717
4. L.J Carpenito, *planes de cuidados y documentación en enfermería* primera edición Mc Graw Hill interamericana p.262-265.
5. L.J Carpenito *diagnósticos de enfermería* novena edición Mc Graw Hill interamericana P.90-91
6. Ana Marriner Tomey – Martha Raile Alligoog *Modelos y teorías en enfermería* quinta edición. El sevier S M Mosby P.98-107
7. Roberto L. Kane, Joseph G. Ouslander, I Tamar B. Abrass *Geriatría Clínica* cuarta edición Mc Graw Hill P.289-291
8. José Quintín Olascoage *Dietas y Normas Dietas y Terapéuticas* quinta edición P.53-54
9. Susana J. I Caza Maisés Behar *Nutrición* segunda edición Mc Graw Hill interamericana
10. Eleine B Feldman *Principios de Nutrición* MM
11. Guyton Hall *Tratado de fisiología médica* Mc Graw Hill interamericana P.474-477
12. Rordmark Roh Weder *Bases Científicas* segunda edición MM P. 368

13. DR. E. Dabout. *Diccionario de Medicina* P. 48
14. *Mosby Diccionario de medicina oceano* editorial océano P.633
15. CONAPO. Perspectiva demográfica de la tercera edad
<http://www.conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm>
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
<http://www.inegi.gob.mx>

8. ANEXOS

SECRETARIA DE SALUD

NORMA Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13, Apartado A, 23, 24, fracción III, 27, fracción X, 34, 40, 45, 58, fracción III, 167, 168, 171 y 172 de la Ley General de Salud; 3, 4, fracciones I, V, y VI, 7, 10, 11, 12, fracciones II y VI, 13, 41 y 45 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; 3, fracción XI, 40 fracciones I y XII, 47, fracción I y 52 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4, 7, 8, 56, 135, fracción VI, 137 y 138 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 23 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

CONSIDERANDO

Que con fecha 4 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité

Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario,

José Ignacio Campillo García.- Rúbrica.

MENU DEL DIA CON ALIMENTOS QUE CONTIENEN HIERRO

MENU 1

Desayuno:

- 1 vaso de jugo de naranja
- 2 huevos al gusto
- 2 tortillas o pan

Colación:

- Un plátano
- 1 vaso de agua natural o de sabor

Comida:

- Sopo de lentejas
- Hígado al gusto
- 2 tortillas
- Agua de sabor o natural

Colación:

- Semillas de flor de calabaza

Cena:

- 1 vaso de leche
- 1 pieza de pan

MENU 2

Desayuno:

- 1 bolillo con frijoles y queso
- 1 taza de avena

Colación:

- 3 piezas de guayabas

Comida:

- Caldo de frijoles con queso
- Brócoli guisado con salsa
- 1 vaso de agua natural o de sabor

Colación:

- 2 rebanadas de melón con limón
- Agua de sabor o natural

Cena:

- Un vaso de leche
- Con una pieza de pan

MENU 3

Desayuno:

- Huevo con papas
- 2 tortillas
- Atole blanco

Colación:

- Una gelatina

Comida:

- Caldo de res
- Sopa de arroz
- 2 tortillas

Colación:

- Semillas de flor de calabaza
- Agua de sabor o natural

Cena:

- 1 taza de atole de champurrado
- 2 tacos de cabeza de res

MENU 4

Desayuno:

- 2 quesadillas
- Frijoles con queso
- 1 vaso de jugo de naranja

Colación:

- 1 gelatina
- 1 manzana cocida

Comida:

- Tortitas de habas
- Sopa de lentejas
- 3 tortillas
- 1 vaso de agua de avena

Colación:

- 1 chayote cocido
- Agua de avena

Cena:

- 1 vaso de leche1 pieza de pan

LISTA DE ALIMENTOS QUE CONTIENE HIERRO

HIGADO
CARNES ROJAS
MORONGA
ALMENDRAS
NUECES
PASAS
AVELLANAS
PISTACHOS
AVENA
ARROZ
TRIGO
CEBADA
ESPINACAS
COL
BRUCELAS
BROCOLI
FRIJOLES
HUEVOS
ACELGAS
ACEITUNAS
MALEZA NEGRA
PILONCILLO

GLOSARIO

ANEMIA: La anemia es una enfermedad de la sangre que es debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina

ANEMIA FERROPENICA: La anemia ferropénica es una disminución en el número de glóbulos rojos provocada por escasez de hierro.

AUTOESTIMA: La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

ADULTO MAYOR: Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad.

CALIDAD DE VIDA: se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes

GERIATRIA: La Geriátría es la especialidad médica que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de la rehabilitación de las enfermedades del adulto en senectud

GERONTOLOGIA: La gerontología (de *gero*, anciano y *logos*, estudio) es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento la gerontología se ocupa, en el área de salud, estrictamente de aspectos de promoción de salud. Por lo demás, aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el adulto mayor.

MORBILIDAD: se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

MORTALIDAD: Número total referido al total de habitantes. En el caso de una enfermedad, es el número de muertes producido por ella entre los que se han

TANATOLOGIA: La Tanatología es la disciplina que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte.

VIEJO: Persona de avanzada edad.

VEJEZ: Estado senil al que se llega por causa del envejecimiento.