

GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL ANCIANO

Olga Marina Vega Angarita*

RESUMEN

Para algunos la longevidad conlleva una mayor fragilidad y morbilidad. Los ancianos de hoy viven más que antes, y hay más casos de enfermedades y discapacidades que requieren cuidados en vez de curación¹.

El anciano tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hacia la senescencia.

El artículo presenta una recopilación bibliográfica efectuada por la autora y se constituye en un material de referencia que ayuda a concebir el fenómeno del envejecimiento desde una perspectiva multidimensional y bosqueja una propuesta de práctica profesional desde la visión ética del ser humano.

Para ello plantea la descripción de un cuidado genérico estandarizado reconociendo la individualidad del adulto mayor, el cual se fundamenta en el:

- Establecimiento de diagnósticos de enfermería propuestos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), sobre la base de los problemas más frecuentes en las personas ancianas y que se asocian con esta etapa de la vida². Clasificados según los patrones funcionales de Maryory Gordón
- Descripción de la actuación profesional con la utilización de la Guía (5) de intervención basada en la evidencia científica, así como en la clasificación de intervenciones de enfermería propuestas en el (NIC).

Palabras Claves:

Población anciana, cuidado de enfermería.

* Docente asistente Facultad Ciencias de la Salud Especialista enfermería Médicoquirúrgica con énfasis en neurocirugía, Magíster cuidado de enfermería paciente crónico Universidad Nacional de Colombia. Miembro Grupo Cuidado de Enfermería GICE. E-Mail omvega@bari.ufps.edu.co

¹ DIAGO FRANCO, José Luis, Programa: Salud del anciano, Dirección general de promoción y prevención, Ministerio De Salud, 1997, p.27

² GIL FERNÁNDEZ Mónica, Diagnósticos de enfermería más frecuentes en geriatría, proyecto investigativo, Revista Desafíos, Diciembre 1999 (4), Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional del Rosario, Argentina, p.45

SUMMARY

For some the longevity entails a greater fragility and morbidity. The old ones of today live more than before, and are more cases of diseases and incapacities that require cares instead of treatment. The old one has manifold well-taken care of necessities and problems that require understanding and on the part of the nurse to promote the health, the well-being, the recovery of the disease or incapacity and the success in the evolution towards the senescence. The article presents a bibliographic compilation realized by the author and it is constituted in a reference material that helps to conceive the phenomenon of the aging from a multidimensional perspective and sketches a proposal for professional practice from the ethical vision of the human being.

For it is raises the description of a generic care standardized recognizing the individuality of the greater adult, who is based on:

- * Establishment of diagnoses of nursing proposed by NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), on the base of the most frequent problems in the old people and who are associated with this stage of the life. Part of the valuation made according to the functional patterns of Maryory Gordón
- * Description of the professional performance with the use of Guide (5) of intervention based on the scientific evidence, as well as on the classification of propose interventions of infirmity in (NIC).

Key Words:

Nursing care, Old People.

CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO

Según estudios de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en el periodo de 1950 - 2025 la población mundial se triplicará alcanzando los 8.206'000.000 habitantes; en tanto que las personas mayores de 60 años, se multiplicarán por cinco, o sea que una de cada 7 personas tendrá más de 60 años, frente a una de cada 12 en 1950; lo que hace pensar que actualmente el mundo se encuentra en la "Era del envejecimiento".

Al mirar la expectativa de vida en América Latina específicamente, la tendencia es hacia una mayor longevidad. Catorce países Latinoamericanos, incluidos algunos del Caribe y Centroamérica, superan los 70 años, otros sobrepasan los 60 años, es el caso de Colombia.³

Según documento CONPES (1995), específicamente en nuestro país la población mayor de 60 años

³ TORRES, Leonor, reyes Clemencia, Rubio Margota, El anciano de hoy: nuestra prioridad el cuidado de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, primera edición 1998 p. 48

pasó de 1.04 millones de personas en 1970, cuando representaban el 5% de la población total a 2.16 millones de personas en 1993 constituyendo el 6.2% del total de la población. Se ha calculado que en el año 2010 esta alcanzará el 8.7% de la misma representado en 3.7 millones de personas.

Los adultos de más de 60 años de edad, constituyen un grupo que posee características distintivas. En estudios realizados antes de 1993 se encontró que el 87.5% de los ancianos no eran beneficiarios de la seguridad social, 42% no contaban con ingresos formales y regulares, 41.93% estaban en situación de miseria en zonas marginales, 11% vivían en tugurios, 32.5% eran analfabetos, el 8.7% eran pensionados, el 30.85% realizaban diversos oficios para subsistir. A esta población le corresponde cerca del 50% del total de las defunciones del país. Porcentaje en el que se espera incremento atendiendo los comportamientos observados en especial en los países en desarrollo.⁴

Vemos como las estadísticas sobre el envejecimiento de las poblaciones sugieren que todas las personas mayores son similares y tienen las mismas necesidades. Sin embargo, los "ancianos" son un grupo heterogéneo, con variaciones en cuanto a la edad, cultura y las condiciones socioeconómicas.⁵

Han contribuido al aumento de la expectativa de vida aspectos tales como: desaceleración del ritmo de la población, cambios en la estructura de la urbanización, disminución del tamaño de las familias, apertura de oportunidades de participación de la mujer en el desarrollo del país, mayor acceso a la educación, ampliación de la cobertura de la seguridad social, disminución de las tasas de fecundidad; igualmente merecen mención los avances científicos y tecnológicos que han contribuido al descenso en la mortalidad infantil (Torres, Rubio).

Para algunos la longevidad conlleva una mayor fragilidad y morbilidad. Los ancianos de hoy viven más que antes, y hay más casos de enfermedades y discapacidades que requieren cuidados en vez de curación.⁶ Estudios realizados por Hata en Japón en 1989, encontraron que en promedio una persona a los 30 años tiene una patología, a los 45 años entre 2 y 3 patologías, a los 50 años 4 patologías y entre los 60 y 70 años de 6 a 7 patologías.

La población anciana aumenta aceleradamente, más no así el crecimiento de entidades y programas, no existe una adecuada preparación para ofrecer la atención y cobertura necesarias. El perfil epidemiológico prevalente y las necesidades de salud en las personas mayores son consideraciones a ser tenidas en cuenta por parte de los políticos y planificadores responsables de la formulación de las políticas del sector social (salud, educación, y seguridad social) orientadas hacia el mejoramiento del bienestar del anciano no sólo a través de la curación de la enfermedad si no a

⁴ Colombia, Salud en las Américas, Vol. II edición 1998, Organización Panamericana de la salud, Washington pp. 184-197

⁵ STAAB, Ángela S, COMPTON H Linda, Enfermería gerontológico, Mc Graw-Hill Interamericana, 1998, p. 17-23

⁶ DIAGO FRANCO, José Luis, Programa: Salud del anciano, Dirección general de promoción y prevención, Ministerio De Salud, 1997, p.27

través del desarrollo de programas que promuevan la salud y que prevengan o retarden la aparición de enfermedades y discapacidades.

Los lineamientos políticos definidos por la Organización mundial de la Salud (OMS) han influido profundamente en la concepción de los programas de cooperación para las personas adultas mayores. En general estos programas se orientan a:

- Prevenir la enfermedad y la incapacidad, en especial la incapacidad social.
- Hallar medios innovadores para estructurar los servicios sociales y de salud destinados al anciano(a), que le permitan mantenerse integrado a la comunidad por más tiempo.
- Modificar la actitud de los profesionales de la salud, de los gobernantes y del público en general hacia las personas ancianas, con el fin de permitirles participar más activamente en el mejoramiento de su propia situación y en los servicios que se les suministren.⁷

Las enfermeras en colaboración con otros profesionales de la salud tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas ancianas. Según declaración del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Los servicios de enfermería son el mayor de los componentes para dispensar los cuidados a las personas mayores frágiles, enfermas y moribundas; y que al mismo tiempo contribuyen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. El fomento de la auto-asistencia y el derecho de las personas mayores a participar en las decisiones sobre su estilo de vida y tratamiento son aspectos importantes del rol y competencia profesional.

Bajo ese panorama es imprescindible la elaboración de una guía de cuidados integrales que permita al profesional de enfermería la continuidad, coordinación y consecución de los resultados esperados en este grupo poblacional específico, en el que las limitantes biológicas, psicológicas, sociales, y culturales son aspectos a considerar en la calidad de vida del adulto mayor.

DEFINICION DE CONCEPTOS

Envejecimiento

Numerosas definiciones han abordado el concepto de envejecimiento, como proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Para HRUZA, 1972, es una pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce, en último término, a la muerte. La vitalidad, según ello, sería la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas (BEJER, 1973).

⁷ OROZCO VARGAS, Ma Victoria, GONZALEZ PERERA Teresa, PICO MARTINEZ, Edilia, Guía de intervención basada en la evidencia científica. Ancianos, Instituto del Seguro Social-Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN 1998, p.9



Cambios Biosociales del anciano

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos, y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. A continuación se describen los cambios biosociales más significativos:⁸

Cambios Biológicos

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

Modificaciones Celulares

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

Envejecimiento en la piel y anexos cutáneos

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce:

- Alteración de la permeabilidad cutánea, - Disminución de las reacciones inflamatorias de la piel
- Disminución de la respuesta inmunológica
- Trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la Vascularización.
- Pérdida de elasticidad de los tejidos.
- Percepción sensorial disminuida.
- Disminución de la producción de la vitamina D.
- Palidez.

Envejecimiento del cabello

- Después del climaterio disminuye el vello en el pubis y axilas.
- Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso.
- Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones.

⁸ Cambios biológicos, psicológicos y sociales de la vejez, http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/an_cambios.htm, Junio 2005

- También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro.
- Hipotiroidismo.
- Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara (Hirsutismo) posiblemente como consecuencia de estimulación androgénica y falta de estrógenos, y en hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

Envejecimiento en las uñas

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

Envejecimiento óseo

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

Envejecimiento articular

- Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos.
- En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso.

Envejecimiento muscular

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

Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio

Cambios de la Estructura cardiovascular



- El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.
- El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.

Cambios en la Función cardiovascular

- Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo.
- La hemodinámica está alterada; no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.
- También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.
- El gasto cardíaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.
- Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

Envejecimiento del Sistema Respiratorio

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

- Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiólos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares inter-alveolares con una disminución del PO_2 , afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.
- La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.



- Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.
- Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, y disminución del movimiento ciliar que contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución de la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

Envejecimiento del sistema Digestivo

- No hay grandes cambios a nivel anatómico la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colon.
- Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensibilidad gustativa.
- La pérdida total o parcial de la dentadura, el hueso alveolar se atrofia produciendo la pérdida de la altura facial, tendencia al prognatismo.*
- La mucosa oral del anciano se vuelve pálida, fina, y atrófica.
- Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.
- En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

Envejecimiento del Sistema Genitourinario

Son Evidentes cambios en la estructura como en la funcionalidad

- El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye.
- En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.
- Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, éstas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.
- El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.
- También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina en el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

* TORRES, Leonor, reyes Clemencia, Rubio Margala, Op.cita p.101



- Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.
- En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal.
- En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos

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

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

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

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución.

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

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

En el oído: existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartilago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el cúmulo de cerumen en el oído.



El gusto y el olfato suelen estar disminuidos por la disminución en un 80% de las papilas gustativas anteriores, disminución de la sensación de calor atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

* Cambios Psíquicos:

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales

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

Carácter y Personalidad: La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo a situaciones desconocidas.

* Cambios Sociales:

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

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de Rol Laboral

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



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

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas, deberá prepararse antes de la jubilación.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Existe una creciente conciencia de que el cuidado de enfermería es el factor clave en la sobrevivencia, mantenimiento, rehabilitación y aspecto preventivo del cuidado de la salud del adulto mayor.

La valoración del adulto mayor tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales, problemas de salud, reales o potenciales que puedan ser tratados por las enfermeras. Para llevar a efecto esta valoración, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo definido. Es así como se eligió la propuesta de Maryory Gordón con sus Patrones Funcionales. La valoración se realiza a través de los 11 Patrones Funcionales de Salud:

1. Patrón de percepción-Mantenimiento de la Salud.
2. Patrón Nutricional-Metabólico.
3. Patrón de Eliminación.
4. Patrón de Actividad-Ejercicio.
5. Patrón Reposo-sueño.
6. Patrón Cognitivo-Perceptual.
7. Patrón de Auto percepción - Autoconcepto.
8. Patrón de Rol - Relaciones.
9. Patrón de Sexualidad- Reproducción
10. Patrón de Afrontamiento- Tolerancia al estrés.
11. Patrón de Valores. Creencias.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

A efectos del presente artículo retoma los planteamientos dados por la NANDA al diagnostico de enfermería, entendido como un juicio sobre el individuo familia o comunidad que se deriva del proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos.



Un diagnóstico de enfermería real representa un estado que ha sido validado mediante características definitorias identificables. Este tipo de diagnósticos tienen cuatro componentes enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Un diagnóstico de enfermería de riesgo según NANDA es un juicio de que un individuo, comunidad, es más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación igual.¹⁰

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ABORDAJE DEL ADULTO MAYOR

Patrón de Percepción- Mantenimiento de la salud

Riesgo de lesión (traumatismo)¹¹

* Intervención de enfermería ¹²

Identificar la presencia de factores causales o concurrentes:

- Entorno extraño.
- Hipotensión ortostática.
- Zapatos inadecuados.
- Utilización inadecuada de bastones, muletas y caminadores.

Para reducir o eliminar en lo posible los factores causales:

- Oriente al anciano(a) y a su familia sobre la importancia de hacer un reconocimiento de la planta física cuando se encuentre en un entorno extraño.
- Enséñele el acceso a las diferentes partes del lugar.
- Utilice iluminación en los lugares posibles de acceso al anciano en la noche.
- Acompañele durante las primeras noches para valorar su seguridad.

Para la visión afectada:

- Proporciónele una iluminación segura.
- Instalar en sitio accesible y cerca de la cama el interruptor de la luz.
- Enséñele que cuando encienda la luz cierre los ojos por un instante y que se desplace sólo cuando hayan transcurrido unos pocos segundos.

Para Hipotensión ortostática:

- Enséñele a levantarse por pasos, evitando hacerlo bruscamente.
- En caso de presentar mareos, indíquele que se quede quieto y busque apoyo para desplazarse.
- Enséñele a utilizar apoyo cuando necesite agacharse.
- Enséñele a cambiar de postura lentamente.

¹⁰ BAÑEZ ALFONSO Luz E, SARMIENTO DE F Lucía, El proceso de enfermería, Ediciones Universidad Industrial de Santander, Primera edición, 2003, p.76

¹¹ GORDÓN Mayory, Manual de diagnósticos enfermeros, décima edición, Mosby, 2003, p. 95-99

¹² OROZCO VARGAS, Ma. Victoria, GONZALEZ PEREIRA Teresa, PICO MARTINEZ, Estela, Op.cita p.34



- Oriéntele que evite estar de pie por largos periodos de tiempo.

Para marcha insegura:

- Refuércelo la necesidad de utilizar ayuda de aparatos (Bastón, muleta, caminador), y enséñele su correcto uso.
- Oriéntele sobre el uso de zapatos adecuados con suela antideslizante.
- Oriéntele sobre la importancia de que el piso este limpio, seco, libre de obstáculos y sin tapetes que no estén fijados al piso.

Para reducir o eliminar situaciones de riesgo:

- Enséñele la importancia de utilizar una superficie antideslizante en la ducha.
- Recomiende instalar agarraderas en el baño y pasamanos en las escaleras, corredores y vías de acceso.
- Motívele a mantener el piso seco para evitar caídas.
- Evite el uso de tapetes móviles pequeños.
- Mantenga la iluminación en las zonas oscuras del hogar.
- Evite el paso de animales domésticos en los lugares frecuentados por el anciano.
- Conserve sus elementos de aseo y de uso personal en sitio de fácil acceso.
- La habitación debe estar preferiblemente en el primer piso.

Patrón Nutricional Metabólico

Deterioro de la dentición

Alteración de la nutrición: por defecto.

Déficit en el volumen de líquidos.

* Intervención de enfermería¹³

Para su higiene oral:

- Revísele e interróguele sobre el estado y funcionamiento de su cavidad oral.
- Mutuamente acuerden los cuidados de la cavidad oral: cepillado, cuidado de la prótesis, visita al odontólogo.
- Las personas que no sean capaces de soportar el cepillado pueden usar aplicadores húmedos para frotarse la boca o los dientes, y aclararse ésta con agua.
- Recuérdele que debe evitar los líquidos para enjuagar la boca que contienen alcohol.
- Enséñele la técnica de limpieza de prótesis removibles: Limpiarse con un cepillo de dientes fuerte y rígido y enjuagarlas con agua fría, dejar durante la noche la prótesis en una solución de agua con bicarbonato.

¹³ STAAB, Ángela S, COMPTON H Linda, Op.cite 164

Para la ingesta de líquidos:

- Elaborar un plan para obtener y suministrar los líquidos necesarios con la participación del paciente.
- El plan debe considerar la cantidad el tipo de líquido que se ofrecerá en cada momento, o como restricciones ocasionadas por medidas terapéuticas en la atención de problemas cardiovasculares o por temor a episodios de incontinencia.

Para su alimentación:

- Determine las preferencias de alimentos y ofrézcale pequeñas cantidades con mayor frecuencia
- Anímele a comer por sí solo.
- Oriéntele en la preparación de alimentos fáciles de deglutir.
- Favorecer la socialización y el disponer de un ambiente agradable y relajado para comer incentivele a compartir la comida en familia.
- Sírvala la comida en recipientes que faciliten su uso.
- Explíquele sobre la importancia de comer sentado, y del evitar acostarse inmediatamente después de cada comida.

Patrón de Eliminación

Incontinencia urinaria: Urgencia (relacionada con disfunción genitourinaria), infecciones urinarias o repetición.

Incontinencia urinaria: Esfuerzo (relacionada con el aumento de la presión intraabdominal)

Incontinencia urinaria: Funcional (relacionada con el difícil acceso a servicios sanitarios)

Incontinencia Urinaria: Total.

* Intervención de enfermería

Cualquiera que sea el tipo de incontinencia las intervenciones de enfermería se centran en reducir el número de episodios de incontinencia, aumentar la capacidad para retrasar la evacuación, reducir la micción nocturna, reducir el volumen de los accidentes, recuperar la actividad física o social, reducir el tamaño del producto de absorción y el sentirse más seguro al retrasar la urgencia al miccionar.

- Identifique los causas de los múltiples factores que producen la incontinencia, (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación, medicamentos).
- Vigilar la piel de la región genital, sacro, y glúteas, para detectar irritaciones e infecciones.
- Ayúdele a seleccionar prendas protectoras/ pañal de incontinencia adecuado de acuerdo con las particularidades.



- Estimúlele a utilizar ropa cómoda, amplia y fácil de quitar.
- Establecer horarios de eliminación e ingesta de líquidos.
- Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.
- Programar la administración de diuréticos para que tengan menos impacto en el estilo de vida del adulto mayor.
- Limitar la ingesta de productos estimulantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- Realice reeducación de la musculatura pelviana mediante la práctica de los ejercicios de Kegel.
- Refuércese medidas comportamentales en relación con mantener la ropa interior limpia y seca, efectuar el cambio siempre que sea necesaria, efectuar la limpieza del perineo siempre de adelante hacia atrás.

Patrón de Actividad-Ejercicio

Deterioro de la movilidad física.

Deterioro de la deambulacion.

Déficit de Autocuidado: Arreglo personal, vestido, administración de medicamentos

- Valore la capacidad funcional del paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- Asegúrese que las articulaciones y el cuerpo estén en alineación adecuada mientras el paciente esté en reposo.
- Indique las modificaciones del entorno que puedan resultar adecuadas, en caso necesario.
- Enséñele al paciente y a su familia a realizar ejercicios de fortalecimiento y estiramiento muscular. Lo anterior, en la prevención de la pérdida de la función muscular que acompaña el envejecimiento.
- Determinar los factores que aumentan la fatiga y espaciar las actividades durante el día, alternando actividad y reposo.
- Eduque al paciente sobre el uso de dispositivos de deambulacion.
- Estimule la realización de actividades que el usuario pueda ejercitar por sí solo o con un mínimo de asistencia.

Para su higiene personal:

- Pacte la hora preferida para realizar el baño.
- Recomiéndele evitar corrientes de aire durante el baño.
- Proporciónele medidas de seguridad: antideslizantes, pasamano para agarrarse y silla auxiliar.
- Estimúlele a que inspeccione su piel en busca de signos como manchas, laceraciones, hundimientos, masas.
- Recomiéndele el secado de todo el cuerpo, especialmente de las axilas y pliegues inguinales,



- entre otros.
- Recomiéndele, dentro de sus posibilidades, el uso de crema para el cuerpo a cambio del talco para proteger su piel y evitar resequedad.
 - Sugiera tomar el sol después del baño y por periodos cortos de tiempo.
- Orientele sobre la importancia de usar ropa suelta y con abotonadura hacia delante.

Patrón de Reposo - Sueño

Deterioro del patrón del sueño.

* Intervención de enfermería.¹⁴

- Conocer los hábitos en cuanto a horario, duración, influencia del medio.
- Evalúe los factores relacionados con el insomnio: Tabaco, medicamentos, efectos de la enfermedad, presencia de dolor y sobrecarga sensorial.
- Enseñe al anciano las características del sueño y la necesidad de reposo.
- Planifique las actividades diurnas.
- Enseñe técnicas de relajación y de medios naturales que produzcan sueño. Recomendar la no utilización de medicación hipnótica.
- Procure por un ambiente agradable y libre de sobrecarga de estímulos.
- Procurar el uso de prendas adecuadas y confortables.
- Mantener la temperatura ambiental evitando las temperaturas extremas.
- Recomendar la micción antes de acostarse.
- Evítele la actividad física o mental agotadora justo antes de acostarse.

Patrón de Autopercepción - Autoconcepto

Desesperanza

* Intervención de enfermería

- Ayude al anciano a verbalizar sus sentimientos.
- Anímele a verbalizar la importancia de la esperanza de vida.
- Ayúdele a identificar sus razones personales para vivir, las cuales le proporcionan significado y objetivo a su vida.
- Valore y movilice los recursos internos del anciano: autonomía, flexibilidad y espiritualidad.
- Permita al anciano conocer los grupos de apoyo o autoayuda.
- Facilite al anciano la expresión de su religiosidad.

¹⁴ CLOSKEY Mc. Joanne, BULECHEK Gloria, Clasificación de intervenciones de enfermería, tercera edición. Barcelona, Harcourt Mosby, p. 296

Patrón de Rol-Relaciones

Aislamiento social

Deterioro de la interacción social

* Intervención de enfermería

- Evalúe los antecedentes sociales y psicológicos del anciano.
- Valore de un modo global la soledad y el concepto que tiene sobre sí mismo.
- Identifique los obstáculos para establecer relaciones significativas.
- Mantenga una comunicación abierta con el paciente y su grupo familiar.
- Oriénteles sobre la importancia de buscar apoyo familiar y social.
- Identifique conjuntamente actividades que puedan mantenerlo ocupado fuera de la casa, como son los grupos u organizaciones existentes en el barrio.
- Ayúdele a que participe en estrategias para superar los obstáculos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CLOSKEY Mc. Joanne, BULECHEK Gloria, Clasificación de intervenciones de enfermería, tercera edición, Barcelona, Harcourt Mosby, p.296

DIAGO FRANCO, José Luis, Programa: Salud del anciano, Dirección general de promoción y prevención, Ministerio De Salud, 1997, p.27

GIL FERNÁNDEZ Mónica, Diagnósticos de enfermería más frecuentes en geriatría, proyecto investigativo, Revista Desafíos, Diciembre 1999 (4), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Rosario, Argentina, p.45

GORDÓN Maryory, Manual de diagnósticos enfermeros, décimo edición, Mosby, España 2003, p.95-99

IBAÑEZ ALFONSO Luz E, SARMIENTO DE P. Lucia, El proceso de enfermería, Ediciones Universidad Industrial de Santander, Primera edición, 2003, p.76

OROZCO VARGAS, Ma Victoria, GONZALEZ PEREIRA Teresa, PICO MARTINEZ, Edilia, Guía de intervención basada en la evidencia científica. Ancianos, Instituto del Seguro Social-Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 1998, p.9



TORRES, Leonor, reyes Clemencia, RUBIO Margota, El anciano de hoy: nuestra prioridad el cuidado de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, primera edición 1998 p. 48

STAAB, Ángela S, COMPTON H Linda, Enfermería gerontológica, Mc Graw-Hill Interamérica 1998, p. 17-23

SUÁREZ Terry RL. Geriatría: Nueva especialidad, Rev. Cubana Medicina Gen Integral 1993; 9(1):6

REFERENCIAS WEB

Cambios biológicos, psicológicos y sociales de la vejez,
http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/an_cambios.htm, Junio 2005

