



UNIVERSIDAD DE JAÉN

-FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

***“Automedicación y Abuso de
Fármacos en la Tercera edad a
propósito de un Caso Clínico”***

ALUMNA: MATY OLMO TORRES

PROFESOR: D. ALFONSO CRUZ LENDÍNEZ

CURSO ACADÉMICO AÑO 2013-14



UNIVERSIDAD DE JAÉN

-FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

***“Automedicación y Abuso de
Fármacos en la Tercera edad a
propósito de un caso clínico”***

ALUMNA: MATY OLMO TORRES

PROFESOR: D. ALFONSO CRUZ LENDÍNEZ

CURSO ACADÉMICO AÑO 2013-14



“La Enfermera en la vigilancia y cuidados de los tratamientos farmacológicos al anciano y las empresas farmacéuticas en la investigación en el campo de la farmacología, deben de asumir de manera responsable la administración de los Medicamentos y Efectos Adversos en la 3ª edad en una Población tan Vulnerable”.

Maty Olmo Torres

1.-RESUMEN DEL CASO CLINICO. (Español / Ingles).....	6-9. Paginas
2.-INTRODUCCION:.....	.10 .
2.1- Presentación Problema Objeto de Estudio.....	10-11.
3.- ANTECEDENTES:.....	12.
3.1.- Polifarmacia Geriátrica.....	12.
3.2.- La Automedicación y Polimedicación.....	12-14.
3.3.- Practica irracional en el Uso de los Medicamentos.....	15.
3.4.- Transcendencia de los Errores en la Medicación.....	15.
3.5.- Población Vulnerable a las Reacciones Adversa.....	16.
3.6.- Medicamentos Causantes de las Reacciones Adversas.....	17.
3.7.-Automedicación mas Prevalente en la Mujer.....	17-18.
3.8.- Medicamentos mas Usados por Cuenta Propia.....	18-19.
3.9.- Factores destacados en la Automedicación.....	19.
4.- JUSTIFICACION:.....	20.
4.1.- El Medicamento es el Recurso Terapeutico mas Utilizado.....	21.
4.2.-Desconocimiento de los Tratamientos en la Tercera Edad.....	21.
4.3. - Escasa Información de TTº en la Tercera Edad.....	21-22.
4.4.- Incumplimiento del TTº Farmacológico.....	22.
4.5.- Consecuencias y Problemas Del Incumplimiento Farmacológico.....	22-23.
4.6.- La Crisis Económica y el Gasto del Sistema Sanitario y Social.....	23-24-25.



5.- FINALIDAD:.....25.

5.1.- Fomentar la Intervención Enfermera para dirigir los Cuidados y Seguimientos de los Tratamientos Farmacológico en la Población Diana.....25-26.

5.2.- Toma de Decisiones Compartida y Conseguir un Paciente Informado de sus Cuidados y Tratamientos.....26.

5.3.- Intervención Enfermera da Seguridad a los Mayores en el Uso Racional de los Medicamentos.....26-27.

5.4.-El principal proveedor de la Educación Sanitaria en la tercera edad “La Enfermera”.....27.

5.5.- Favorecer la Autonomía y Calidad de vida en la población de la Tercera Edad: “Envejecimiento Activo”.....28.

6.-“PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA (PAE)”.....29.

6.1.- Caso Clínico.....29.

6.2.- Atención Domiciliaria.....29.

6.3.- Valoración Integral del Paciente Domiciliario por Patrones Funcionales de Marjory Gordon”.....30-33.

6.4.- Diagnósticos Enfermeros NANDA Detectados.....34-35.

6.5.- Priorización de Los Diagnósticos Enfermeros NANDA.....35.

6.6.- Plan De Cuidados De Enfermería.....36-48.

6. 7.- Ejecución de las Intervenciones Enfermeras48-54.

6.8.- Evaluación De Los Resultados Obtenidos (indicadores).....54.



<u>7.-ANÁLISIS DEL ESTUDIO-DISCUSSION.</u>	55.
7.1.- Metodología Empleada en el Estudio.....	55.
7.2- Interpretación de los Resultados Obtenidos con el Plan de Cuidados y Comparación con otros Estudios similares.....	55-62.
7.3.- Limitaciones y Dificultades encontradas en mi Caso Clínico.....	62-63.
7.4.-Futuras Líneas de Investigación.....	63-65.
7.5.-Mi Visión Enfermera.....	65-68.
<u>8.- BIBLIOGRAFIA....</u>	69-72.
<u>9.- TABLAS</u>	72.
<u>10.- FIGURAS</u>	73.
<u>11.-ANEXOS</u>	73.

La relación enfermera / paciente



1.- RESUMEN: JUICIO PERSONAL DEL CASO

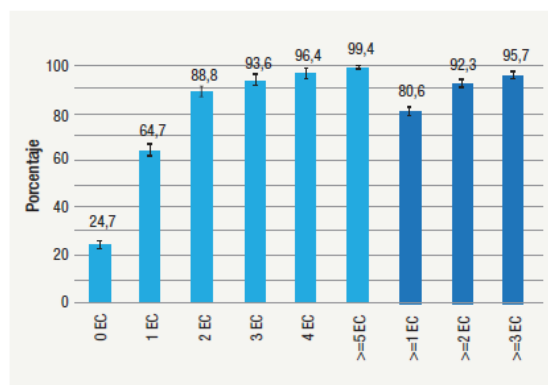
“Los ancianos son el grupo de población que más medicamentos consume y los más susceptibles a reacciones adversas por medicamentos. Existen evidencias de que esta mayor susceptibilidad no es debida al envejecimiento y a los cambios acompañantes en la farmacodinamia y farmacocinética, sino a las enfermedades y la polifarmacia que a menudo presentan los ancianos”. La polifarmacia, forma parte hoy en día de nuestra vida cotidiana a veces innecesaria y otras justificada. En muchos casos, es a menudo desproporcionada para los problemas crónicos, a pesar de que puede ocasionar deterioro importante de la salud del ancianos. Además de relacionarse con un aumento exponencial de la incidencia de efectos adversos, predispone al incumplimiento terapéutico y dificulta hacer nuevos diagnósticos y el inicio de otros tratamientos.

El Caso Clínico que he realizado es a una persona dependiente, vulnerable a las reacciones adversas por el consumo de fármacos incontrolados y con riesgo de llegar a producirse unos efectos indeseados. En un principio presenta unos mínimos conocimientos sobre su tratamiento, alimentación, desconoce el riesgo de caídas y el proceso de su enfermedad. Se alimenta inadecuadamente, se automedica sin control y esto la lleva a una grave intoxicación digitalica, a todo esto se le añaden los riesgos ambientales presentes en el hogar. Ha sido importante detectar los escasos conocimientos de la paciente, factores de riesgo, la fragilidad de la misma, y realizar una valoración integral, ya que el diagnóstico precoz, la toma de decisiones y medidas adecuadas que he realizado, han ayudado a disminuir el riesgo de morbilidad, de nuevas hospitalizaciones e incluso el riesgo de la muerte. En el plan de cuidados que he realizado, he utilizado la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Los cuestionarios han sido: Dunke-Unc, Escala de Goldberg, Apgar Familiar, Seguridad en el hogar, Índice de Barthel, Incontinencia Urinaria, Escala Numérica del Dolor, Cuestionario de Oviedo del Sueño. La base de datos que he utilizado son: Cuiden, Scielo, Teseo, Medline Plus. He incluido una valoración integral en el Plan de cuidados a domicilio de atención primaria, con resultados muy gratificantes para la paciente. La necesidad de que a este sector de la población se preste una **atención especial**, es urgente, dado el impacto social que supone a nivel individual y colectivo. Debemos señalar que se observa un perfil de



población con varias patologías crónicas, y a veces hay una falta de atención para la detección, promoción y recuperación de la salud de estas personas. La necesidad de llevar a cabo un proceso para Educar al público y la necesidad de las Intervenciones Enfermeras/os de la salud son imprescindibles para trabajar directamente con los pacientes en relación a sus necesidades, y que cada uno asuma su responsabilidad en este proceso. Por ultimo quiero Fomentar el papel primordial de la Enfermera en la Educación a pacientes en relación a de los tratamientos complejos farmacológicos. La Enfermera es el futuro en los cuidados a domicilio para trabajar en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación de todos aquellos que lo necesiten, utilizando unos recursos adecuados y existentes y así poder evitar el colapso de pacientes en los hospitales como se viene observando en la actualidad”.

Consumo de medicamentos* y tener al menos 1EC**



Número de medicamentos diferentes consumidos* en personas con al menos 1 EC.**

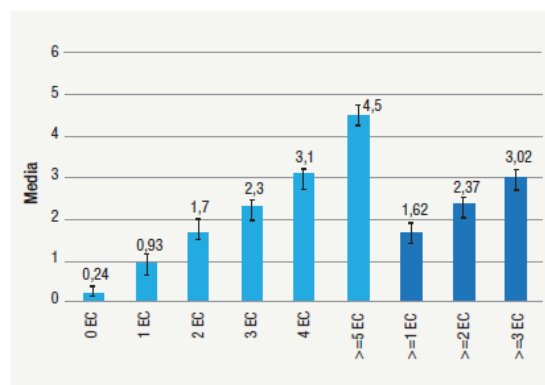


Tabla 1.- de la Fuente: Plan Andaluz de Atención a pacientes crónicos. Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social del 2013

Palabras clave: Automedicación, Ancianos, fármacos, Polifarmacia, Atención primaria, Efecto adverso de los medicamentos, Incumplimiento a los tratamientos, Medicamentos utilícelos con cuidado, Interacción de fármacos. Prescripción del medicamento. Utilización de los medicamentos.



1.-SUMMARY: PERSONAL OPINION ABOUT THE CASE

“That part of the population who do take more medication is old people, and they are also the more susceptible to suffer their side effects. There is evidence that this bigger susceptibility is caused neither by ageing nor by the accompanying changes in pharmacodynamic and in pharmacokinetics, but by the diseases and polypharmacy usually associated to old people”. Sometimes unnecessary, sometimes justified, polypharmacy part of our daily life. In many cases, its use is out of proportion as far as chronic problems are concerned, and it can damage the elderly’s health. Apart from increasing the impact of side effects exponentially, polypharmacy influences therapeutic fulfilment and complicates new diagnoses and the beginning of new medical treatments.

In the clinical case I have been searching, the patient is a dependent person, sensitive to side effects due to the uncontrolled consumption of medicines, and with high risk of suffering unwanted consequences. To begin with, she seems not to have appropriate information and minimum knowledge about her treatment and diet, she is not aware of the danger of falling down or the course of her disease. Her eating habits are not adequate, she treats herself without medical control, which leads to suffering a serious digitalis intoxication. Besides, environmental risks at home must be added. It has been important to acknowledge that the patient was lacking in information, risk factors, her fragility, as well as the realization of a global medical evaluation since the early diagnosis, the decisions and measures taken have helped reduce possible morbidity, new hospitalization and even risk of death. In the care plan which I have prepared I have used the NANDA, NIC and NOC Taxonomy. The questionnaires have been: Dunke-Unc, Goldberg Scale, Family Apgar, Security at home, Barthel Index, Urinary Incontinence, Pain Rating Scale, Oviedo Sleep Questionnaire. The data bases which I used have been: Cuiden, Scielo, Teseo, Medline Plus. I have included a complete evaluation in The First Care Plan, whose results are really satisfying for the patient. This social group needs a special and urgent attention because of the social impact caused both from an individual and collective point of view. It should be noticed that part of the elderly has several chronic pathologies, and there is sometimes attention lacking in their detection, promotion and health recovery.



Both informing the citizens and Nurse interventions are essential to work directly considering the patients' needs, each one assuming his or her responsibilities in the process. Finally, I would like to promote the outstanding role of the nurse when educating patients on their pharmacological complex treatments. The nurse is the future when talking about the medical care preventing illnesses, health promotion and rehabilitation for those who require it, making use of the adequate, already existing resources, so as to avoid hospital blockades which are usual nowadays.

Key Words: Self-medication, Elderly, Medicines, Polypharmacy, First Care, Side Effect, Treatment Unfulfilment, Careful use of Medicines, Medicine Interaction, Prescription, Use of Medicines.



Figura 1 Fuente Google Académico2013



“AUTOMEDICACION Y ABUSOS DE FARMACOS EN LA TERCERA EDAD A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO”

2º INTRODUCCION.

2.1- Presentación del problema objeto de estudio. El consumo de fármacos incontrolados en el sector de la tercera edad, es un problema real en la sociedad actual, que conlleva a la gran mayoría de estas personas a ser ingresados en hospitales innecesariamente si se hubiera realizado un correcto uso del tratamiento farmacológico. El aumento de personas mayores en la actualidad es un envejecimiento poblacional, siendo el acontecimiento demográfico más importante de final del siglo XX.

Este crecimiento de la población es el resultado del proceso global de cambios demográficos por los que se produce un aumento de la proporción de personas mayores de 60-70 años con respecto al número de habitantes.

El aumento del envejecimiento en la población actual conlleva a una necesidad de DEPENDENCIA y DISCAPACIDAD en personas mayores de 70 años, la vejez es un proceso fisiológico y está demostrado que los pacientes de la tercera edad mayores de 60-70 años con pluripatologías consumen 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general. El abuso de fármacos es un riesgo y un problema de salud, ya que con la edad, la difusión, distribución, y en particular la eliminación de los medicamentos en estas edades disminuye, originando intoxicaciones graves. Esto demuestra lo importante que es el uso racional del fármaco donde se debe realizar un seguimiento exhaustivo de los tratamientos para evitar reacciones adversas en este sector que es más vulnerable, el Anciano. ¹

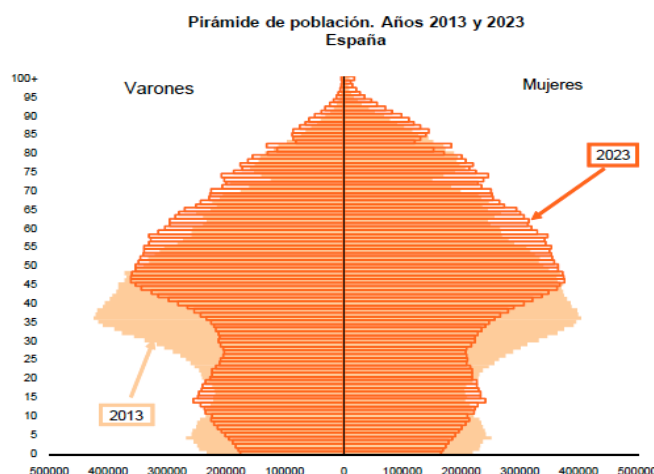


Figura 2.-Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones demográficas 2013

El creciente envejecimiento de la población según La ONU Considera alarmante el creciente envejecimiento de la población mundial; las proyecciones para el 2050 son, que habrá el doble de adultos mayores y en la senectud mayor porcentaje de enfermedades crónico-degenerativas, la mayoría de ellas con alguna modalidad de dolor crónico de difícil control, pacientes multitratados con riesgo de diversos efectos adversos, con menor capacidad homeostática y mayor sensibilidad - susceptibilidad a reacciones secundarias. Por ello, considera una buena opción el apoyo de prácticas alternativas y complementarias no farmacológicas, es decir, aplicar el proceso de interculturalidad en la salud. Sin embargo, la realidad es que existe la queja constante de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los servicios de salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a los que esperan de los servicios de salud. Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad. El informe señala también la necesidad de establecer las bases del Cuidado de Enfermería para la práctica asistencial y la docencia, basado en la filosofía del cuidado cultural y humanizado para mantener o mejorar su condición humana en la vejez. Así mismo religar el sistema de cuidado con enfoque tradicional biomédico con el proceso intercultural de manera que la persona adulta mayor se sienta incluida, competente, singular, respetada, comprendida y cuidada en todo los ámbitos que les toca vivir. **2**



3.-ANTECEDENTES

3.1- Polifarmacia Geriátrica. Según Mónica Santos y Armando Almeida en su libro “La polifarmacia geriátrica el envejecimiento es un proceso fisiológico”, está demostrado que los pacientes mayores de 60 años consumen de 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general, por lo que es importante el uso racional de los mismos. La automedicación y abuso de medicamentos en las personas de la 3ª edad se plantea que es más frecuente en la mujer que en el hombre, y señala factores pre disponentes como la baja escolaridad y la influencia de medios audiovisuales, pero se debe destacar relación con hábitos diferentes de comunicación y arraigos culturales en una población no urbana. La automedicación se debe a información sobre el fármaco por personal profesional de la salud o no. Se comprueba el uso referido de varios medicamentos para un mismo fin o con diferentes propósitos, y es señalado en otras series el uso de hasta 3 productos comerciales con fines diferentes. Se reporta el uso de medicamentos del tipo de los llamados para el alivio del dolor en más de 5 ocasiones en una misma crisis dolorosa. El uso de medicación sin prescripción facultativa está en correspondencia con la transmisión de la información de los efectos farmacológicos de las sustancias y las características propias de la población, máxime en la tercera edad, esto se une a la presencia de sobredosis por no estar controlado médicamente. Las afecciones que más afectan a personas de edad avanzada, se correspondieron con ser éstas las causas más frecuentes de ingestión de drogas, y debe señalarse que predominó un índice de Katz que evidencia la voluntariedad en muchas ocasiones de la toma de estas decisiones.³

3.2- Automedicación y Polimedición. El siguiente Estudio descriptivo transversal en un Centro de atención primaria (AP) de ámbito urbano donde los Participantes fueron 240 pacientes de edad ≥ 75 años. Se definió automedicación en cuatro subgrupos: farmacológica o de herboristería, exclusivamente farmacológica, exclusivamente de herboristería y farmacológica y de herboristería. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, vivir solo, número enfermedades crónicas, número de prescripciones crónicas y características del botiquín (acumulación de fármacos, fármacos caducados, fármacos fuera de prescripción crónica, lugar del botiquín y revisión periódica). Otras variables:



tipos de fármacos, fuente y motivo agudo/crónico de la automedicación. Los Resultados fueron que La frecuencia de automedicación fue del 31,2% (intervalo de confianza [IC], 36%–26%), farmacológica en el 22,9% (IC, 27,5%–17,5%) y de herboristería 15,4% (IC, 17,3%–13,1%). Los fármacos más utilizados para la automedicación fueron los analgésicos (30,9%) y los fármacos para el resfriado (27,2%). La fuente más habitual fue la farmacia (49,3%). El 41,6% contenía fármacos fuera de la prescripción crónica y el 23,4% acumulaba más de tres. Las características socio demográficas de la muestra que se presentan en la siguiente. Son La media de edad fue $81,4 \pm 5,03$ años. Respecto a los indicadores de salud, presenta más de tres enfermedades crónicas el 52,9%, con predominio de mujeres, y toma más de tres fármacos el 74,2%. La prevalencia de automedicación fue del 31,2% (IC del 95%, 26%–36%): farmacológica, el 22,9% (IC del 95%, 17,5%–27,6%); de herboristería u homeopatía, el 15,4% (IC del 95%, 11,3%–17,3%); los dos tipos de preparados, el 6,7%. Entre los pacientes auto medicados hay un mayor porcentaje de mujeres (62,7%) que de varones (37,3%), estadísticamente significativo ($p=0,028$). Los grupos terapéuticos más utilizados para la automedicación son los analgésicos, los fármacos para el resfriado y los gastrointestinales, como se observa en el figura 2. Se automedican por motivo agudo el 46,6% y por crónico, el 50,7%. Hasta los 80 años se automedican más por motivos agudos y los mayores, por motivos crónicos. La principal fuente es la farmacia (49,3%), seguida del círculo social (18,7%), el botiquín (17,3%) y la herboristería (17,3%) . 4

figura de la fuente base datos Medline
“Automedicación”





Tabla 2. Otros Resultados . Características Socio Demográficas de las personas que se automedican y las que no. 2010.

	<i>AUTOMEDICACION</i>	<i>NO AUTOMEDICACION</i>	<i>TOTAL N° 240</i>
SEXO	<i>N° 75</i>	<i>N° 175</i>	
HOMBRE	28 (37%)	72 (43,6%)	100 (41,7%)
MUJER	47 (62%)	93 (56,4%)	140 (58,3%)
EDAD			
80 AÑOS	41 (54%)	80 (48,5%)	121 (50,4%)
+ DE 80 AÑOS	34 (45%)	85 (51,5%)	119 (49,6%)
NUMERO DE PRESCRIPCIONES			
0 FARMACOS	1 (1,3%)	6 (3,6%)	7 (2,9%)
1-3 FARMACOS	19 (25%)	36 (21,8%)	55 (22,9%)
+ 3 FARMACOS	55 (73,3)	123 (74,5%)	178(74,2%)
PATOL,CRONICA			
3 PATOLOGIAS	40 (53,3%)	87 (52,7%)	127 (52,9%)
+ 3PATOLOGIAS	35 (46,7%)	78 (47,3%)	113 (47,1%)
LEER/ESCRIBIR			
SI	71 (94%)	153 (92,7%)	223 (92,9%)
NO	4 (5,3%)	12 (7,3%)	17 (7,1%)
CUIDADOR			
SI	19 (25,3%)	45 (27,3%)	64 (26,7%)
NO	56 (74,7%)	120 (72,7%)	176 (73,3%)
VIVE SOLO			
SI	14 (18,7%)	20 (12,1%)	34 (14,2%)
NO	61 (81,3%)	145 (87,9%)	206 (85,8%)

Tabla 2 .- Fuente Elaboración Propia a partir de la fuente: Website:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/automedicacion-ancianos-la-realidad-un-botiquin-casero-13137733-originales-2010>. Base de datos: Palabras Clave: Automedicación. Ancianos. Atención primaria.



3.3-- Practica Irracional en el uso de los Medicamentos nos informa el siguiente documento de la revista de Medicina General Integral nos informa de La práctica irracional en el uso de drogas generó como era de esperar consecuencias negativas en algunos de los ancianos y se señalaron muchos más efectos adversos además de ocasionar nuevas patologías en otros casos analizados, que están en relación con los medicamentos empleados. La polifarmacia, automedicación y sobredosis ocurre frecuentemente en la población geriátrica y tiene consecuencias negativas para los ancianos, la automedicación ocurre generalmente, sin prescripción facultativa, y son los psicofármacos y antibióticos los más empleados.

La polifarmacia, automedicación y sobredosis ocurre frecuentemente en la población geriátrica y tiene consecuencias negativas para los ancianos, la automedicación ocurre generalmente, sin prescripción facultativa, y son los psicofármacos y antibióticos los más empleados, esto origina la intoxicación por medicamentos y el ingreso inmediato de estos mayores en las salas de urgencias, seguido del ingreso en el hospital. 5

3.4- Transcendencia de los Errores en la Medicación. Según la publicación del libro Enfermería y Envejecimiento los autores dicen que los errores por la medicación en los Ancianos:

- Supone un 1,4% de efectos Adverso en pacientes Hospitalizados
- Motivan un 4,7% y un 5,3 % de los ingresos hospitalarios, con un coste medio de 3.000 euros.
- Los pacientes mayores de 65 años causan el 9,7% de los ingresos en hospitales
- En los hospitales se ha registrado una tasa de 12,8%

Estas cifras deben hacernos reflexionar sobre la gran transcendencia que tienen los Errores en la medicación, ya sea por falta de atención de los profesionales o por el desconocimiento en la propia automedicación del Anciano.

Es necesario en este grupo de edad implantar programas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos en las personas mayores. En este grupo de edad se acentúa más los efectos adversos por dos motivos fundamentales en el Anciano: la pluripatologías de base y la polifarmacia. (pagina53). 6

3.5- Población vulnerable a reacciones adversas. El estudio descriptivo, los autores hacen referencia que “Las personas mayores de 65 años por el efecto del propio



envejecimiento, son más vulnerables a las enfermedades, y consumen 3-4 veces más medicamentos que la media de la población con riesgos de sufrir reacciones medicamentosas.”Todo esto es debido por el cambio fisiológico que alteran la Absorción, Distribución, Metabolismo, y Excreción del medicamento que se acumula en el organismo y provoca efectos tóxicos como :la Gentamicina, Estreptomina, Captopril, Digoxina, Furosemida, Ranitina, entre otros.

Los Diagnósticos de enfermería de ancianos poli medicados. Considerando que los ancianos que utilizan múltiples medicamentos son propensos a una mayor vulnerabilidad en sus condiciones de salud, los diagnósticos de enfermería según la taxonomía II de NANDA, de un grupo de ancianos que utilizan cinco o más medicamentos. Fueron seleccionados 67 ancianos que presentaron 16 categorías diagnósticas, con una media de 5,2 diagnósticos/anciano, siendo los más frecuentes:

1º El dolor crónico (afectando a un 59,7%). 2º La movilidad física reducida (58,2%).

3º Nutrición desequilibrada -por encima de las necesidades corporales- (47,7%).

4º Control ineficaz del régimen terapéutico (47,7%). Tales diagnósticos determinan la necesidad de medidas que implican cambios sustanciales en el estilo de Vida, además del seguimiento medico y sobre todo Enfermero sistemático de dichas personas.

La población vulnerable a sufrir efectos indeseables de reacciones adversas por el consumo de fármacos son: 1º En los ancianos incrementándose con la edad.2º Ancianos que consumen varios medicamentos a un mismo tiempo.3º Mujeres ancianas más que en los hombres, ya que en ellas se produce un mayor aumento de la grasa total.4º Ancianos con bajo peso corporal.5º Ancianos con problemas de disminución de función renal, irrigación periférica, en especial perfusión cerebral, y ventilación pulmonar.6º Ancianos que viven solos y carecen de ayuda e información de los tratamientos que desconocen.7º Un bajo nivel de instrucción con un alto porcentaje de analfabetos o con estudios primarios inacabados mayor en mujeres. 8ºTener una baja Renta.9º Factores sociales como: jubilación, falta de apoyo social, vivir en zonas marginales, carencias afectivas...etc. 7



3.6- Medicamento son los causantes de la reacciones adversas. El libro de texto de la biblioteca de Universidad de Jaén, de "Enfermería del –envejecimiento" "los autores nos aclara que "Los ancianos con mas riesgo de auto medicarse con exceso de fármacos son los pacientes con patologías múltiples llamado paciente pluripatologico que les lleva de forma natural a consumir mas fármacos que una población mas joven, aumentando así el riesgo de efectos secundarios causados por los fármacos. Este grado alto de Polimedicacion es un factor en la aparición de efectos adversos como son por ejemplo las Intoxicaciones Digitalicas, originando en el anciano otras nuevas patologías que le con lleva a ser ingresado en la unidad de medicina interna de un hospital sobre todo por esa grave intoxicación."

El anciano tiene un mayor riesgo para tener las reacciones adversas a fármacos. Esta frecuencia de reacciones es de 2- a 7 veces mayor que en la población menor de 60 años. Las muertes por reacciones adversas a medicamentos aumentan a medida que aumenta la edad. Los medicamentos que actúan a nivel de la Circulación como son: Hipotensores, Digoxina, diuréticos y los que actúan a nivel Cerebral como son: Hipnóticos, Tranquilizantes, Antidepresivos, y Antiparkinsonianos son los causantes de casi dos tercios responsables de las RAM. La OMS nos informa que el ingreso en Hospitales los ancianos que ingresan presentan síntomas por los efectos de fármacos recetados. Los ancianos de 70 a mayores de 80 años y que son tratados con varios medicamentos que a veces son innecesarios es lo que facilita la aparición de RAM, siendo la población anciana española la que encabeza la prescripción de fármacos respecto a otros países. (pagina334).

Los ancianos aparecen como el grupo de mayor riesgo con relación a las reacciones adversas debido a una disminución progresiva del funcionamiento de órganos y sistemas, que provoca cambios generales y efectos en cadena dentro del propio organismo. La edad influye de forma general en los receptores farmacológicos.

Si unimos la edad y la enfermedad el organismo da una respuesta a los fármacos y esto impide detectar las reacciones adversas a medicamentos. 8

3.7- Automedicación mas prevalente en la Mujer. El informe sobre "Los Factores determinantes de la Automedicación de Ancianos" es una revisión sistemática que tiene



como objetivo realizar un análisis sistemático de la literatura nacional acerca de los determinantes de la automedicación de ancianos.

Los Resultados que se obtuvieron: en el análisis de los artículos se pudo observar que la automedicación es más comúnmente realizada por mujeres y por personas con menor nivel educativo y de ingresos, influenciados por los problemas de orden fisiológico (enfermedades agudas y crónicas) y de orden social (conflictos familiares, falla de los servicios de atención de la salud y la venta de remedios. **9**

3.8- - Los Medicamentos mas usados por Cuenta Propia. La biblioteca de la Universidad de Jaén me proporciona un libro de texto “Enfermería del Envejecimiento” los autores nos dicen que “La Polimedicación y la automedicación son problemas que se presentan cuatro veces más en la población anciana que en el resto de la población, donde la enfermera deberá conocer las complicaciones que esto deriva para prevenir”. Este consumo o Polimedicación es debido a las pluripatologías que ocurren a la vez en un mismo individuo y de la larga duración de las enfermedades en el anciano (121).La automedicación se plantea que es más frecuente en la mujer que en el hombre, y se señala en otros estudios de medios diferentes al nuestro; factores pre disponentes como la baja escolaridad y la influencia de medios audiovisuales, lo cual no se comporta de igual forma en nuestro medio, pero se debe destacar relación con hábitos diferentes de comunicación y arraigos culturales en una población no urbana. La automedicación se debe a información sobre el fármaco por personal profesional de la salud o no. **TIPO DE MEDICAMENTOS TOMADOS POR CUENTA PROPIA**

FARMACO	TOTAL %	HOMBRE %	MUJER %
Analgésicos	37,3	33,3	40,9
Tranquilizantes	9,6	2,6	15,9
Laxantes	6	10,3	2,3
Vasodilatadores	6	7,7	4,6
Antitusígenos	4,8	7,7	2,3
Antihipertensivo	4,8	5,1	4,5
Vitaminas	2,4	5,1	0
Otros	21,7	23,1	10,5
NS/NC	13,3	12,8	13,6

Tabla 3.-Fuente: Elaboración Propia a partir del libro “Enfermería del Envejecimiento”.2º edición.



Según el estudio Sociológico “El medico y la Tercera Edad” la media es de de dos medicamentos por persona consumidos por iniciativa propia prescritos anteriormente y repetitivamente por el medico en tratamientos de procesos crónicos. Como se puede observar las mujeres se automedican y consumen más analgésicos y tranquilizantes. En relación con el nivel cultural, en el porcentaje de la automedicación es mayor entre los ancianos de un nivel cultural elevado con estudios medio un 13%, y con estudio universitario un 9,5 % y un 3,95 en ancianos analfabetos. 10

3.9- Factores destacados en la automedicación, según los autores del libro “Enfermería del Envejecimiento” son:

- a) Adquirir fármacos sin receta médica.
- b) Recuperar medicación utilizada anteriormente.
- c) Conseguir fármacos de círculos sociales cercanos.
- d) Utilizar medicamentos acumulados en los domicilios.
- e) Prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar.
- f) Disminuir las dosis del tratamiento prescrito.



Otros factores relacionados en la Automedicación:

- a) Influencia del farmacéutico.
- b) Publicidad, familiares y amigos.
- c) Percepción del problema de salud.
- d) Familiaridad con el fármaco.
- e) Falta de acceso al médico y la facilidad de acceso al medicamento.
- f) Coste de los fármacos, y precio accesible.
- g) Selección racional.
- h) Financiación sostenible y confiable para la salud
- i) El sistema de suministro. 11

Figura 3 base de datos de Google



4.-JUSTIFICACION DEL TEMA.

“La orientación concreta que me ha llevado a indagar sobre esta cuestión se basa en la elevada proporción de consumo de fármacos en la sociedad de hoy en día por ser el recurso terapeutico mas utilizado y los ingresos hospitalarios por abuso de medicamentos prevenibles. Los resultados apoyan la necesidad de adoptar medidas enfocadas a mejorar el seguimiento y la prescripción de los tratamientos, y a promover la Intervención Enfermera en la Educación Sanitaria sobre Medicamentos. Intervenciones dirigidas prioritariamente a los pacientes de edad avanzada y a los medicamentos de margen terapéutico estrecho. Mi justificación la evidencio en base a los siguientes documentos estudiados”.

4.1- “Medicamentos el Recurso Terapéutico mas utilizado”. Según los autores M.G.H y R.M.S de la publicación de Enfermería del Envejecimiento disponible en UJA nos informan que los Medicamentos constituyen el recurso Terapéutico mas utilizado en los países desarrollados .En España la población mayor de 65 años supera el 17% y consume mas del 30% de los Medicamentos . El consumo diario medio por anciano oscila entre dos y tres Medicamentos, y más del 75% los usa de forma crónica. Por ello, las personas mayores son un grupo de riesgo importante con relación al uso de los fármacos. Los estudios que evalúan los efectos del excesivo consumo muestran la relación entre el numero total de fármacos que ingiere una persona. Este es el principal factor relacionado con la aparición de efectos adversos. Los efectos adversos a los fármacos (EAF) o reacciones adversas suponen entre el 7,2% y el 14% de los ingresos de ancianos en los servicios de medicina interna en España. No debemos olvidar la complejidad de los tratamientos terapéuticos, que se relacionan con el hecho de que solo el 30% de los pacientes recuerden las instrucciones a la hora de tomar la medicación y que el cumplimiento terapéutico en patologías crónicas se sitúen alrededor del 40%.

La OMS se define polifarmacia como el consumo de más de tres fármacos y destaca que:

- Entre el 65% y el 94% de los ancianos consumen algún tipo de Fármaco.
- Las reacciones secundarias a fármacos ocurren en el 25% de las personas mayores de 65-70 años.



- De los ingresos en un hospital entre un 3% y un 10% se deben a reacciones secundarias a fármacos, y un tercio de ellos son de ancianos.
- Las reacciones adversas a fármacos son la forma mas frecuente de iatrogenia.
- Los fármacos son los responsables del 50% de las complicaciones de la hospitalización. **12**

4.2- “Desconocimiento de los Tratamientos Farmacológicos en la Tercera Edad”.

Los autores del artículo nos informan del cambio de perfil en la población donde la esperanza de vida que se alarga hoy en día y el descenso de la natalidad producen aumento de la población anciana que origina una mayor dependencia. Esto conduce a la incapacidad y una necesidad mayor de cuidados integrales continuados en el anciano por parte de los profesionales sanitarios.

El desconocimiento e incumplimiento de los tratamientos farmacológicos en este sector de personas con lleva a unos efectos negativos para su salud, donde el anciano puede sufrir graves reacciones adversas como son la intoxicaciones por digitálicos seguida de ingresos hospitalarios. **13**

4.3- “Escasa Información de los Tratamiento en la oblación de la Tercera Edad”

Los autores del estudio descriptivo, con la finalidad de conocer el grado de información que poseen los pacientes acerca de su enfermedad, las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento de la misma, para poder adecuar la planificación del tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Informan de que el 24% utilizaba cualquier medicamento antiinflamatorio para el dolor. El 28% No conoce si puede tomar o no. El 48% Reconoce que no debe de tomar sin prescripción medica. Él 25% Desconoce su efecto. El 54% No reconoce los IECAS. El 56% No reconoce las reacciones adversas. El 65% **No reconoce los efectos adversos de la Digosina.** 80% Desconocen los efectos de los IECAS.

Una gran mayoría reconoce la Furosemida como diurético utilizado en su enfermedad.

El paciente mayor de 65 años posee **Escasa Información sobre el Tratamiento** y medidas higiénico-dietéticas relacionadas con su enfermedad, lo que confirma la dificultad de estos pacientes para el cuidado adecuado de su patología. Se debería incidir en este punto para evitar el reingreso de estos pacientes por IC. Los efectos



secundarios de dichos fármacos son, en general, desconocidos (56%, 65% y 80% respectivamente). 14

4.4- “El Incumplimiento del Tratamiento Farmacológico”. en el siguiente estudio hace referencia a el incumplimiento de los medicamentos por parte de lo pacientes representa un coste muy significativo a los sistemas de atención sanitaria, ya que se le asocian recaídas en las enfermedades, repetición de visitas a la consulta médica y a la farmacia, así como ingresos al hospital. El incumplimiento de los tratamientos farmacológicos es un comportamiento de riesgo serio prevenible tanto en enfermedades agudas como crónicas. Los farmacéuticos comunitarios son facilitadores en atención primaria para promover la adhesión a la medicación y deberían implantar programas interdisciplinarios de cumplimiento medicamentoso. Para ello, los farmacéuticos deben ser educados en adhesión a la medicación y deben implantarse nuevas políticas de atención farmacéutica. El sistema sanitario debería evolucionar para cumplir mejor las necesidades específicas de los pacientes. Con frecuencia olvidamos el grado de autonomía de nuestros pacientes, sus creencias y su decisión sobre cómo actuar ante la enfermedad y las dolencias. Son muchos los estudios que tratan el alto grado de incumplimiento terapéutico que no deja de ser una forma en que nuestros pacientes expresan su autonomía. Muchos problemas identificados con el uso irracional de los medicamentos son fruto probable de las percepciones por el desconocimiento, ignorancia sobre los efectos de los fármacos, la facilidad de obtención y su gratuidad. Es necesario implicar a la Administración, la industria farmacéutica y el personal sanitario para trabajar conjuntamente en esta dirección, poniendo énfasis. 15

4.5- “Consecuencias y problemas del Incumplimiento del tratamiento”. El siguiente documento de apoyo sobre el “Uso Racional del medicamento Los autores nos informan que el “Incumplimiento del tratamiento tiene una serie consecuencias y de riesgos, cuya gravedad es variable. Algunas de las consecuencias son las siguientes”:

A) El medicamento no produce los beneficios que debiera.

B) Reducción de la calidad de vida de los pacientes, puesto que no se curan, siguen con su enfermedad.



C) Pueden producirse complicaciones médicas de la enfermedad, siendo motivo en algunos casos **de ingreso hospitalario**.

D) Despilfarró de recursos asistenciales; por ejemplo el tiempo medico ha perdido con el paciente si no cumple el tratamiento, podría haberlo empleado en otra actividad.

Algunos problemas asociados más comunes al incumplimiento de los distintos medicamentos **son:**

A) Abandono de un medicamento Antihipertensivo puede provocar una crisis de hipertensión, lo cual puede precisar de un ingreso hospitalario.

B) El suspender el tratamiento con una benzodiacepina para la ansiedad puede provocar un síndrome de abstinencia.

C) La suspensión de inhaladores del asma puede originar una crisis asmática.

D) Dejar de tomar un medicamento para disminuir el colesterol no produciría ningún síntoma a corto plazo, aunque a largo plazo originaria un infarto de miocardio.

Para mejorar el cumplimiento terapéutico, es aconsejable tener por escrito un esquema con los medicamentos que se deben de tomar cada día con hora y la dosis, o cualquier otro sistema que ayude a asegurar que realmente se sigue el tratamiento. (pagina 33)

Los factores que influyen en el incumplimiento de los tratamientos son:

A) La percepción de poca gravedad y mejoría clínica.

B) Falta de información respecto a su importancia y complejidad de algunos tratamientos.

C) Temor a los fármacos, errores en la comprensión de las instrucciones u olvidos.¹⁶

4.6- “La Crisis Económica y el Gasto de los Sistemas Sanitario y Social”. El libro blanco que edita el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, señala que “ La crisis económica a la que venimos asistiendo en los últimos años que, previsiblemente se mantendrá durante los siguientes y supondrá la adopción de medidas rigurosas para su superación en todos los sectores productivos, constituye una amenaza para la prestación continuada de servicios sanitarios y sociales, pilar básico del Estado de Bienestar”. La financiación de ambos sistemas alcanza el 50% de los presupuestos públicos de las CCAA. Esta situación nos plantea un reto ineludible: ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un contexto en el que se acrecienta

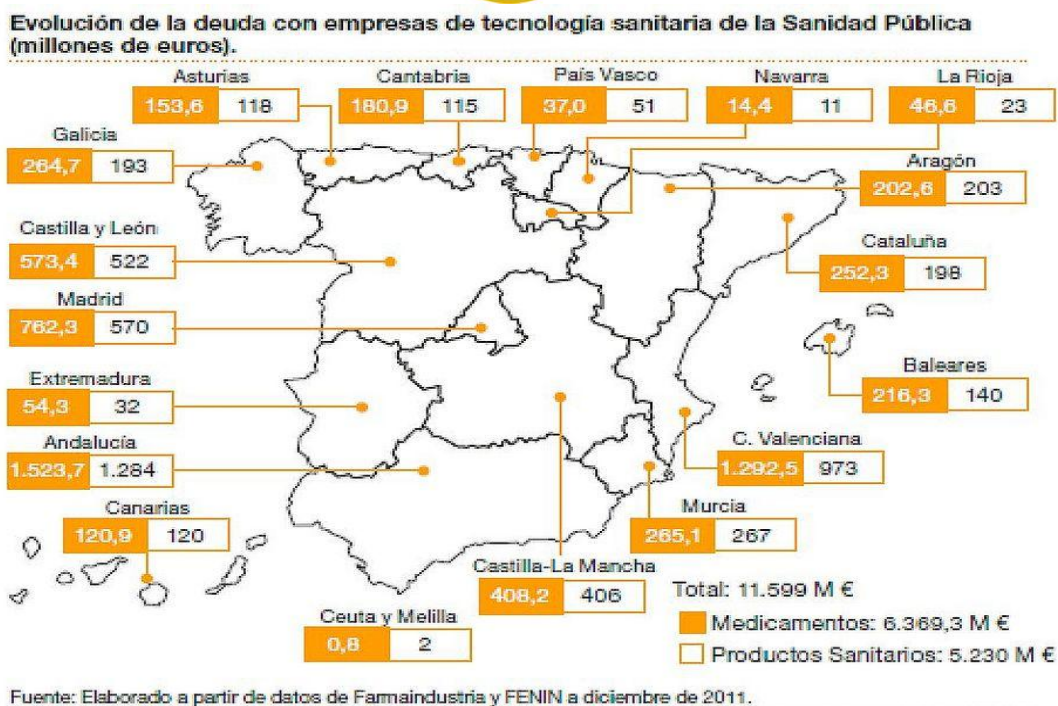


Figura 4 Fuente Elaborada a partir de datos de Farmaindustria y FENIN Diciembre del 2011

la coincidencia de necesidades de **atención desde ambos sistemas, el sanitario y el social**, obligando a reformular el modelo, creciendo hacia un sistema de atención integral, entendido como algo superior a la suma de sus partes sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual.

Tal vez el mayor peligro del contexto macroeconómico que vivimos lo constituya que el mismo supone un recurso conceptual obvio al que apelar para argumentar reducciones inmediatas de gasto sin atender a la imprescindible sostenibilidad en el largo plazo y a las razones de fondo de su necesaria permanencia. Es esencial comprender que el escenario requiere, no simples medidas de contención o reducción del gasto de carácter lineal, sino aunar esfuerzos en pro del objetivo común, que no es otro que la necesaria racionalización del gasto pero bajo el principio del mantenimiento de los niveles de protección social sin menoscabo, por tanto, de la calidad y de la equidad en la prestación de los servicios sanitarios y sociales. Los sistemas de protección no deben deshacerse de los principios que se encuentran en la génesis de su creación por la mayor complicación de los entornos en los que operan, sino que tienen la obligación de flexibilizarse y adaptarse a ellos sin perder su sentido último y primordial.



En España este aumento del gasto sanitario viene marcado Por :

- 1) El envejecimiento de la población implica que, en el futuro, 16 millones de personas precisarán de un gasto sanitario entre el doble y el triple que el resto de la población.
- 2) El aumento de los recursos destinados a la atención de la enfermedad Crónica.
- 3) El fomento de la mayor demanda de nuevos tratamientos debido a la Importante inversión efectuada en innovación en los mismos. La parte más significativa de este gasto sanitario se está dedicando a la atención de la enfermedad crónica, usando recursos en su mayor parte confeccionados para la atención a los episodios agudos de la enfermedad en general. Los factores que determinan el gasto social en cuidados a las situaciones de dependencia son, como en el gasto sanitario, diversos: además del ya visto envejecimiento demográfico, tiene una dependencia directa con la mayor prevalencia de personas en situación de dependencia que precisan de ayuda para realizar AVD, el grado de utilización de diversos servicios -intensidad de uso- y el coste de cada servicio.¹⁷

5.-FINALIDAD DEL TEMA.

“La Finalidad de mi trabajo que pretendo alcanzar, es conseguir un anciano activo, autónomo, con la implicación total de la enfermera ,realizando cuidados integrales continuados en su domicilio. Esta finalidad la evidencio con la información obtenida en los siguientes documentos estudiados”.

5.1- “Fomentar la Intervención enfermera para dirigir los cuidados y seguimientos de los tratamientos farmacológicos”. El estudio metodológico bibliográfico evidencia que “El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas lleva a la aparición de pautas que requieren polifarmacia y el uso de medicamentos considerados potencialmente inapropiados para los ancianos.” (independientemente de adaptarse a las patologías diagnosticadas). Parece que las personas mayores, además de tener los cambios fisiológicos que mejoran la adversidad de los medicamentos, son también los que consumen más y recurren a menudo a los médicos múltiples, los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

El riesgo de interacción aumenta exponencialmente con el número de fármacos prescritos, siendo los ancianos institucionalizados en mayor riesgo. Por año se estima



alrededor de 140.000 muertes, y las interacciones medicamentosas justifican el 50% de las urgencias hospitalarias.

Por tanto la Enfermera de atención primaria debe centrarse en la salud individual de los ciudadanos, porque está en condiciones de enseñar, aconsejar, examinar/sugerir los medicamentos e iniciar, continuar y/o dejar de proporcionar el tratamiento con el máximo beneficio con menor riesgo y coste.¹⁸

5.2- “Toma de decisiones compartida y Conseguir un paciente y familia informados sobre : tratamientos, características, circunstancias y voluntades, personalización de sus necesidades y servicios”. El profesor de la universidad de Jaén D. Jesús López Ortega en su clase teórica “Administración Sanitaria y Gestión de los Cuidados en Enfermería”, nos transmite que : La Toma de de Decisiones Compartida es proporcionar al paciente toda clase de información y ayudarlo para que pueda elegir la solución terapéutica mas adecuada a su problema de salud. La Toma de Decisión compartida es una relación entre el paciente y el profesional de Enfermería que supone una disminución de la ansiedad y un mayor afrontamiento de la situación de salud en el Usuario. El usuario y el profesional disponen de Las Guías de Práctica Clínica (GPC), que son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”. Las GPC tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica.¹⁹

5.3- “La Enfermera en la Seguridad de los Mayores en el uso racional de los Medicamentos”. Los distintos autores del libro de Enfermería Geriátrica de la biblioteca UJA los autores nos informa que “La enfermería es un área en constante evolución. Aunque debe seguir unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos”. Se recomienda al profesional sanitario que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración del tratamiento y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del medico determinar la dosis y el



tratamiento mas indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso en concreto. Las enfermeras deberán cuidar y controlar la seguridad del paciente y el uso correcto de sus tratamientos. El mismo libro continua informándonos diciendo que en las sociedades occidentales actuales, se alcanza una edad avanzada que esta relacionada con el desarrollo social, economico y sanitario. Una de las consecuencias más directas es la prevalencia de las enfermedades crónicas unidas al aumento de consumo de fármacos. La pluripatologías ha dado lugar a la prescripción de tratamientos farmacológicos variados realizada por diversos especialistas. Por todo ello el colectivo de personas mayores es susceptible de seguir una pauta farmacológica excesiva y en muchas ocasiones poco revisada, lo que conduce a la automedicación, que eleva el riesgo de polifarmacia y efectos adversos. En nuestro país estudios ENEAS y APEAS mostraron que los medicamentos eran la causa del 37.4 %de los efectos adversos en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios. 20

5.4.- “El personal de Enfermería sea el principal proveedor de la educación Sanitaria”. Los autores Jurado Suárez, MS; Suárez Coviella, MV evidencian que “La Educación Sanitaria es la acción de transferir información desde el sistema sanitario hacia el usuario. Esta adquiere sentido como instrumento que permite al paciente alcanzar los conocimientos y las habilidades suficientes para poder participar en todo proceso terapéutico. Es el personal de enfermería, quien tiene mayor contacto con el paciente y por ello constituye el principal proveedor de educación sanitaria en cuanto a habilidades y capacidades para transmitir y fomentar la autorresponsabilidad en el cumplimiento de los tratamientos, para que estos no sean vividos como imposiciones o normas. La primera aproximación es el diagnóstico educativo, cuyo objetivo es averiguar los conocimientos, dudas, preocupaciones, identificar las necesidades del paciente y/o de su familia, sus expectativas, sus habilidades y competencias acerca de la diabetes. Establecemos así una comunicación usuario-enfermería donde la comunicación dependerá en mayor medida de nuestra aptitud. Y donde escuchar es saber respetar "al otro". El hecho primordial en la educación es conseguir ese cambio de actitud de la persona pluripatológico para ello no debemos obviar los retos que se imponen en nuestra labor diaria como educadores de salud”. 21



5.5.- “Favorecer la Autonomía y Calidad de Vida en la Tercera Edad. Conseguir un Envejecimiento Activo en la última etapa de su vida y Disminuir la Variedad en la Asistencia. Utilizar con Eficacia los Recursos Existentes”. Según los autores del libro “Envejecimiento Satisfactorio” nos informan de que en el estado de salud intervienen numerosos factores, además, de la genética. Algunos de estos factores como escasa información, desconocimiento de los tratamientos, el sedentarismo, el tabaco, la sobrealimentación y dietas no equilibradas se relacionan con un incremento de distintas enfermedades de carácter crónico (cardiovasculares, diabetes, etc.). Es por ello que para prevenir la aparición de estas enfermedades es preciso que la enfermera eduque a personas desde la etapa mas temprana posible y preste unos cuidados educativos en todas las etapas de la persona, porque nunca es tarde para incorporar nuevas conductas. Debemos de saber que el hecho de envejecer no significa enfermarse. Es un proceso de adaptación a una nueva etapa de la vida y situación corporal que requiere nuevos hábitos que se adquieren con pequeños cambios en el estilo de vida. Por tanto para alcanzar la autonomía y una calidad de vida adecuada hay que fomentar el anciano activo. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos, intentando: “ **La prevención y rehabilitación temprana, mejorar la autonomía, calidad de vida y la productividad de los mayores**” mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. 22



6.- “PROCESO DE ATENCION ENFERMERA” (PAE)

6.1.- CASO CLÍNICO.

Mujer de 78 años acude a urgencias del hospital Medico quirúrgico de Jaén por los DDCU con síntomas de confusión mental, nauseas, vomitos,cefaleas,desidratacion, diagnosticada Intoxicación por Medicamentos. Con antecedentes de Diabetes, Hipertensión Arterial, e Insuficiencia Cardiaca. Polimedicada y sin conocimientos de las reacciones adversas de los medicamentos que toma y que a veces compra ella misma sin receta medica. El tratamiento que toma es Diuréticos para la Hipertensión, Insulina precargada para la Diabetes, y Digoxina para la Insuficiencia Cardiaca que ha sido la responsable de la intoxicación. Este tratamiento no ha tenido un seguimiento correcto ,ni control alguno, refiere que a veces no recuerda si se ha tomado los fármacos. Tras realizarle los cuidados de enfermería según protocolo de la unidad de Urgencias se determina que el consumo mal administrado de digoxina es la responsable de la Intoxicación por medicamentos involuntaria. La evolución final fue satisfactoria la paciente es derivada a su domicilio y poniendo en conocimiento del caso a su Centro de salud para que le preste unos cuidados integrales continuados de su enfermedad y

tratamiento. Como Enfermera el primer contacto que tengo con la paciente es a través del Centro de Salud en la Cartera de Servicios a Personas mayores de 65 años. Tras concertar previamente una entrevista y valoración en su domicilio, me refiere encontrarse muy preocupada, con miedo a su tratamiento farmacológico tan complejo y con una escasa información sobre las reacciones adversas.

6.2.- ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención domiciliaria es un conjunto de actividades desarrolladas por la enfermera, a través del centro de salud dirigidas a facilitar cuidados integrales, prevenir las complicaciones al individuo, familia, así como valorar la vivienda, entorno, utilizar los recursos físicos existentes, observar las relaciones familiares y comunitarios relacionados con la salud. Estas actividades se realizan a personas que no pueden desplazarse al centro de salud, o a familias en situaciones de necesidades o de crisis. Esta población prefiere los cuidados en su hogar.



6.3.- VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE POR PATRONES FUNCIONALES DE “MARJORY GORDON”

1.- Patrón Percepción Mantenimiento de La Salud (Alterado)

Figura4base de datos Google Académico

No presenta antecedentes familiares conocidos su padre murió de una enfermedad del corazón desconocida. Antecedentes personales de enfermedad: Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, problemas de coagulación sanguínea, Artrosis. Retinopatía en ojo izquierdo. Últimamente a veces no recuerda las cosas.

Test mini examen cognitivo (Lobo); Puntuación: 22. La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos. La paciente es consciente de sus patologías y sabe que enfermedades tiene. A menudo se olvida de tomar algún medicamento debido a la gran cantidad y variedad que tiene recetado por el médico, incumpliendo a menudo el horario, la dosis, la indicación y el porque se lo toma. La paciente refiere tener dificultades para tomar y preparar los medicamentos correctamente. Lleva años con el tratamiento y a veces los compra ella misma sin receta. No tiene alergias. Se vacuna de la gripe todos los años tiene cartilla de vacunación. No recuerda enfermedades algunas de su familia. Tiene prótesis. Encuentra dificultades en su casa para realizar algunas de la A.V.D

“Medicamentos que toma la paciente”:

Digoxina: 1 capsula al día (Insuficiencia renal). Enalapril: 1 pastilla al día (Hipertensión). Omeprazol: 1 capsula al día. (Protector de Estómago). Insulina: novorapid precargada y oral Merfotmina 1 pastilla (diabetes). Benzodiacepinas: 1 capsula al día (ansiedad si procede). Redoxon: vitamina C. Sintrón: 50mg a la semana, 3/4 al día. (Coagulación y circulación sanguínea). Paracetamol si procede, Ibuprofeno si procede. Colirio para los ojos:



2.- Patrón Nutricional / Metabólico (alterada)

Refiere que últimamente pierde peso. Peso actual 55 kg. Peso corporal inferior en un 20% al peso ideal. Altura 1.60 metros. IMC: 14 por debajo de lo normal (18.5 a 24.9 normal). Últimamente no tiene apetito alguno y come poco. No necesita ayuda para comer o beber. Puede masticar bien y no encuentra dificultad para tragar. No le duele el estómago ni molestias después de comer. Tiene algún cardenal y Varices. Suele tener las manos y/o pies fríos. Observamos piel y mucosas: la hidratación de la piel (pellizcamos ligeramente y comprobamos si se pega la piel o no), deshidratada, seca escamosa, color pálido temperatura fría con algunas heridas en pies, presenta caída y escaso pelo. Se rompe las uñas con facilidad.

3. -Patrón de Eliminación (alterado)

Orina a menudo con pérdidas de orina por algún esfuerzo que le obliga a llevar pañal durante todo el día, y a veces no puede salir de casa. No tiene molestias en la micción. Se levanta varias veces por la noche. No padece de estreñimiento ni tiene hemorroides. No suda y no tiene catéter alguno. **Valoración de la incontinencia: positivo cuestionario de la incontinencia con la puntuación 4**

4. Actividad y Ejercicio (alterada)

No padece dificultad respiratoria ni se fatiga. Cuando se resfría necesita almohada para dormir por el ahogo. Los valores en el momento de la entrevista son: Glucosa: 140 mg/dl. Presión Arterial 120/6 mmHg. Frecuencia cardíaca: 60 pulsaciones /minuto. Realiza sus tareas de la vida diaria y no se cansa. Tiene dificultad de movilidad. No realiza ejercicio físico algunos y solo sale a pasear algunas veces. La Valoración músculo-esquelética: Debilidad y Bajo tono muscular, Movilidad de articulaciones es leve y lenta, Sufre de calambres y a veces tiene contracturas en las rodillas y brazos. Autonomía para las actividades de la vida diaria (Barthel): 65 puntos dependencia moderada. Test de riesgo de úlcera por presión (Braden): 15 puntos riesgo de UPP.

Valoración de la actividad y ejercicio de la vida diaria: “Test de Barthen”: 65 puntos riesgo de dependencia moderada.



5-. Patrón Sueño/Descanso. (alterado)

Duerme entre 6-7 horas diariamente y a veces tiene problemas para dormir necesitando tomar una pastilla. Le molesta los ruidos externos y las preocupaciones de su enfermedad y tratamiento para poder dormir bien. A veces se levanta cansada de no dormir bien. **Cuestionario de Oviedo del sueño: insatisfecho**

6.- Patrón Cognitivo/Perceptual (alterado)

A menudo tiene dolores de espalda, rodillas por la artrosis y fuertes dolores de cabeza desde hace años que lo asocia a la enfermedad y a la edad. Toma calmantes, paracetamol, ibuprofeno recetados por el medico y la mayoría por cuenta propia. No tiene conocimientos de su tratamiento y muchas veces se automedica.

Valoro cada sentido y los reflejos:

Vista: Tiene gafa por alteración en la visión desde hace 30 años. Se hizo la última revisión hace dos años. Oído: no tiene aparato de audición pero tiene problemas algunas veces. Gusto: no Tiene algún problema en la boca que le impida o dificulte comer con disminución de salivación y le cuesta Saborea los alimentos. Tacto: Tiene algún problema de sensibilidad a los roces y el agua fría. Olfato: no Tiene problemas de congestión solo cuando esta resfriada. Tiene a menudo pérdidas de memoria desde hace tiempo y últimamente mas a menudo. Observación de su orientación, y posibles alteraciones de lenguaje o expresión no presentan alteración alguna en el momento.

En la escala numérica de valoración del dolor (eva), define el dolor con un 9, teniendo el 10 como puntuación máxima y 1 de mínima.

7.- Patrón Autopercepción y Autoconcepto. (riesgo alterado)

La paciente refiere sentirse general mente bien pero sus enfermedades la deprimen y se siente impotente ante los desconocimientos de su enfermedad. Le preocupa su tratamiento tan complicado y complejo para ella. Se siente delicada y frágil le gustaría estar mejor de salud. Tiene el apoyo y el cariño de su marido y de sus hijos. **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: 3 puntos riesgo de ansiedad y depresión**



8. Patrón Función y Relación(no alterado)

Casada, con tres hijos que viven uno en Francia y dos en Madrid en contacto permanentemente a los que hecha de menos. Tiene buenas relaciones con vecinos y familiares que los visitan a menudo. No sale mucho de casa, solo para hacer sus compras y a algún acontecimiento familiar. Pasea por las tardes con sus amigas y marido. **1º Valoración de la carga subjetiva de los cuidadores que en este caso es su marido. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: 46 puntos: no sobrecarga del cuidador 2º Percepción de la función familiar-cuestionario Apgar Familiar: 8 puntos: Función familiar: normal. 3º Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-Unc: Si dispone de Apoyo Social. Escala OARS de recursos sociales: escasos y no los conoce.**

9- Patrón de Sexualidad / Reproducción:

Casada y con tres hijos naturales, tuvo la regla a los 12 años no tuvo problemas de embarazo y partos. Nunca se ha hecho una mamografía, No tiene secreciones anormales. Tiene pocas relaciones sexuales por falta de ánimo.

10. Patrón de Afrontamiento /Tolerancia al Estrés.

No se siente estresada ni se irrita con frecuencia, los problemas los afronta con resignación y paciencia.

11. Patrón de Creencias y Valores

Practica la religión católica qué significa mucho para ella y se refugia en la religión para afrontar los problemas. Va a misa todos los domingos.

Entorno Vivienda(Riesgo de Seguridad y Caidas) La vivienda es un foco de riesgos que hay identificar y modificar algunos aspectos.



6.4.- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA DETECTADOS.

DXE (00125) IMPOTENCIA.

Definición: percepción de que las propias acciones no varían significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

- Impotencia **r/c** trastornos de la enfermedad, tratamientos farmacológicos **m/p** expresiones de incertidumbre, temor, incapacidad para buscar soluciones.

DXE (00002)) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

- Desequilibrio nutricional por defecto **r/c** factores biológicos, falta de interés por los alimentos, información errónea **m/p** debilidad en los músculos pérdida de peso.

DXE: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Definición: Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intrabdominal.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo **r/c** debilidad de los músculos pélvicos, presión abdominal **m/p** salida de la orina involuntaria, uso de pañales, y manifestaciones verbales que la impiden salir de casa.

DXE (00096) DEPRIVACION DEL SUEÑO.

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.

- Deprivación del sueño **r/c** ruidos, preocupaciones de su enfermedad, interrupciones por su tratamiento **m/p** manifestaciones verbales e insatisfacción con el sueño.
- **DXE (00133) DOLOR CRÓNICO.**



Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tinsular real o potencial con una duración superior a los 6 meses.

- Dolor agudo **r/c** proceso de la enfermedad **m/p** manifestaciones verbales de la paciente.

DXE (00173) CONFUSION AGUDA.

Definición: Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.

- Confusión aguda **r/c** edad superior a los 60 años **m/p** fluctuación en el conocimiento y conciencia.

DXE. MANEJO INEFECTIVO DEL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.401

Definición: Manejo inefectivo del tratamiento terapéutico **r/c** falta de conocimientos, estilos de vida, mala interpretación de la información, pocos recursos, **m/p** manifestación verbal del paciente de dificultad para continuidad del tratamiento e ineficaz para alcanzar los objetivos.

DXE: RIESGO DE CAIDAS:306

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Riesgo de caídas **r/c** debilidad en fuerza y tono muscular, poco ejercicio físico, barreras arquitectónicas en el hogar.

6.5.- PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOSENFERMEROS NANDA DETECTADOS.

1º DXE. Manejo Inefectivo del Tratamiento Terapeutico.

2º DXE (00002)Desequilibrio Nutricional Por Defecto.

3º DXE (00128)) Confusión Aguda.

4º DXE (00128) Riesgo De Caidas.



6.6.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

1º DXE. MANEJO INEFECTIVO DEL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.

Definición: Manejo inefectivo del tratamiento terapéutico.

Factores relacionados: Falta de conocimientos, Estilos de vida, Mala interpretación de la información, Pocos recursos.

Características definitorias: Manifestación verbal del paciente de dificultad para continuidad del tratamiento e ineficaz para alcanzar los objetivos.

1º NOC: OBJETIVOS/RESULTADOS:

(1813) CONOCIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPEUTICO.

DEFINICIÓN: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

EVALUACIÓN PERIÓDICA E INDICADORES DEL OBJETIVO (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS

CONOCIMIENTO S TERAPEUTICO	NINGUN O 1º VISITA	ESCAS O 2º VISITA	ESCAS O 3º VISITA	MODERAD O 4º VISITA	MODERAD O 5º VISITA	SUSTANC I. 6º VISITA	SUSTANC I. 7º VISITA	EXTENS O 8º VISITA
181310 Descripción del proceso de enfermedad	1	2	2	3	3	4	4	5
181301 Descripción del proceso terapéutico	1	2	2	3	3	4	4	5
181304 Descripción de los efectos esperados	1	2	2	3	3	4	4	5
181316 Descripción de los beneficios	1	2	2	3	3	4	4	5

Tabla 4 Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “conocimientos terapéuticos”



1º (NIC) 5618 INTERVENCIONES: ENSEÑANZA DEL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? Porque para poder alcanzar mi paciente los objetivos deseados es necesario que comprenda el tratamiento que vamos a realizar con un seguimiento y es muy necesaria su cooperación. La información continuada y fluida será nuestra herramienta para alcanzar los objetivos esperados teniendo muy en cuenta el consentimiento informado del paciente, no creando falsas expectativas en su tratamiento.

ACTIVIDADES:

1º Informar al paciente del tratamiento a seguir. (Consentimiento informado). 2º Reforzar la confianza del paciente en la enfermera que realizara la enseñanza del ttº. 3º Determinar el nivel de conocimientos relacionados con el tratamiento que tiene el paciente. 4º Explicar el tratamiento y enseñar al paciente como cooperar. 5º Proporcionar y reforzar la información acerca del tratamiento. 6º Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. 7º Incluir a la familia. 8º Discutir tratamientos alternativos. 10º Corregir las expectativas irreales.

2º NOC RESULTADOS/OBJETIVOS: (1802) CONOCIMIENTOS DE LA MEDICACION.

DEFINICIÓN: Grado de comprensión transmitida sobre el uso seguro de la Medicación.



EVALUACIÓN PERIÓDICA E INDICADORES(1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS

CONOCIMIENTOS TERAPEUTICO MEDICACION	NINGUNO 1° VISITA	ESCASO 2° VISITA	ESCASO 3° VISITA	MODERADO 4°VISITA	SUSTANCIAL 5° VISITA	SUSTANCIAL 6° VISITA	EXTENSO 7° VISITA
180801 Necesidad de informar al profesional de toda la medicación que este consumiendo.	1	2	2	3	4	4	5
180802 Declaración nombre correcto medicamento	1	2	2	3	4	4	5
180804 Descripción acciones de la medicación	1	2	2	3	4	4	5
180805 Descripción de reacciones adversas de la medicación	1	2	2	3	4	4	5

Tabla 5. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Conocimiento de la medicación”

2° (NIC) 5616 INTERVENCIONES: ENSEÑANZA DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS

DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para que tome de forma segura y correcta en horarios y dosis los medicamentos prescritos y observar su efecto.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? 1°- Porque “La educación Sanitaria en la administración de fármacos se considera la base de las actividades para mejorar el uso correcto y seguro de los medicamentos” y mi paciente no tiene esos conocimientos necesarios. 2°- Le corresponde al personal de enfermería, que tiene el mayor contacto con el paciente y por ello constituye el principal proveedor de educación sanitaria en cuanto a habilidades y capacidades para transmitir y fomentar la autorresponsabilidad en el cumplimiento de los tratamientos, para que estos no sean vividos como imposiciones o normas. La primera aproximación es el diagnóstico educativo, cuyo objetivo es averiguar los conocimientos, dudas, preocupaciones, identificar las



necesidades del paciente y/o de su familia, sus expectativas, sus habilidades y competencias acerca de la diabetes. Establecemos así una comunicación usuario-enfermería donde la comunicación dependerá en mayor medida de nuestra aptitud. Y donde escuchar es saber respetar "al otro". El hecho primordial en la educación es conseguir ese cambio de actitud de la persona pluripatológico para ello no debemos obviar los retos que se imponen en nuestra labor diaria como educadores de salud".

2º ACTIVIDADES:

1º Enseñar al paciente las características de los medicamentos. 2º Instruir al paciente como administrar la medicación correctamente: Los cinco correctos: paciente/medicamento/dosis/pauta/vía de administración. 3º Ayudar al paciente a desarrollar un horario de la medicación escrito. 4º Evaluar al paciente la capacidad para administrarse sola la medicación. 5º Enseñar al paciente las reacciones de los medicamentos en caso erróneo.

2º DXE (00002)) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. **Factores relacionados:** Factores biológicos, Factores psicológicos, Incapacidad para ingerir los alimentos. **Características definitorias:** Aversión a comer, Peso inferior en un 20% al peso ideal, Falta de información, Falta de interés, Fragilidad en pelo y uñas, Bajo tono muscular.

1º NOC RESULTADOS/OBJETIVOS: (1004) ESTADO NUTRICIONAL:

Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas..



EVALUACION PERIÓDICA E INDICADORES (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS .

ESTADO NUTRICIONAL	DESVIACION GRAVE 1ª VISITA	DESVIACION GRAVE 2ª VISITA	DESVIACION SUSTANCIAL 3ª VISITA	DESVIACION SUSTANCIAL 4ª VISITA	DESVIACION MODERADA 5ª VISITA	DESVIACION LEVE 6ª VISITA	DESVIACION NORMAL 7ª VISITA
100401 INGESTIÓN DE NUTRIENTES	1	1	2	2	3	4	5
100408 INGESTIÓN LÍQUIDOS	1	1	2	2	3	4	5
100402 INGESTIÓN ALIMENTARIA	1	1	2	2	3	4	5
100405 RELACION PESO/TALLA	1	1	2	2	3	4	5

Tabla 6. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Estado nutricional”

1º (NIC) 1100 INTERVENCIONES: MANEJO DE LA NUTRICION

DEFINICIÓN: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? Porque mi paciente no incorpora correctamente el proceso de la nutrición en su organismo y yo como Enfermera debo saber que el acto de comer e ingerir alimentos en mi paciente con un desequilibrio nutricional por defecto supone aportar al organismo las sustancias que necesita para vivir y que su cuerpo utiliza para reponer lo gastado en el desarrollo de las funciones vitales. En el caso de mi paciente los alimentos que ingiere deben satisfacer las necesidades de su organismo y aportar componentes promotores de salud que aumenten la esperanza y calidad de vida. La Nutrición es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza, las sustancias químicas (nutrientes) contenidas en los alimentos. El cuerpo humano necesita los nutrientes para llevar a cabo distintas funciones.



1º ACTIVIDADES:

1º Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento. 2º Determinar las preferencias de comidas del paciente. 3º Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilos de vida. 4º Proporcionaren este caso al paciente alimentos nutritivos de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades. 5º Fomentar el aumento en este caso de proteínas, hierro, y vitamina C.

2º NOC RESULTADOS/OBJETIVOS: (1802) NOC OBJETIVOS:

CONOCIMIENTOS DE LA DIETA:

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendable.

EVALUACION PERIÓDICA E INDICADORES SEMANALES (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS.

CONOCIMIENTO DE LA DIETA	NINGUNO 1º VISITA	NINGUNO 2º VISITA	ESCASO 3º VISITA	MODERADO 4º VISITA	MODERADO 4º VISITA	SUSTANCIAL 5º VISITA	EXTENSO 7º VISITA
180201 DESCRIPCIÓN DE LA DIETA RECOMENDADA	1	1	2	3	3	4	5
180202 EXPLICACION DE LA DIETA RECOMENDADA	1	1	2	3	3	4	5
180203 DESCRIPCIÓN DE LAS VENTAJAS	1	1	2	3	3	4	5
180204 ESTABLECER OBJETIVOS PARA LA DIETA	1	1	2	3	3	4	5

Tabla 6. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Conocimiento de la dieta”

2º (NIC) 5616 INTERVENCIONES: ENSEÑANZA DE LA DIETA PRESCRITA

Definición: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita adecuada a sus necesidades metabólicas.



¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? Porque mi paciente necesita una dieta prescrita equilibrada que consiste en comer todos los días alimentos variados en cantidades adecuadas y es la mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado, enseñando la amplia variedad de alimentos e incorporándolos a nuestra dieta diaria y semanal. Enseñar La Dieta Mediterránea tradicional posee beneficios para la salud científicamente probados sobre todo en la prevención de enfermedades coronarias. Es muy importante transmitir los conocimientos sobre la importancia que tienen los alimentos para poder alcanzar un estado nutricional satisfactorio.

2º ACTIVIDADES

1º Evaluar el nivel que tiene el paciente acerca de la dieta prescrita. 2º Conocer los sentimientos, actitud, grado de cumplimiento dieta del paciente. 3º Explicar el propósito de la dieta e Informar del tiempo que debe seguir la dieta. 4º Instruir al paciente a llevar un diario de comidas. 5º Reforzar la información proporcionada por otros miembros de la familia. 6º Conseguir objetivos a corto y a largo plazo.

Figura 5. Base de datos Medline Plus

3º DXE (00128)) CONFUSION AGUDA.

Definición: Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, grado de conciencia y de ciclo sueño/vigilia.

Factores riesgo: Edad superior a los 60

años, Abuso de Medicamentos Deshidratación, Deterioró de la cognición, Malnutrición.

RACIONES RECOMENDADAS DE ALIMENTOS			
		Raciones Diarias	
GRUPO 1	 LECHE DERIVADOS	2 raciones/día	200 cl leche = 1 ración 2 yogures = 1 ración 40 gr de queso curado = 1 ración
GRUPO 2	 CARNES PESCADOS HUEVOS	2 raciones/día	100 gr carne magra = 1 ración 125 gr pescado = 1 ración 2 huevos = 1 ración
GRUPO 3	 CEREALES LEGUMBRES TUBERCULOS	2 raciones/día	80 gr de pan = 1 ración 70 gr legumbre = 1 ración 1 patata mediana = 1 ración
GRUPO 4	 FRUTAS HORTALIZAS VERDURAS	3 raciones/día	2 piezas de fruta = 1 ración 300 gr de verdura limpia = 1 ración
GRUPO 5	 GRASAS ACEITES	2 raciones/día	1 cucharada de mantequilla = 1 ración 2 cucharadas de aceite = 1 ración 2 cucharadas de mayonesa = 1 ración
GRUPO 6	 DULCES AZUCAR	Con moderación	2 cucharadas de azúcar = 1 ración 125 gr de pasteles = 1 ración
LIQUIDOS	 AGUA INFUSIONES ZUMO	8 vasos al día	1 vaso de 200 cc de agua = 1 ración



Características definitorias: No procede en este diagnostico

1° NOC RESULTADOS/OBJETIVOS:

(1403)NOC: AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO:

Definición: Autor restricción de la alteración de la percepción, procesos de pensamiento y pensamiento

EVALUACION PERIÓDICA E INDICADORES SEMANALES (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS.

Autocontrol pensamiento	NUNCA EN 1° VISITA	NUNCA EN 2° VISITA	RARAMENTE 3° VISITA	A VECES 4° VISITA	A veces 5° VISITA	A veces 6° visita	frecuente 7° VISITA
140301 Reconoce que tiene alucinaciones	1	1	2	3	3	3	4
140302 no hace caso a las alucinaciones	1	1	2	3	3	3	4
140303 No responde a las alucinaciones	1	1	2	3	3	3	4
140304 Verbaliza con frecuencia las alucinaciones	1	1	2	3	3	3	4

Tabla 7. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Auto control del Pensamiento”

1° (NIC) INTERVENCIONES: (6440) MANEJO DEL DELIRIO:

Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el anciano que experimenta un estado confuso agudo.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? Mi paciente a veces no recuerda nada, olvidando sus responsabilidades y es incapaz para pensar de manera tan clara y rápida como uno normalmente lo hace. A veces se siente desorientado y tiene dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones. La confusión o delirio interfiere enormemente las actividades de la vida diaria y pone al individuo en riesgo de padecer



problemas de salud, y de seguridad por ello es necesario los cuidados Enfermeros en esta Intervención

1° ACTIVIDADES. 1° Identificar los factores etiológicos que causan el delirio. 2° Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes de delirio. 3° proporcionar consideración objetiva incondicional. 4° Proporcionar una seguridad optimista, pero que al mismo tiempo sea realista. 5° Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede. 6° Limitar la necesidad de tomar decisiones y puedan confundir. 7° Mantener un ambiente libre de peligros. 8° Evitar exigencias de pensamiento abstracto.

2° NOC RESULTADOS/OBJETIVOS: (0908) NOC MEMORIA:

Definición: Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.

EVALUACION PERIÓDICA E INDICADORES SEMANALES DURANTE LA ESTANCIA (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS

MEMORIA	GRAVE 1° VISITA	SUSTANCIAL 2° VISITA	SUSTANCIAL 3° VISITA	SUSTANCIAL 4° VISITA	SUSTANCIAL 5° VISITA	SUSTANCIAL 6° VISITA	SUSTANCIAL 7° VISITA
090801 RECUERDA INFORMACIÓN INMEDIATA	1	2	3	3	3	3	3
090802 RECUERDA INFORMACIÓN RECIENTE	1	2	3	3	3	3	3
090803 RECUERDA INFORMACIÓN REMOTA	4	4	4	3	3	3	3

Tabla 8. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Memoria”

1°(NIC) INTERVENCIONES: NIC (4760) ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.

Definición: Mejorar la memoria con ejercicios visuales, manuales etc.



¿PORQUE ELIJO ESTA INTERVENCION? El mantenimiento de la memoria resulta esencial para el bienestar de la paciente. En la edad avanzada que se encuentra, conjuntamente con otros cambios fisiológicos, existe la tendencia de experimentar mermas en las funciones mentales. Algunos de estos cambios son debidos a varias enfermedades o a procesos de envejecimiento irreversibles. Sin embargo, muchos de estos cambios pueden impedirse o retardarse llevando una vida activa y teniendo en cuenta varios factores (por ejemplo, una dieta saludable, contactos sociales, aprendizaje continuo, buen estado físico etc. Es necesario entrenar la memoria para evitar el olvido, causado por el envejecimiento no patológico de la paciente con terapias alternativas que dependen de : Un buen control de la ansiedad, La ejercitación intelectual, El uso de estrategias para mejorar el aprendizaje y el recuerdo como por ejemplo, Ejercicio de atención selectiva, Ejercicio de agrupamiento o categorización.

1º ACTIVIDADES.

1º Discutir con el paciente y familia cualquier problema practico de memoria que se haya experimentador.2º Estimular la memoria mediante la repetición del ultimo pensamiento expresado por el paciente.3º Recordar experiencias pasadas con el paciente.4º Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas ,como imaginación visual, juegos de memoria,, pista de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización del ordenador o etiquetas con nombres.5º ayudar a las tareas de aprendizaje.6º Controlar los cambios de memoria durante el entrenamiento.7º proporcionar entrenamiento de orientación.8º animar y motivar al paciente durante las técnicas.

4º DXE (00155) RIESGO DE CAIDAS.

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores riesgo: Edad superior a 65 años. Historias de caídas, Falta de material antideslizante. Ropa inadecuada, Muebles mal situados, Deterioro cognitivo, Entorno mal ordenado, Deterioro de la movilidad física, Alfombras, Medicamentos.



1° NOC RESULTADOS/OBJETIVOS:NOC (1909) CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

Definición: Acciones personales del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

EVALUACIÓN PERIÓDICA E INDICADORES SEMANALES DURANTE LA ESTANCIA (1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS

CONDUCTA	NUNCA	RARAMENTE	RARAMENTE	A VECES	FRECUENTE	FRECUENTE	SIEMPRE
PREVENCIÓN CAÍDAS	DEMOSTRADO 1° VISITA	DEMOSTRADO 2° VISITA	DEMOSTRADO 3° VISITA	DEMOSTRADO 4° VISITA	DEMOSTRADO 5° VISITA	DEMOSTRADO 6° VISITA	DEMOSTRADO 7° VISITA
190915 USO DE BARANDILLAS AGARRARSE	1	2	2	3	4	4	<u>5</u>
190914 USO DE ALFOMBRA DE GOMA EN EL BAÑO	1	2	2	3	4	4	<u>5</u>
190906 ELIMINACIÓN DE OBJETOS RIESGO	1	2	2	3	4	4	<u>5</u>
190922 ILUMINACIÓN ADECUADA	1	2	2	3	4	4	<u>5</u>

Tabla 9. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Prevención de Caídas”

1° (NIC) INTERVENCIONES: NIC (6486) MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD.

Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? El manejo ambiental establece las acciones que se requieren para prevenir, mitigar, controlar, compensar y corregir los posibles efectos o impactos ambientales negativos causados por una actividad; incluye



también los planes de seguimiento, evaluación y monitoreo y los de contingencia. Por tanto el manejo ambiental de seguridad es aquello con lo que podemos mitigar a dar solución a un problema hecho en la evaluación de impactos ambiental.

ACTIVIDADES:

1º Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. 2º Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el paciente (físicos, biológicos y químicos). Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. 3º Disponer de dispositivos de adaptación (banquetas de escalera o barandillas.) para aumentar la seguridad del ambiente .

3º NOC RESULTADOS/OBJETIVOS: NOC (1902) CONTROL DE RIESGO:

Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificable

EVALUACIÓN PERIÓDICA E INDICADORES SEMANALES

(1 al 7) SON LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS CUIDADOS.

CONTROL DEL RIESGO	NUNCA 1º VISITA	RARAMENTE 2º VISITA	RARAMENTE 3º VISITA	A VECES 4º VISITA	FRECUENTE 5º VISITA	FRECUENTE 6º VISITA	SIEMPRE 7º VISITA
190201 RECONOCE FACTORES DE RIESGO	1	2	2	3	4	4	5
190216 RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD	1	2	2	3	4	4	5
190216 RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD	1	2	2	3	4	4	5

Tabla 10. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados en “Control del riesgo”



3° (NIC) INTERVENCIONES: NIC (6610) IDENTIFICACION DE RIESGOS:

Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de los riesgos para la salud y asignación de prioridades a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

¿POR QUÉ ELIJO ESTA INTERVENCIÓN? Un riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Es importante una correcta prevención en las caídas, identificando los factores de riesgo en el entorno. La eliminación de los factores de riesgo más comunes permitirán gozar de un estado de salud adecuado y una seguridad en la paciente.

3° ACTIVIDADES:

1° Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y validos.
2° Determinar el nivel educativo. 3° Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. 4° Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
5° Identificar estrategias habituales de resolución de problemas de las personas. 6° Determinar la presencia de apoyo familiar. 7° Determinar los recursos económicos. 8° Determinar la presencia/ ausencia de necesidades vitales básicas. 9° utilizar acuerdos con el paciente. 10° Determinar los recursos comunitarios.

6.7.- EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. "En aquellos diagnósticos reales o de riesgo en que la causa no puede ser modificada ni eliminada, pero sin embargo el problema sí es paliable o controlable mediante actividades independientes, éstas se centrarán en la reducción, control o



eliminación de las manifestaciones y puede ayudar a la persona a progresar en las etapas del proceso”.

Figura 4. Google :Ejecución Enfermera



1º VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

“Tengo presente Como enfermera que trabajare en la prevención ,proporcionare : La comodidad, aliviare o evitare el dolor, proporcionare la tranquilidad y seguridad del paciente, la intimidad, utilizando nuestras herramientas físicas y psíquicas, nuestros conocimientos y nuestra voluntad. Utilizo los recursos físicos existentes y proporciono aquellos de los que carece”. Maty olmo.

Presentación a la familia e información del motivo y los objetivos de mi visita . Realizo valoración integral a la paciente y cuidador. Realizo una valoración de la vivienda y recursos existente. Resuelvo dudas y contesto a preguntas de mi paciente. Observación de su estado de salud. Observo que mi paciente desconoce el proceso de su enfermedad y del tratamiento responsable de la intoxicación digitalica reciente. Para no cansar a mi paciente programamos para otra semana una nueva visita domiciliaria.

2º VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

Observación del estado de salud. Toma de constantes vitales dentro de lo normal. Determino el nivel de conocimientos que tiene de su ttº y enfermedad. Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos y desecho los caducados. Enseño las consecuencias y reacciones



adversas de los medicamentos. Doy instrucciones para tomar de manera correcta los medicamentos. Doy información, contesto a preguntas y doy soluciones. Proporciono un ambiente de seguridad e intimidad en la toma de decisiones compartidas. Tengo presente siempre los derechos del paciente y Satisfago sus necesidades. Educación nutricional sobre los alimentos. Educación nutricional de comidas recomendadas y prohibidas. Animo a que realice ejercicio físico adecuado. Realizo ejercicios y técnicas para reforzar la memoria. Tengo presente y utilizo los recursos existentes de mi paciente y proporciono aquellos de los que carece.

3° VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE.

Observación del estado de salud de mi paciente. Toma de constantes vitales dentro de lo normal. Observo que mi paciente tiene conocimientos moderados de su ttº y enfermedad. Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos y enseño como almacenarlos. Sigo con la Enseñanza y las consecuencias a reacciones adversas de los medicamentos y compruebo que cumple el tratamiento farmacológico. Doy instrucciones para tomar de manera correcta los medicamentos. Compruebo que mi paciente comprende y ha entendido mis explicaciones. Doy información, contesto a preguntas y doy soluciones. Proporciono un ambiente de seguridad e intimidad en la toma de decisiones compartidas. Tengo presente siempre los derechos del paciente .Satisfago sus necesidades. Educación nutricional sobre los alimentos que debe tomar para aumentar el peso. Practico y doy ejercicios para reforzar la memoria. (test, cuestionarios)Animo a que realice ejercicio físico adecuado. Reviso los riesgos ambientales y propongo seguir con cambios en el entorno

4° VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

Me centro en la Prevención de caídas con ejercicio físico adecuado. Tengo presente y utilizo los recursos existentes de mi paciente y proporciono aquellos de los que carece. Observación del estado de salud de mi paciente. Toma de constantes vitales dentro de lo normal, revisión de la historia médica y registro de los valores obtenidos en su historia. Observo que en mi paciente aumentan los conocimientos de su ttº y enfermedad.



Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos, proporciono dispositivos para dispensación de medicamentos y enseño como almacenarlos. Sigo con la Enseñanza y recuerdo las consecuencias a reacciones adversas de los medicamentos y compruebo que cumple el tratamiento farmacológico y lo comprende. Reviso mis instrucciones y compruebo como realiza mi paciente la administración de fármacos de manera correcta. Compruebo que mi paciente comprende y ha entendido mis explicaciones. Doy información, contesto a preguntas y doy soluciones. Proporciono un ambiente de seguridad e intimidad en la toma de decisiones compartidas. Tengo presente siempre los derechos del paciente y Satisfago sus necesidades. Educación nutricional sobre los alimentos que debe tomar para aumentar el peso. Educación nutricional de comidas recomendadas y prohibidas. Animo a que realice ejercicio físico adecuado. Reviso los riesgos ambientales y propongo seguir con cambios en el entorno:

Ambientales: Iluminación, Barreras arquitectónicas, Pisos y alfombras, Mobiliario, Baño.

Vestuario: Zapatos, ropa cómoda y fácil de quitar, ropa de algodón para evitar roces.

Reviso Exploración física para evitar riesgos: Consulto su historia médica y calendario de vacunas. Compruebo que la Visión es correcta, audición, marcha. Equilibrio, Hipotensión postural, Neurológica, Cardiovascular .

Control y prevención en: Mala Iluminación. Baño. Dormitorio. Escaleras

“La vejez viene con la primera caída y la muerte con la segunda”

(Gabriel García Márquez)

5° VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

Me centro en proporcionar dispositivos para la buena administración y dispensación de los fármacos. Observación del estado de salud de mi paciente satisfactorio con un aumento de peso 2kg en un mes. Toma de constantes vitales dentro de lo normal, revisión de la historia médica y registro de los valores obtenidos en su historia.



Observo que en mi paciente sigue aumentando los conocimientos de su ttº y enfermedad. se encuentra mas optimista y segura con mis cuidados continuos. Continuación de la Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos, proporciono dispositivos para dispensación de medicamentos y enseño como almacenarlos. Proporciono información para evita errores en la medicación como: Nombre del fármaco, Su indicación, Características externas.(color, forma), Horario de las tomas, Instrucciones para tomar el fármaco, Las precauciones. Proporciono un diseño por medio de colores y dibujos para recordar y un reloj adecuado para avisarle e indicar cuando se tiene que tomar la medicación. Sigo con la Enseñanza y recuerdo las consecuencias a reacciones adversas de los medicamentos y compruebo que cumple el tratamiento farmacológico y lo comprende. Reviso compruebo como realiza mi paciente la administración de fármacos de manera correcta. Compruebo que mi paciente comprende y ha entendido mis explicaciones. Doy información, contesto a preguntas y doy soluciones. Proporciono un ambiente de seguridad e intimidad en la toma de decisiones compartidas. Tengo presente siempre los derechos del paciente y Satisfago sus necesidades. Educación nutricional sobre los alimentos que debe tomar para aumentar el peso un poco más. Educación nutricional de comidas recomendadas y prohibidas. Animo a que realice ejercicio físico adecuado. Reviso los riesgos ambientales y propongo seguir con cambios en el entorno. Realizo ejercicios, test, cuestionarios para reforzar la memoria. Tengo presente y utilizo los recursos existentes de mi paciente y proporciono aquellos de los que carece.

6º VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

Me centro en proporcionar y en revisar el tipo de nutrición y alimentos para que mi paciente alcance el peso ideal y le realizo: Control y Peso de mi paciente. Controlo el tipo de ejercicio que realiza. Controlo el tipo y veces que come. Observo sus preferencias de comidas. Valoro analítica realizada posterior, valores de albumina, proteínas total, hemoglobina, hematocrito. Fomento la ingesta ricos en calorías, proteínas. Educación nutricional sobre los alimentos que debe tomar para aumentar el peso un poco más. Educación nutricional de comidas recomendadas y prohibidas.



Animo a que realice ejercicio físico adecuado. Observación del estado de salud de mi paciente satisfactorio con un aumento de peso 2kg en un mes. Toma de constantes vitales dentro de lo normal, revisión de la historia médica y registro de los valores obtenidos en su historia. Mi paciente realiza ella sola la administración de medicamentos y cumple el tratamiento demuestra estar mas optimista y segura con mis cuidados continuos. Continuación de la Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos, y reviso dispositivos para dispensación de medicamentos. Proporciono Test y cuestionarios para reforzar la memoria. Tengo presente y utilizo los recursos existentes de mi paciente y proporciono aquellos de los que carece. Repasamos la información y resuelvo dudas para que mi paciente no tenga y evite errores en la medicación como: Nombre del fármaco, Su indicación, Características externas. (Color, forma), Horario de las tomas, Instrucciones para tomar el fármaco, Las precauciones. Sigo con la Enseñanza y recuerdo las consecuencias a reacciones adversas de los medicamentos y compruebo que cumple el tratamiento farmacológico y lo comprende. Compruebo como realiza mi paciente la administración de fármacos de manera correcta y corrijo errores .Compruebo que mi paciente comprende y ha entendido mis explicaciones. Doy información, contesto a preguntas y doy soluciones. Proporciono un ambiente de seguridad e intimidad en la toma de decisiones compartidas y tengo presente siempre los derechos del paciente. Satisfago sus necesidades y registro en su historia todos los cambios producidos en la salud del paciente. Reviso los riesgos ambientales y observo que se han llevado a cabo todas mis sugerencias y cambios ambientales

7º VISITA EN EL DOMICILIO DE MI PACIENTE:

Me centro en la evaluación de los resultados de los cuidados de mi paciente. Observación del estado de salud de mi paciente que ha conseguido una salud optima. Toma de constantes vitales dentro de lo normal, revisión de la historia médica. Observo que mi paciente tiene los conocimientos de su ttº y enfermedad. Refuerzo la Educación sanitaria de la salud y previsión de los riesgos posibles. Reviso con el paciente los medicamentos que se auto administra debidamente cumpliendo las indicaciones del tratamiento a seguir. Refuerzo las consecuencias a reacciones adversas



de los medicamentos y compruebo que cumple el tratamiento farmacológico y lo comprende. Reviso mis instrucciones y compruebo como realiza mi paciente la administración de fármacos de manera correcta. En el hogar se respira un ambiente de seguridad inhibiendo las barreras arquitectónicas. Tengo presente siempre los derechos del paciente. Satisfago sus necesidades. Refuerzo la Educación nutricional sobre los alimentos tras haber alcanzado un peso de 3kg en 7 semanas de cuidados. Refuerzo la Educación nutricional de comidas recomendadas y prohibidas. Animo a que realice ejercicio físico adecuado que refiere hace diariamente. Reviso los posibles riesgos ambientales. Consulto su historia el registro de los informes, de objetivos alcanzados y cambios favorables en la salud de mi paciente que se muestra muy optimista. Mi paciente ha alcanzado de forma correcta todos los objetivos deseados. Informo a mi paciente de la continuidad de sus cuidados programándolos para dentro de 20 días si no hay novedad alguna. Proporciono mi número de teléfono por si surge complicaciones algunas.

6.8.- EVALUACION DE LOS RESULTADOS DESDE EL INICIO AL FINAL

1° CONOCIMIENTOS TERAPEUTICO	NINGUNO	1	A	EXTENSO 5
2° CONOCIMIENTOS TERAPEUTICO DE LA MEDICACION	NINGUNO	1	A	EXTENSO 5
3° ESTADO NUTRICIONAL	GRAVE	1	A	EXTENSO 5
4° CONOCIMIENTO DE LA DIETA	NINGUNO	1	A	EXTENSO 5
5° AUTOCONTROL PENSAMIENTO	NUNCA	1	A	MODERADO 3
6° MEMORIA	GRAVE	1	A	MODERADO 3
7° CONDUCTA PREVENCION CAIDAS	NUNCA	1	A	SIEMPRE 5
8° CONTROL DEL RIESGO	NUNCA	1	A	SIEMPRE 5

Tabla 11. Elaboración propia de la evaluación y objetivos alcanzados”



7.- “ANÁLISIS DEL ESTUDIO-DISCUSIÓN”

7.1.-Metodología Utilizada en el Caso Clínico.

La Valoración Integral, en el domicilio de la paciente, que realizo en mi trabajo, es por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizo la metodología de Diagnósticos Enfermeros de TAXONOMIA NANDA, es la identificación por parte del profesional de Enfermería de los problemas de salud del paciente. Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida, problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. (AENTDE, Mayo 2001). Los cuestionarios han sido: Dunke-Unc, Escala de Goldberg, Apgar Familiar, Seguridad en el hogar, Índice de Barthel, Incontinencia Urinaria, Escala Numérica del Dolor, Cuestionario de Oviedo del sueño. Utilizo la TAXONOMÍA NIC, es una Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Por ultimo destacar que utilizo la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que es una clasificación normalizada y completa de los resultados enfermeros. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado, condición o percepción variable de un paciente, para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del proceso de cuidado del paciente. La base de datos que consulto y utilizo para mi trabajo son : Scielo, Medline Plus, Teseo, biblioteca Cochrane.com, distintos libros de la biblioteca de la Universidad de Jaén y libros de texto de la carrera de enfermería.

7.2.- Interpretación De Los Resultados Y Comparaciones Con Otros Estudios Similares. Mi paciente una mujer que corresponde al sector de población de la tercera edad, pluripatologica, con dependencia moderada, que se automedica con diversos fármacos. Tiene un tratamiento complejo, carece de información sobre el tratamiento y tiene antecedentes de intoxicación de medicamentos, debido a un mal uso de los fármacos administrados. No cumple las indicaciones del tratamiento.



Mis cuidados e intervenciones He conseguido con el plan de cuidados los siguientes resultados:

1º El Diagnostico De Enfermería: Manejo Inefectivo Del Tratamiento Terapeutico

Mis objetivos alcanzados han sido:

Conocimiento del Régimen Terapeutico.....**Conocimiento ninguno 1 a extenso 5**

Conocimientos de la medicación.....**Conocimiento ninguno 1 a extenso5**

Los conocimientos que la paciente tiene ahora, después de recibir los cuidados oportunos, tanto sobre su Enfermedad, como sobre el tratamiento prescrito por el facultativo, y sus actitudes han sido favorables. En cuanto a las percepciones, que tenía de los fármacos: ha conseguido disminuir las creencias negativas que tenía sobre ellos, ha eliminado las preocupaciones también sobre los mismos. Por ello ha mejorado todos los aspectos que dificultaban la adherencia al tratamiento. Sobre el uso racional del medicamento se ha familiarizado con los mismos de forma correcta, adecuada y con las dosis debidas. Ello durante un período de tiempo suficiente, y con menor costo para ella y para la comunidad. Los resultados a la adherencia terapéutica de la paciente han sido satisfactorios debido a enseñarle instrumentos que la hacen manejarse de forma sencilla: recordar el horario y dosis para no olvidar (pastilleros, tarjeta de medicación, reloj etc.) La información que actualmente mi paciente tiene acerca de su enfermedad y tratamiento ha supuesto un afrontamiento mejor a su situación con una visión más positiva que aumenta su calidad de vida. Al conseguir estos objetivos he conseguido eliminar otros patrones funcionales que tenía alterados como por ejemplo: el sueño, la percepción, la actividad, el ejercicio y lo mejor de todo el estado psíquico y emocional tan positivo, afrontando su situación con más optimismo. Por último, mi paciente mejoró la calidad de vida, potenció su autonomía con resultados beneficiosos. Los cambios y resultados producidos en la paciente también han sido gracias a la buena colaboración y a las intervenciones enfermeras.



Comparación Con Otros Autores De Similares Diagnósticos Dicen Que:

1º Los autores del estudio “Disposición para el manejo efectivo del régimen terapéutico” nos informan que los resultados: •Conocimiento del manejo del régimen terapéutico (1813). • Conducta de cumplimiento (1601). • Control del riesgo (1902). • Control de síntomas (1608),son las etiquetas diagnósticas por excelencia al alta tras el entrenamiento para efectuar todo tipo de patologías que lo precisen en el domicilio.²³

2º Hoy en día la forma de terapia cada vez más frecuente, en la que la Enfermería tiene un papel primordial, como encargada de de los cuidados y de la Educación Sanitaria, han sido dos de nuestros principales objetivos. Con el fin de facilitar la formación, la seguridad, los auto-cuidados y la incorporación a la vida cotidiana de la persona dependiente, elaborándose una guía para proporcionar al paciente los Conocimientos necesarios para la adaptación a su nueva situación cuyos objetivos son una calidad de vida. ²⁴

2º El diagnostico de Enfermería: Desequilibrio Nutricional por defecto

Mis objetivos alcanzados han sido:

Estado nutricional..... **Grave 1 a Extenso 5**

Enseñanza de la dieta prescrita....**Grave 1 a Extenso 5**

La valoración del estado nutricional de la paciente se ha realizado desde una múltiple perspectiva: dietética, antropométrica, para tener una idea exacta del estado nutricional a partir de datos dietéticos. Los resultados alimentarios han permitido, sin embargo, obtener información sobre la posibilidad de que mi paciente tenga ingestas adecuadas de energía y nutrientes. El instrumento utilizado y útil es el Mini Nutricional Assessment (MNA) que incluye valoración antropométrica global (medicación, estilo de vida...), dietética y subjetiva. La Educación nutricional para mejorar sus conocimientos dietéticos ha sido fundamental para que se produzcan cambios en el estado de la salud. Mi paciente ha obtenido unos resultados óptimos con un aumento de peso de 3 Kg en 7 semanas, con una alimentación aplicando una dieta personalizada, correcta, y unos conocimientos dietéticos adecuados a sus necesidades y cambios en el



estilo de vida que antes no tenía. Ha conseguido una correcta elección de los alimentos y comidas adecuadas a sus necesidades metabólicas de lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas etc. Los cambios más significativos han sido: La paciente de edad avanzada come correctamente y ha corregido su anemia. Ha sido capaz de cambiar sus hábitos alimentarios y estilo de vida. Se siente más motivada a la hora de comer lograda a través de la educación nutricional. Siempre tienen buena digestión. Ha aumentado la ingesta de líquidos a intervalos regulares aunque no tenga sed para evitar la deshidratación. Ha disminuido la anemia, aumentando la masa magra. Ha conseguido realizar una actividad física diaria y gasto de energía que le facilita el consumo de alimentos en las distintas horas del día indicadas. Los problemas nutricionales de esta paciente vulnerable se han solventado, mediante una adecuada intervención nutricional que ha contribuido a mejorar la calidad de vida del mayor dependiente, reducir la susceptibilidad a algunas de las enfermedades presentes, contribuir a su recuperación; y de esta manera, ayudar a mantener, durante el mayor tiempo posible, un estilo de vida independiente para permanecer siempre que sea posible en el ambiente propio donde quiere estar.

Comparación Con Otros Autores De Similares Diagnósticos Dicen Que:

1º L. Cerezo comenta que “El soporte nutricional puede mejorar la tolerancia a los tratamientos específicos y por tanto mejorar la calidad de vida en el paciente. Es precisa una intervención nutricional precoz, mediante un abordaje multidisciplinario que implique a la Enfermera, al especialista en nutrición, al paciente y a su familia. La experiencia acumulada en los últimos años nos permite concluir que existe una relación significativa entre pérdida de peso y menor supervivencia. Sería paciente y a su familia. Sería conveniente investigar si al revertir la pérdida de peso mediante soporte nutricional apropiado aumentarían las tasas de supervivencia en los pacientes oncológicos”.²⁵

2º Los autores afirman que “Uno de los más importantes y frecuentes problemas de los pacientes y factor de riesgo de mortalidad, es la malnutrición calórica proteica sin que exista un consenso para evaluarla. Se consideran causas de malnutrición la inflamación



y el hipercatabolismo. Es de sobra conocido el importante resultado óptimo que tiene la enfermería en el objetivo de “Estado nutricional” en la adecuada nutrición del paciente, aunque en muchas ocasiones es un objetivo difícil de conseguir. Fruto de su interés destacan las numerosas publicaciones sobre el tema que incluye manuales de educación dietética que se han convertido en clásica fuente de consulta tanto para los pacientes y sus familiares como para los profesionales sanitario”.²⁶

3º En el estudio transversal, los autores concluyen diciendo que “el estado nutricional afecta a la salud y calidad de vida de los mayores. Evaluar la prevalencia de desnutrición en población mayor y relacionarlo con la edad, sexo y el estar o no institucionalizado se llegó a la conclusión de que: “Dada la elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en los ancianos sería recomendable realizar rutinariamente la valoración del riesgo nutricional en este grupo de población para conseguir un estado nutricional óptimo”.²⁷

3º Diagnostico de Enfermería Confusión Aguda.

Mis objetivos alcanzados han sido:

Autocontrol pensamiento distorsionado.....**Nunca 1 A Moderado 3**

Memoria.....**Grave 1 A Moderado 3**

La paciente ha mejorado favorablemente, no obstante se requieren unos conocimientos y herramientas aun más especializados y específicos para alcanzar unos resultados óptimos. La paciente ha mejorado levemente la memoria realizado unos entrenamientos para ejercitar la mente, pues el cerebro es el músculo más importante relacionado con la memoria. Ha cambiado el patrón del sueño durmiendo 8 horas para que su mente este descansada y preparada para funcionar su máxima capacidad. Ha prestado más atención cuando está más concentrada, aprendiendo algo que necesita recordar. Y se ha centrado únicamente en el material que necesita recordar: anotándolo, señalándolo,etc. Ha mejorado la capacidad para pensar o comportarse con propósito, minimizando el pensamiento desorganizado. La autoestima y las relaciones sociales han ayudado positivamente a mejorar la memoria, aumentando una calidad de vida en la paciente.



Sobre los síntomas de pérdida de memoria en la paciente, no se conoce ciertamente su causa, ya que pueden surgir en las personas mayores por diversas razones, tales como el envejecimiento, estrés, u otras condiciones médicas más serias. Lidar con la pérdida de memoria de la paciente ha sido difícil, pero es mucho más fácil de manejar una vez que la causa de la pérdida de la memoria es detectada. **No hay cura para la mayoría de las causas de la pérdida de la memoria, pero se puede minimizar con la prevención precoz.** La localización de la raíz del problema ha ayudado a diseñar mejores métodos de afrontamiento y de cuidado a la paciente. La confusión es un área donde es necesario indagar e investigar aun más. Los siguientes documentos que presento coinciden con mis resultados:

Otros autores de similares diagnósticos dicen que:

1° Los autores del estudio nos informan que “El diagnóstico, manejo y prevención del Manejo de la confusión aguda o del delirium a pesar de considerar al delirium como un problema frecuente, prevenible y con graves repercusiones para el paciente crítico. Los sanitarios encuestados no emplean una herramienta para su evaluación. Es necesario una detección precoz esfuerzos educacionales para difundir la eficacia y la utilidad de las escalas que permiten el diagnóstico precoz y un tratamiento preciso de la Confusion aguda o del delirium” .28

2° Esta investigación realizada por los autores: Silva, Rosa Carla Gomes da Silva, Abel Avelino de Paiva, pretendió conocer la dimensión del subdiagnóstico de la Confusión Aguda, al analizar los registros producidos por el equipo de salud y percepción de los enfermeros sobre este fenómeno. Los autores concluyen diciendo que “Los resultados apuntan para la dificultad en identificar la Confusión Aguda, con implicaciones para la calidad de los cuidados, sugiriendo la necesidad de adoptar medidas formativas mas especificas dirigidas a los equipos de salud”.29

3° El estudio descriptivo transversal de los autores Vallejo Sánchez, Jesús Manuel; Rodríguez Palma, Manuel, demuestran que el Concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) define un estado previo en el declinar cognitivo hacia la demencia, donde se observan cambios cognitivos identificables mediante una adecuada evaluación clínica y



neuropsicológica. El objetivo es conocer la prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores donde los resultados indican que el aumento constatado de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos”.³⁰

4º Diagnostico de Enfermería Riesgo de Caídas

Mis objetivos alcanzados han sido:

Conducta Prevención de caídas.....**Nunca 1 a Siempre 5**

Control del riesgo.....**Nunca 1 a Siempre 5**

La paciente reconoce la importancia que tiene en su salud el Riesgo de Caídas, ignorado anteriormente antes de los cuidados proporcionados. Ha controlado los factores intrínsecos (visión, oído, movimiento etc.) y los factores extrínsecos (ambiente, entorno, iluminación, ropa, etc.), mejorando su movilidad física e independencia sin riesgo alguno. El control de los medicamentos y el uso de dispositivos (bastones, alfombras en el baño, agarraderas etc.) han evitado el riesgo a sufrir un accidente en el hogar. El ejercicio físico que ha realizado le ha permitido un movimiento mas seguro en los desplazamientos.

Comparación Con Otros Autores De Similares Diagnósticos Dicen Que:

1º.- En el estudio de revisión sistemática “Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos”: revisión sistemática los autores Laguna-Parras, Juan Manuel; Carrascosa-Corral, Raquel R.; Zafra López, Fernando tienen como Objetivos: identificar las principales causas por las que se producen las caídas y determinar qué medidas son efectivas y cuáles no en la prevención de caídas accidentales. Las principales causas por las que se producen las caídas están relacionadas con la edad, patologías (Confusion Aguda, Parkinson, Demencias, Alzheimer), medicación y el pre/postoperatorio. De los estudios, hay diversas intervenciones que han demostrado



ser efectivas y reducir el número de caídas, con la conclusión de que todos los estudios, en general, han aplicado **medidas de prevención en función del riesgo y/o enfermedad** identificados por grupos de pacientes. Las medidas preventivas que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de la colocación de medidas de protección, el establecimiento de unos parámetros para la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída y evaluar la frecuencia de éstas, establecer una escala de atención de la dependencia y compararla con el modelo de factores de riesgo, analizar los factores de riesgo extrínsecos que las favorecen, realizar una puntuación para identificar a los pacientes con alto riesgo, establecer un programa de intervención de caídas y desarrollar estrategias para la prevención de éstas. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática.³¹

7.3.- Las Limitaciones o Dificultades Encontradas En El Caso Clínico:

En líneas generales las dificultades han sido: La escasa comunicación, la incorrecta información de los tratamientos a los usuarios, los aspectos organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales entre el hospital y la atención primaria, la burocratización, la falta de tiempo en la consulta, y por otra la diferencia entre las expectativas de los usuarios sobre el sistema sanitario y la realidad percibida. Elementos similares se han descrito como factores que dificultan el entendimiento y la buena relación entre médico y paciente, la falta de enfermeras para atender a estas población, limitan la efectividad y la eficiencia del trabajo de atención primaria y, en definitiva, provocan una merma de la calidad de la asistencia. En este apartado sorprende la escasa percepción de los profesionales de la falta de habilidades de comunicación con el usuario, cuando los problemas de comunicación han sido referidos con frecuencia como causa de quejas o demandas. A continuación describo las dificultades más relevantes que he encontrado en las intervenciones de mi Caso Clínico:

1º El nivel cultural y la educación ha influido para tener que adecuar mis intervenciones al nivel de comprensión del paciente. 2º Los condicionantes fisiológicos, físicos, psíquicos y del estado nutricional de la paciente. 3º La falta de Recursos Sanitarios y disponibilidad de profesionales para atender sus necesidades. 4º Escasa



ayuda por parte de los Asistentes Sociales que carecen de medios y personal. 5° El estado actual de crisis que sufre el país ha sido la mayor limitación. 6° Las barreras arquitectónicas del entorno familiar. 7° El poco conocimiento en general la falta de formación enfermera a cerca de la confusión aguda, esto es un reto para la Enfermería. Por tanto, las dificultades encontradas han sido debidas a la situación del estado de salud de la paciente, que pertenece al colectivo de personas de la tercera edad, que considerado como uno de los grupos más heterogéneos y vulnerables de la población, con un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales, en el que las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales repercuten en gran medida en las actividades de la vida diaria y en la capacidad para alimentarse y nutrirse; a la vez, estas alteraciones en los mayores se potencian unas a otras con suma facilidad.

7.4.-Futuras Líneas De Investigación. “Conseguir un envejecimiento Activo y saludable, con la coordinación Socio- sanitaria en la continuidad de cuidados en el domicilio, utilizando los recursos físicos existentes. Conseguir Estrategias para conseguir la autonomía de los mayores durante el mayor tiempo posible. Es necesario que se apliquen estrategias para priorizar los niveles de cuidados y una rehabilitación temprana. Potenciar la escasa relación entre el hospital y atención primaria que se encuentra fragmentada basada en derivaciones (cardiólogo, hematólogo, neumólogo etc.)”. Que la persona mayor sea el centro de nuestra atención.

Potenciar El modelo de Gestión de Casos existente es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el auto-cuidado. Fomentar la utilización de emisoras de radio o televisión locales para proporcionar una comunicación Enfermera- pacientes representa una propuesta atractiva, con la necesidad de la cooperación entre las gerencias de atención primaria y las empresas tan escasa y limitada actualmente , en mi opinión este medio de comunicación es muy útil y necesario. Las líneas de investigación en el diagnostico “Manejo inefectivo del tratamiento terapéutico” en mi opinión, se debe Potenciar Estrategias para detección de riesgos en la personas de la tercera edad. Trabajar en la



prevención y la detección precoz de las personas vulnerables que tienen riesgo de Automedicarse que puedan caer en una intoxicación. Las líneas de investigación en el diagnostico Desequilibrio Nutricional por Defecto. Estrategias y recursos para Educar a la población sobre los estilos de vida saludable en Nutrición, desde una edad temprana, incluir conocimientos saludables dietéticos desde la escuela. Los educadores docentes deberían formarse para que ellos a su vez implanten una educación nutricional sobre los alimentos adecuados. Que también favorezca la participación activa y responsable de las personas para el desarrollo de su autocuidado. Las líneas de investigación en el diagnostico de la Confusion Aguda deben abordarse con estrategias multidimensionales para poder afrontar las diversas necesidades que se plantean el enfermo y su familia. Se debería fomentar la participación enfermera para que pueda realizar intervenciones de terapias alternativas de orientación, estimulación, entrenamiento de la memoria, todo ello dirigido a optimizar la calidad de vida del enfermo y el apoyo a la familia. La dificultad en identificar precozmente la confusión aguda/delirio, para poder intervenir con programas de intervención para la calidad de los cuidados, sugiere la necesidad de adoptar medidas formativas dirigidas a los equipos de salud. Es fundamental potenciar la formación de la enfermera en este problema. Las líneas futuras de intervención en el “Riesgo de Caidas” serian:1º) Potenciar y Concienciar a la población de la tercera edad de la importancia de detectar los riesgo de caidas. 2º) Detección precoz de la población susceptible al riesgo de caidas.3º) Aumentar y potenciar las estrategias y medidas preventivas de intervención en factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, para la seguridad del paciente. Por ultimo quiero destacar que las líneas de investigación Futuras deben centrarse en líneas generales en el reconocimiento de los derechos sociales, el cambio de perfil que se observa en las personas que utilizan los servicios sanitarios mal informados y exigentes a la vez, el aumento de la Población de mayores dependientes que frecuentemente visitan los servicios sanitarios con nuevas situaciones y necesidades, es necesario dar unos servicios con atención integral, individual y de diversidad de respuestas. La situación actual del la saturación del sistema sanitario hace que no se puedan atender las numerosas necesidades de los usuarios y aprestar los cuidados necesarios a todos aquellos que los demandan así, entiendo que surge la necesidad de un cambio de Cultura y una Reestructuración del Sistema Sanitario. Para



ello se debe contar con la participación de profesionales sanitarios, y las instituciones sanitarias y sociales. Sólo así se podrán ofrecer unos cuidados continuados, integrales, personalizados, utilizando los recursos necesarios y fomentando los ya existentes. Es la única manera de que el paciente reciba unos cuidados personalizados en su domicilio, donde prefiere permanecer”.

7.5.- MI VISIÓN ENFERMERA

“Como Enfermera quiero destacar la necesidad de que los usuarios dispongan de suficiente y adecuada información sobre su propio estado de salud-enfermedad, de modo que puedan participar activamente en la “Toma de Decisiones sobre su salud”. Para ello propongo utilizar la comunicación individual y personalizada en consulta o en su domicilio como principal medio de difusión de los contenidos. De igual manera se identifican como temas básicos la información sobre los servicios prestados en el centro de salud y la forma de acceso a ellos, incluida la propia información. Esta aproximación desde la perspectiva enfermera enriquece la investigación en este campo porque aporta la opinión de un grupo de interés fundamental en la oferta de servicios sanitarios, permitiendo contrastar sus percepciones con las necesidades expresadas por los propios usuarios. La Enfermera debe centrarse en el cuidado continuado e intensivo en el hogar de las personas de la tercera edad, que actualmente se encuentran desatendidas, fomentando la prevención, favoreciendo su autonomía ya que es fundamental para alcanzar los objetivos deseados y se deberá contar con toda la participación de los profesionales de la salud, para Educar a los Consumidores en el los tratamientos, suministro de medicamentos adecuadas y suficientes para mejorar su uso racional. Debemos de tener en cuenta que **los Medicamentos es la Terapia mas utilizada en las Enfermedades de hoy en día por los Consumidores**, y que cada vez disponemos de fármacos mas potentes y específicos para tratar patologías que antes resultaban muy incapacitantes e incluso mortales, donde se observa la existencia de una falta de control y seguridad en su uso y seguimiento, de ahí que el papel de la enfermera/o es primordial desde la Atención Primaria en la prevención y educación sobre las Intoxicaciones o Reacciones Adversas por el mal uso de los fármacos. Mi visión como enfermera en este caso es proporcionar cuidados a los grupos de la tercera edad en el domicilio,



vigilando, apoyando, informando continuamente a este tipo de población tan vulnerable. No debemos de olvidar que todo tratamiento farmacológico tiene unos riesgos, donde el peligro no solo reside en los propios fármacos; con frecuencia los pacientes y sus circunstancias personales son los responsables de la aparición de efectos indeseados que hacen peligrar la seguridad del paciente. Las Enfermeras/os de la salud debemos de asumir nuestra responsabilidad, ya que muchos de estos efectos secundarios podrían evitarse con un conocimiento mas profundo de los fármacos que administramos a nuestros pacientes. Las Enfermeras/os debemos invertir tiempo y esfuerzo en prevención, minimizar, y eliminar la aparición de reacciones adversas, donde el sistema sanitario deberá invertir recursos suficientes para diseñar e implantar estrategias apropiadas para evitarlos. El gasto social que supone esto es bastante significativo (necesidad de una nueva reestructuración cultural, profesional y recursos), pero los beneficios serán muy importantes. **Mi visión como Enfermera es detectar la fragilidad, valorar de forma integral y por niveles de priorización para poder planificar a esta población, para llegar al diagnostico precoz y la toma de medidas oportunas. Con esto se pueden disminuir el riesgo de morbilidad, hospitalizaciones e incluso la muerte de las personas afectadas.** Hay que priorizar y saber distinguir los conceptos de Envejecimiento saludable, Envejecimiento patológico, Anciano de riesgo y paciente geriátrico, para orientarnos a la hora de valorar las necesidades presentadas y ofrecer unos cuidados adecuados a los mismos. Hay que tener siempre presente la Seguridad en los mayores como llave de la calidad asistencial en relación con el uso correcto de los tratamientos. La seguridad se conseguiría, sensibilizando a todos los Profesionales Sanitarios de la Salud en especial a la Enfermera con la implicación de los pacientes en sus Tratamientos. La población actual necesita que se establezca programas de **Gestión de Riesgos**, como estrategia para mejorar la calidad y la seguridad a la hora de la utilización de medicamentos. Para ello propongo la realización de actividades coordinadas con otros organismos enfocadas a establecer métodos para la identificación y análisis de las diversas situaciones de riesgos y errores que ocurren. La finalidad es de conocer los fallos latentes del sistema e implantar medidas de mejora que permitan evitar o minimizar dichos riesgos”.



“Mi visión enfermera en el diagnóstico “Deterioro Nutricional” basada en la evidencia, las intervenciones que incluyo con el objetivo de conseguir un Estado Nutricional correcto en la paciente, son actividades para promover una conducta que fomente la salud a través de una adecuada nutrición. Los Cuidados de las enfermeras en Nutrición son: Escuchar, transmitir, asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas. Por todo ello el presente y el futuro de la Enfermería pasa por el cuidado integral al paciente, su familia y la comunidad; teniendo como objetivo principal conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidado mejorando sus hábitos alimentarios y de vida. En relación a la Confusion aguda mi visión enfermera es poder identificar a los pacientes con mayor riesgo de perdida de memoria, los factores de riesgo, cambios de la conducta, hábitos insaludables. Es necesario establecer una Estrategia Interdisciplinar dirigida a unificar criterios de Actuación. La comunicación con el paciente, medidas ambientales son fundamentales en el cuidado de estas personas. Por otro lado es importante que las personas frágiles sepan reconocer o identificar los factores de riesgo ,signos y síntomas característicos del Síndrome Confusional Agudo (SCA), para poder aplicar con prontitud medidas preventivas. Por ultimo quiero señalar que los cuidados en los grupos de la tercera edad, deben ir encaminados a fomentar unos cuidados centrados en la prevención, Educación Sanitaria, Aumentando la participación de los profesionales de enfermería en cuidados integrales y continuados en el domicilio.la Enfermera debe Demandar, utilizar y adecuar los recursos ya existentes.los cuidados en este tipo de problemas y sector de la población, se debe fomentar en el domicilio de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria. Estas personas desean permanecer en sus domicilios y entorno y hay que proporcionar ayudas y recursos adecuados con la participación de enfermeras cualificadas. Por otra parte es necesario incluir la calidad y cantidad de la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.



El reconocimiento de los derechos sociales, el cambio de perfil en las personas que utilizan los servicios sanitarios mal informados y exigentes, el aumento de la Población de mayores dependientes que frecuentemente visitan los servicios sanitarios con nuevas situaciones y necesidades, es necesario dar unos servicios con atención de diversidad de respuestas”, es decir:

“EL FUTURO ESTA EN: CLASIFICAR LOS NIVELES DE CUIDADOS EN EL SECTOR DE LA 3º EDAD. CENTRADOS EN EL CUIDADO INTEGRAL CONTINUADO PERSONALIZADO. CON EL OBJETIVO DE LA PREVENCIÓN PRECOZ Y LA COORDINACIÓN DE LOS DISTINTOS SISTEMAS Y ORGANISMOS”



Figura 7 Fuente Base de Datos Teseo. 2014 “Cuidado a los Mayores”

Mengibar a 27 de abril del 2014



8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- García Hernández M, Torres Egea M P y Ballesteros Pérez E/ “Enfermería Geriátrica”. 2011. Edición editorial MASSON 2ª edición (Pp. 121).
- 2.- Moreno Pérez, N. E.; Leitón Espinoza, Z. E. “REVISTA PARANINFO DIGITAL” (2011) Institución:(1) Universidad de Guanajuato. Campus Celaya- Salvatierra (Celaya, Guanajuato, México), (2) Universidad Nacional de Trujillo (Perú)
Website: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/resultados.php>
- 3.- Mónica Santos e Armando Almeida: “La polifarmacia geriátrica Palabras” .edición Elsevier. Palabra clave: polifarmacia; prescripciones de medicamentos; anciano. (2010) Madrid.
- 4.- Vacas Rodilla E, Castellà, Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada M, Balagué Corbera M. Automedicación-ancianos-la-realidad-un-botiquín-casero. Revista/atención primaria-13137733-originales-2009.Barcelona Medline. Palabras Clave: Automedicación. Ancianos. Atención primaria. (R.Pino).
- 5.- Santos, M. Almeida, A. “La polifarmacia geriátrica”. Artículos de la Revista de Medicina General Integral.2010/
Website http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400016&lang
- 6.- García Hernández M. Torres Egea M. Ballesteros Pérez E; Enfermería del Envejecimiento.2ª edición. Editorial Elsevier/Masson, año 2010 Barcelona (PAGINA53).
- 7.- Marín, Maria José Sánchez; Rodríguez, Luciane Cristine Ribeiro; Druzian, Suelaine; Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. “Población vulnerable”. Documento: Artículo original Estudio descriptivo. Palabra Clave: Salud/Ancianos/Utilización de medicamentos/Medicamentos/Fármacos/Farmacología.
- 8.- García López M V. Rodríguez Ponce C. Toronjo Gómez Á. “Enfermería del envejecimiento”. Difusión avances de enfermería,(dae,s.l.) editor: c/ Menéndez Valdés, 52.28015 Madrid 2001 // libro de universidad (pag334-336).
- 9.- Santos, Talianne Rodrigues; Alves, Fabiana Paulino; Coutinho, Bertrán Gonçalves; de França, Inácia Sátiro Xavier Revista de Enferm UFPE On Line | 2013 | 3(Esp):831-839.- Cuiden plus: palabra clave que puse fármaco anciano.



10.- García Hernández Misericordia. Torres Egea Maria Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza; Enfermería del Envejecimiento. 2º edición. Editorial Elsevier/Masson, año 2010 Barcelona (Pp. 121-122)

11.- García Hernández Misericordia. Torres Egea Maria Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza; Enfermería del Envejecimiento. 2º edición. Editorial Elsevier/Masson, año 2010 Barcelona (Pp. 122-130)

12.- García Hernández M. Torres Egea M.P, Ballesteros Pérez E; “Enfermería del Envejecimiento” .2º edición. Editorial Elsevier/Masson, año 2010 Barcelona (Pp. 121-122).

13.- Autor desconocido. Medicamentos: Úselos con cuidado .Articulo. Septiembre 23, 2013. Editor Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Palabra clave: medicamento utilícelos con cuidado Medline Plus. <http://www.nia.nih.gov/node/6072>

14.- García Gómez P. Montoto Otero C. Reyes Perera, N. García Sánchez I. ¿Qué información tienen los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca sobre su tratamiento? Servicio de Medicina Interna I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid 2010.

Website: <http://search.scielo.org/?q=insuficiencia%20cardiaca%20%20informacion%20tratamiento&where=ORG>

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Información. Tratamiento .

15. - Marie p. Schneider, Isabelle krummenacher, Hugo Figueiredo, Julien maquis, Oliver bugnon. “Pharmacy practice “(internet) versión on-line ISSN 1886-3655 Pharmacy practice (internet) v.7 n.2 Redondela abr.-jun. 2009. Webiste: <http://dx.doi.org/10.4321/s1886-36552009000200001>

Palabra clave: incumplimiento a tratamientos.

16.- Gil González-Haba M. Alonso García Vinuesa S. Sánchez Robles G A. “Uso racional del medicamento”. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Edita: Junta de Extremadura (Consejería de Sanidad) Mérida Febrero del 2007. TESEO: palabra clave uso racional medicamentos.

<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/30697/00920092004364.pdf?sequence=1>

17.- Atención a las personas dependientes (libro blanco) plataforma de ujaen de 2006 página: 238-239. Edita: ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría de estado de servicios sociales, familias y discapacidad instituto de mayores y servicios sociales



(Imsero) avda. de la ilustración, c/v. ginzó de limia, 58 28029 Madrid 1.^a edición, 2005
© instituto de mayores y servicios sociales (Imsero).

18.- Santos, Mónica; Almeida, Armando. “La polifarmacia geriátrica” 2010 cuiden Plus
palabra clave Interacción fármacos. website: <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/referencia/2010pdf/32-149.pdf>.

19.- Asignatura: “Administración Sanitaria y Gestión de los Cuidados en Enfermería”.
Tema: “Opinión de los Pacientes en la Toma de Decisiones”. Autor el Profesor: D.
Jesús López Ortega. Plataforma de la UJA.

20.- García Hernández M, Torres Egea MP y Ballesteros Pérez E. “Enfermería
Geriatrica. Edición editorial MASSON 2^a edición. Reimpresiones 2006. Travesera de
Gracia, 17-21 Barcelona (Página 50).

21.- Jurado Suárez, MS; Suárez Coviella, MV. “Educación Sanitaria”. Cuiden Plus
palabra clave educación en tratamientos Educación sanitaria de enfermería intra
hospitalaria y diabetes MV Aglnf | 2013 | 17-1(65):9-12 Url:
<http://www.agoradenfermeria.eu>

22.- Aragón L, Román Alonso E. “Envejecimiento satisfactorio”. Enfermería y
envejecimiento. Barcelona: Masson; (2012) Página: 28-35.

23.- Ángel; Cárcamo Baena, Jesús; Fernández Gordillo, Dolores. Revista Científica
(2010) Base de datos “Scielo”. Palabra clave: conocimiento régimen terapéutico

24.- Escobar García, M^a José; Quintas Rodríguez, José; Guerrero González, Ofelia.
“Guía de Educación para la Salud” Rev. Scielo palabra clave Educación sanitaria en
tratamiento.

25.- Cerezo L. del Servicio de Oncología Radioterápica. “Diagnóstico del estado
nutricional y su impacto en el tratamiento”. Hospital Universitario de la Princesa.
Madrid. Base de datos: Scielo palabra clave: Estado nutricional.

26.- Moreno Arroyo M C, Ángel Hidalgo Blanco M. Andreu Peris L. Enferm Nefrol
vol.16 no.2 Madrid abr.-jun. 2013. SciELO palabra clave Estado nutricional.

27.- Valoración del estado nutricional de población anciana de Tenerife, España
Rijo, MC; Rodríguez-Álvarez, C; Santiago, M; Moreno, P; Aguirre-Jaime, A; Arias, Á /
Enfermería comunitaria | 2013 | 9(1) Cuiden Plus palabra clave: Estado nutricional.



28.- Ceraso, D.H.; Dueñas-Castel, C.; Raimondi, N.; Celis, E.; Carrillo, R.; Ugarte Ubiergo, S.; Rodriguez, F. Encuesta sobre “Delirium en pacientes críticos”2009 Med. Intensiva; 34(8): 495-505, GRA, TAB. Scielo palabra clave Confusión Aguda .

29.- Silva, Rosa Carla Gomes da; Silva, Abel Avelino de Paiva e; Marques, Paulo Alexandre Oliveira. “Análisis de registros producidos por el equipo de salud y de la percepción de los enfermeros sobre las señales y síntomas de delirio”.2010 Rev. Latino-Am. Enfermagem; 19(1): 81-89, TAB.

30.- Vallejo Sánchez, JM; Rodríguez Palma, M. Gerokomos; “Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores”.2009 21(4): 153-157, TAB. Scielo palabra clave: cognitivo.

31.- Laguna-Parras, Juan Manuel; Carrascosa-Corral, Raquel R.; Zafra López, Fernando; Carrascosa-García, M^a. Isabel; Luque Martínez, Francisco M.; Alejo Esteban, José A.; García-Fernández, Francisco P... Gerokomos; 21(3): 97-107, ILUS, TAB. // Scielo palabra clave Riesgo de Caidas (2010)

32.-EL PAIS “El envejecimiento de España”/Domingo 1 de diciembre de 2013 numero1465. Negocios: Economiageriatrica. Editorial: el director Javier moreno

9.- TABLAS

Tabla nº 1 Fuente : Plan Andaluz a pacientes Crónicos Consejería de Salud 2013.

Tabla nº 2 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos “Automedicación”.

Tabla nº 3 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos “Enfermería del envejecimiento”.

Tabla nº 4 Fuente: Elaboración propia de los Objetivos alcanzados “Conocimientos Terapéuticos”.

Tabla nº 5 Fuente: Elaboración propia de los Objetivos alcanzados “Conocimientos de la Medicación”.

Tabla nº 6 Fuente: Elaboración propia de los Objetivos alcanzados “Conocimiento de la dieta”.

Tabla nº 7 Fuente: Elaboración propia de los Objetivos alcanzados “Autocontrol del pensamiento”.

Tabla nº 8 Fuente: Elaboración propia de los Objetivos alcanzados “Memoria”.

Tabla nº 9 Fuente: Elaboración propia los Objetivos alcanzados “Prevención de Caidas

Tabla nº 10 Fuente: Elaboración propia del “Control del Riesgo”

Tabla nº 11 Fuente: base de datos Medline plus “Características del botiquín casero de las personas que se automedican”



10.- FIGURAS. (fotografías)

Figura nº 1 Fuente Google Académico 2013.

Figura nº 2 Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Consejería de salud.2013.

Figura nº 3 Fuente: Base de datos Medline Plus 2009.

Figura nº 4 Fuente: Base de datos Google.

Figura nº 5 Fuente: Base de datos Medline Plus.

Figura nº 6 Fuente: Base de datos Google.

Figura nº 7 Fuente: enfermera /anciano, cuidado a los mayores. base de datos Teseo.

11.-ANEXOS

11.1. -El Envejecimiento en España ¿Un reto o Problema Social?.

11.2.- Características del Botiquín Casero de las Personas que se Automedican.

11.-ANEXOS

11.1.- EL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA: ¿UN RETO O PROBLEMA SOCIAL?

La evolución demográfica en España publicado por el periódico El mundo 1 de diciembre del 2013 informa de la realidad de un país que pierde habitantes con una natalidad disminuida, un fuerte envejecimiento y un aumento de mayores dependientes. Las esperanzas de vida de los Españoles es una de las más largas del mundo. (Editorial, El Mundo, "Economía Geriátrica").En España está produciéndose un cambio demográfico más rápido que en otros países de la Unión Europea. El futuro demográfico señala un crecimiento en mayores de 70- 80 años con un aumento de la mortalidad y una disminución importante de la natalidad por lo que la tasa de dependencia aumentara en los próximos años. Esta observación nos sugiere la reflexión del Rol del Cuidador de la persona mayor y la influencia en los cambios constantes en los sistemas sociales y de salud. Tendremos que pensar que el envejecimiento es un serio desafío a la sociedad en la que es necesario hacer unos cambios en la atención y cuidados con una mayor sensibilidad y compromiso ético y moral que garantice calidad de la atención a



las personas de la tercera edad. Los cambios demográficos de la población, junto al aumento de las tasas de dependencia demográfica de los países desarrollados, plantean retos a nuevos problemas y requerimiento en el entorno socioeconómico, cultural y sanitario, de una sociedad en perspectivas de crecimiento del grupo de personas mayores. España se esta produciendo un aumento de envejecimiento demográfico mas rápido que el resto de países de la Comunidad Europea.

Las previsiones futuras señalan que en el 2050 habrá 16 millones de personas mayores, que corresponden a un 30% de la población total

Desde la sanidad, se evidencia que el aumento en la demanda de cuidados profesionales por los problemas de mayor dependencia y vulnerabilidad corresponden al subgrupo de personas mayores de 80 años que viven solas en comunidad por aislamiento, soledad o porque las familias no pueden atender a esta demanda.

Sobre este marco presentamos una actualización que sirva de base para la reflexión sobre el significado del envejecimiento demográfico en España, con la finalidad de generar nuevas ideas y análisis para que desde ámbitos como la gestión, asistencia e investigación, surjan propuestas de actuación al reto del envejecimiento y a los problemas del cuidado de personas de mayor dependencia. Este sector son mayores de 64 años, según el padrón de 2010 era de 7.931.164 con 2.046.554 por encima de los 80 años. España presenta una situación con unas perspectivas particularmente críticas, dado que la población total, proporción que aumentara progresivamente hasta llegar al 36,8% en el 2049, el 18,2% serán mayores de 75 años y el 11,8% serán mayores de 80 años, lo que significa que uno de cada tres mayores tendrá mas de 80 años, ocupando el 5º lugar entre los países con índice de dependencia de mayores mas alto del mundo. El aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 65-85 años, el descenso de la natalidad por el cambio de rol social en el mundo laboral de la mujer en las ultimas décadas a, contribuido al envejecimiento global de la población.

Las mejores condiciones de vida, la mejora de la sanidad pública y los avances de la tecnología médica, entre otros factores, han producido un fuerte incremento de la esperanza de vida de los españoles, lo que ha supuesto un incremento que la sitúa globalmente en 81,57 años.



Otros factores diferenciales en nuestro país son la extensión a toda la población de la Seguridad Social de las pensiones, y el sistema de salud que es universal; también se habla de la dieta Mediterránea. A mayor esperanza de vida mayor será la discapacidad y la dependencia de estas personas, que necesitaran unos cuidados mayores integrales y continuados. Mi pregunta que se me plantea es: **¿QUIÉN CUIDARA DE ESTAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA?** 32

11.2- Características del botiquín casero de las personas que se automedican : 33

	<i>Automedicación n=75</i>	<i>No automedicación n=165</i>	<i>Total n=240</i>
<i>Acumulación de fármacos</i>	21 (28,8%)	33 (20,9%)	54 (23,4%)
<i>Fármacos caducados</i>	14 (18,9%) ^a	13 (8,2%)	27 (11,6%)
<i>Fármacos fuera de prescripción crónica</i>	55 (74,3%) ^b	41 (26,1%)	96 (41,6%)
<i>Lugar del botiquín</i>			
<i>Cocina</i>	21 (28%)	43 (26,4%)	64 (26,9%)
<i>Salón</i>	31 (41,3%)	73 (44,8%)	104 (43,7%)
<i>Baño</i>	6 (8%)	13 (8%)	19 (8%)
<i>Dormitorio</i>	36 (48%)	89 (54,6%)	125 (52,5%)
<i>Otros</i>	4 (5,3%)	16 (9,9%)	20 (8,4%)
<i>Cerrado con llave</i>	4 (5,3%)	1 (0,6%)	5 (2,1%)
<i>Revisión periódica</i>	45 (61,6%)	117 (72,2%)	162 (68,9%)

Tabla 12. Fuente base de datos Medline plus. 2013.” Características del botiquín de las personas que se automedican y las que no”

TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERIA.

MATY OLMO 27 DE ABRIL DEL 2014.