



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
Con estudios incorporados a la UNAM



**CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA  
CONSULTA DE MEDICINA INTERNA, SOBRE LAS MEDIDAS DE  
AUTOCUIDADO PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA  
DIABETES MELLITUS.**

---

**TESIS**

Que para obtener el Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

**PRESENTAN:**

Martínez Serrano Mara Irza  
Mejía Luna Ana Valeria

**ASESORA:**

Mtra. Juana Laura Díaz Hoffay  
**Maestra en Ciencias**

México D.F.  
Agosto 2010





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# AUTORIZACIONES

---

**Mtro. José Manuel Maya Morales**

Director de la escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud

---

**Mtra. en C. de la Salud Juana Laura Díaz Hoffay**  
Asesora Metodológica

---

**L.E.O. María Guadalupe Escobedo Acosta**  
Coordinadora de Servicio Social y Titulación

## DEDICATORIA.

A Dios por estar siempre presente en nuestras vidas y por permitirnos tener la capacidad de amar, pensar y razonar.

A mis padres que me han apoyado incondicionalmente y que tanto me quieren por darme la oportunidad de escoger libremente mi profesión (Irza).

Una dedicatoria muy especial a mi novio por estar a mi lado, mientras trabajaba en la computadora (Irza).

A los pacientes adultos mayores y sus familiares, por su tiempo, disponibilidad y ayuda en habernos permitido entrevistarlos y por abrirnos las puertas de sus casas para la realización de la atención domiciliaria.

A nuestras asesoras que nos apoyaron, orientaron y nos dieron fortaleza para la realización de este trabajo. Dios las bendiga.

*Mara Irza*

*Ana Valeria*

# ÍNDICE

RESUMEN	iii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
CAPITULO I SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	4
✿ Diagnóstico de Salud Pública en México.	
✿ Enfermería comunitaria	
✿ Visita domiciliaria	
✿ Plan de alta	
CAPITULO II SALUD Y ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR	25
✿ Principales trastornos de salud en los ancianos y funciones de la enfermería comunitaria.	
✿ Proceso de envejecimiento, Cambios físicos, psíquicos y Sociales	
✿ Diabetes Mellitus	
✿ Diabetes mellitus en el adulto mayor	
✿ Marco de legislación del adulto mayor	
✿ Consideraciones éticas	
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	77
CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	78
✿ Justificación	
✿ Planteamiento del problema	
✿ Objetivos	
✿ Hipótesis	
✿ Variables y operacionalidad de las variables	

DISEÑO METODOLOGICO	87
* Tipo de estudio	
* Universo, población, muestra y tipos de muestra	
* Criterios	
* Modo de recolección de datos	
* Procedimiento	
* Recursos	
* Consideraciones éticas	
* Análisis de datos	
* Interpretación de datos	
CONCLUSIONES	102
SUGERENCIAS	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	107
* Entrevista al paciente adulto mayor con diabetes mellitus	
* Certificación de atención domiciliaria y plan de atención	
* Cuadros y tablas	
* Informes de las visitas domiciliarias	
* Grafica de Gantt	
* Plan de alta al adulto mayor con diabetes mellitus	
* Cartel	

## RESUMEN

Las enfermedades crónicas – degenerativas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento de la incidencia mundial de diabetes, sobre todo de tipo 2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad. Pese a ello, se consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Identificando así que el problema es que a los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas, no se les realiza un seguimiento adecuado que le permita al personal de salud identificar el problema del paciente que ocasiona que no se controle su enfermedad, a partir de esta problemática brindamos atención a domicilio durante un mes a diez pacientes que se eligieron de una población de cuarenta pacientes entrevistados previamente; y así ayudar a mejorar su salud, promoviendo el autocuidado y enseñándoles los signos de alarma que deben tomar en cuenta para una atención médica inmediata. Al final de la investigación y analizando los resultados de manera estadística observamos que la población en general conoce las medidas generales de autocuidado específicas de la diabetes mellitus, pero curiosamente no las llevan a cabo completamente y uno de los factores principales para no hacerlo es la situación económica ya que la dieta aparte de ser rigurosa es cara mencionando de igual manera que la mayoría deben consumir medicamentos y no solo uno ya que

tienen agregadas a la diabetes otras patologías, principalmente relacionadas con el corazón (hipertensión, cardiomegalia etc.) Lo cual hace aún más caro el tratamiento, sorprendentemente otra parte de la población simplemente no tienen adherencia al tratamiento.

## **Material y métodos**

Se entrevistaron 40 pacientes de manera personalizada, que acuden al servicio de Medicina Interna en la Consulta Externa del Hospital Juárez de México y que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, para identificar el conocimiento de las medidas de autocuidado que tienen respecto a su enfermedad, se utilizó una entrevista que consta de 17 preguntas de opción múltiple que nos permitió explorar factores físicos, emocionales, cognitivos, sociales y funcionales, posteriormente se eligió una muestra de 10 pacientes a los que se les realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez por semana y ya en su domicilio se utilizó un instrumento que nos permitió conocer el diagnóstico principal y los agregados, el tratamiento médico que toma, los requerimientos nutricionales que requería el paciente específicamente, sus limitaciones funcionales, su estado neurológico y nos permitía realizar diagnósticos de enfermería los cuales nos ayudaron a la mejoría de los pacientes, finalmente en ese mismo instrumento valoramos su condición actual, y los cambios ocurridos durante las visitas y así realizamos un plan de alta que le permitiera al paciente adherirse a su tratamiento médico con el objetivo de mantener el control de su enfermedad a través del autocuidado.

## **Resultados**

Se observó que los pacientes conocen la enfermedad, sus consecuencias y las medidas de autocuidado en general, pero les cuesta trabajo aceptar primero el hecho de que estén enfermos y segundo la dieta es un tanto rigurosa y es difícil cambiar sus hábitos alimenticios, además, en su mayoría de los pacientes no solo padecen diabetes si no que otros diagnósticos agregados. El 55% de nuestros pacientes fueron mujeres, ya que son las que tienen el mayor índice de población enferma de diabetes mellitus, encontrando que el 10% de la población padecen principalmente



de enfermedades del corazón estas agregadas a la diabetes mellitus tipo 2, siendo la segunda enfermedad con mayor prevalencia, la mayoría aún viven con sus parejas y se encuentran principalmente en un rango de edad de 65 a 70 años.

La mayoría que son un 50% viven en familia nuclear. El 60% de ellos que son la mayoría nunca han sido hospitalizados por causa de la DM. Un 20% han sido hospitalizados una vez a causa de la DM, y otro 20% han sido hospitalizados por causa de la DM 2 o 3 veces.

La mayoría que corresponde al 12.5% han presentado insuficiencia venosa, pérdida de piezas dentales y pie diabético. Mientras que en los servicios a los que acuden con mayor frecuencia son los siguientes, medicina interna equivalente al 15%, 10% además de acudir a medicina interna acuden a parte a vascular periférica, y solo un 7.5% asisten a cardiología, ginecología y gastroenterología principalmente.

Las enfermedades más presentadas a parte de la diabetes mellitus entre nuestra población son las siguientes: un 25% presentan además hipertensión que son la mayoría, un 12.5% tienen problemas en el corazón, los pacientes que continuamente tienen infecciones en vías urinarias corresponden a un 10% y muy pocos solo el 5% tienen aterosclerosis e infecciones vaginales frecuentes en el caso de las mujeres.

El tratamiento médico con frecuencia es el control de la dieta en donde sólo un 15% la lleva a cabo, después un 70% ingiere pastillas (hipoglucemiantes) que es la mayoría de la población, y solo un 2.5% utiliza insulina de acción rápida así como de insulina de acción intermedia.

En cuanto a la adherencia del tratamiento un 47.5% respondió positivamente, y solo un 17% dijo que sinceramente no lo llevan a cabo mientras el 35% a veces lo hacen. Las causas por las que no existe adherencia al tratamiento son las siguientes: un 17.5% contestaron que por falta de dinero así como olvidarlo constantemente, y solo un 12.5% no llevan correctamente su dieta.

Dentro de los riesgos que puede provocar la diabetes mellitus mencionaron conocer los siguiente: un 77.5% de los pacientes manifiestan que todos los riesgos pueden presentarse, afectando su marcha, la realización de sus actividades diarias disminución de la visión y audición así como el descontrol de su azúcar. En las alteraciones del déficit de autocuidado se encontró que un 7.5% manifiesta que beben pocos líquidos, tienen alteración del sueño, les cuesta trabajo caminar y moverse.

Un 55% de los pacientes saben que es el auto cuidado, encontrándose que un 87.5% conocen las medidas de autocuidado y que al mencionarlas sólo un 5% realmente mencionó todas estas medidas; pero por el otro lado solo un 45% no lo saben y por lo tanto un 12.5% no conocen estas medidas.

Los pacientes que contestaron que si conocen las medidas de autocuidado comentan la importancia del tipo de alimentación específicamente dieta para diabético equivalente al 30%, sólo un 2.5% de los pacientes saben que deben tomar el medicamento de acuerdo a la indicación médica, un 12.5% reconocen la vigilancia de glucosa en sangre. Un 12.5% mencionó la importancia de la dieta, el ejercicio y la toma de su medicamento y un 7.5% dijo además de lo anterior, el cuidado de los pies.

Al preguntárseles si estarían interesados en recibir atención domiciliaria por parte del personal de enfermería, un 70% respondieron estar de acuerdo y solo un 17.5% manifestó que no podían recibir la atención ya que unos decían que trabajaban, otros porque nunca estaban en su casa o porque simplemente no les interesaba.

Palabras clave: conocimiento, autocuidado, adulto mayor y diabetes mellitus.

## INTRODUCCIÓN

La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. La predisposición para padecer el trastorno sólo se hace evidente cuando el individuo tiene un estilo de vida propicio. Los fenómenos sociales y culturales que determinaron los cambios del estilo de vida están vigentes y son demostrables. Por ello, la epidemiología de la diabetes y sus complicaciones son un fenómeno dinámico y las actualizaciones de los estudios representativos de la población general son indispensables.

El autocuidado de la salud se inscribe dentro del concepto de promoción de la salud, el cual fue enunciado de manera precisa en la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esta reunión se señaló que la salud es un recurso para la vida y que esta se crea cuidando de sí misma y de otros en la medida que se tiene capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas.<sup>1</sup> La Diabetes Mellitus es un síndrome que se expresa por afección familiar determinada genéticamente, o cuando el individuo se encuentra en un momento propicio para padecerla, en la que el sujeto puede presentar:

- Alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.
- Deficiencia relativa o absoluta en la secreción de insulina.
- Resistencia en grado variable a la insulina.

Desafortunadamente la Diabetes Mellitus no sólo consiste en la elevación de glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen. La diabetes genera un considerable efecto en los sistemas de salud, dado que fue la undécima causa de ingreso a hospitales de la Secretaría

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

de Salud durante el año 2000, la diabetes es la causa más frecuente de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura, en México y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. La calidad del autocuidado se da en función de las condiciones biopsicosociales del individuo, conocimiento de la enfermedad, de las complicaciones y de las prácticas de salud que los individuos lleven a cabo. En la presente investigación damos a conocer la capacidad de autocuidado que los pacientes tienen para con su salud y enfermedad, dentro del contenido se encuentra el marco teórico que habla de los principales argumentos de investigación, y de igual manera se encuentra el apartado de estadística el cual sustenta nuestros resultados.

MAHARAJA

# CAPITULO I

## SALUD PÚBLICA EN MEXICO

La salud pública es una parte de la ciencia de carácter multidisciplinario y sin lugar a dudas el objeto primordial y pilar central de estudio para la formación actualizada de todo profesional de la salud, que obtiene, depende y colabora con los conocimientos a partir de todas las ciencias (Sociales, Biológicas y Conductuales), y sus diferentes protocolos de investigación, siendo su actividad eminentemente social, cuyo objetivo es ejercer y mantener la salud de la población, así como de control o erradicación de la enfermedad.<sup>2</sup>

### **Funciones de la salud pública.**

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

Las funciones esenciales de la salud pública son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.

---

<sup>2</sup> Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública.

6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.<sup>3</sup>

### **Diagnóstico de salud pública en México**

El sistema de salud pública en México tiene como pilares la asistencia pública y la seguridad social. La asistencia pública con financiamiento público surgió como una función obligatoria del Estado en la década de los treinta cuando la salud se estableció como un derecho de todos los individuos.

En 1943 se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante un financiamiento tripartito. Se creó en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Posteriormente, Petróleos Mexicanos (Pemex) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE) desarrollaron sistemas de seguridad social, así como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, entre otras. Entre 1950 y 2000, a pesar de que la población se multiplicó por 3.8 y con ello la demanda de servicios, el sistema de salud pública logró la prevención y la erradicación de enfermedades infecciosas.<sup>4</sup>

Las campañas de vacunación han permitido una cobertura de 97.7% en el programa básico de inmunizaciones que está en la Cartilla Nacional de Vacunación, cuando

---

<sup>3</sup>Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública.

<sup>4</sup> Piedrola Gil; "Medicina Preventiva y Salud pública"

hace diez años sólo se llegaba a 82.0% de la población. Sin embargo, las tasas de mortalidad por tipo de enfermedad revelan dos situaciones importantes:

- a) Se mantendrá el control de las enfermedades transmisibles, pero no así el de las no transmisibles, como: cardiovasculares, neoplasias y metabólicas;
- b) El continuo incremento de las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles permite pensar que será necesario contar con una mejor infraestructura médica y que se requerirá una pronta reconversión de los sistemas de salud pública, hoy especializados en la atención de enfermedades transmisibles.<sup>5</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Reporte de Salud Mundial 2000, “el sistema de salud de México ocupa la posición 61 de un total de 191; otros países con un gasto en salud por habitante en dólares similar o inferior al de nuestro país (\$443) como Oman (\$327), Arabia Saudita (\$461), Costa Rica (\$448) y Polonia (\$465), tienen un mejor desempeño y ocupan mejores posiciones: 8, 26, 36 y 50, respectivamente”.<sup>6</sup>

La cobertura legal del sistema es 89% según la Secretaría de Salud. Sin embargo, la segmentación en la oferta de servicios entre las instituciones públicas no permite que esta cobertura sea necesariamente la real por los traslapes que existen entre los grupos de usuarios que atienden las instituciones y porque hay una creciente participación de los servicios privados.<sup>7</sup>

Frenk y González-Block en su artículo de internet “contrapeso” estiman que el sistema de salud pública deja sin atención hasta a un tercio de la población y solo atiende a 40% de la demanda total de servicios de salud. Las instituciones de

---

<sup>5</sup> Salud Pública en México “Necesidad de liberalizar” Núm. 69. Viernes 07 de septiembre de 2007

<sup>6</sup> López Ruiz J. “Propuesta para el desarrollo profesional (I)”

<sup>7</sup> Secretaria de Salud; “México Sano”



población abierta y seguridad social presentan desequilibrios financieros y ello limita los beneficios para sus usuarios.

La falta de recursos en los servicios públicos de salud es más notoria en las zonas rurales. La calidad del sistema nacional de salud pública es en promedio baja y muy heterogénea. Los usuarios consideran como uno de los principales problemas del sistema de salud la mala calidad del servicio.<sup>8</sup>

Solo 12.7% de los hospitales públicos está certificado con normas de calidad y el desabasto promedio de medicamentos en el país es de 25%. Además, el ausentismo del personal, la mala organización y los elevados tiempos de espera son problemas comunes dentro de los sistemas públicos de salud. Por ejemplo, los usuarios de población abierta y seguridad social esperan en promedio 30 y 40 minutos más que los de instituciones privadas para ser atendidos en una consulta.<sup>9</sup>

### **Calidad de los servicios de salud pública.**

El desarrollo económico depende de tres condiciones:

- a) Un arreglo institucional que provea incentivos económicos para la asignación eficiente de recursos y defina y proteja los derechos de propiedad de la sociedad;
- b) Un entorno macroeconómico estable para la toma de decisiones y la planeación de largo plazo.
- c) Una continúa acumulación de capital humano.

En México, el marco institucional vigente no ofrece incentivos para la acumulación del capital humano en salud y, por ende, limita el desarrollo potencial del país.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Frenk J. "El concepto y medición de la accesibilidad".

<sup>9</sup> Biblioteca Cochrane Plus "Encuesta Nacional de Salud 2009"

<sup>10</sup> Biblioteca Cochrane Plus "Encuesta Nacional de Salud 2009"

### **Importancia de la salud para el desarrollo económico.**

La salud es tanto una fuente de bienestar para las personas como un activo que forma parte de su capital humano — la capacidad específica de cada individuo para realizar actividades de forma eficiente, vigorosa y consistente, y que influyen sobre los ingresos monetarios futuros o en especie del individuo. Además, la salud complementa a otras fuentes del capital humano como la educación y la experiencia laboral.

Una buena salud favorece las capacidades cognoscitivas y la retención de ideas que forman parte del acervo de conocimientos de los individuos; también permite prolongar la estancia de las personas en las actividades productivas y con ello favorece el aprovechamiento de la experiencia laboral. La salud es fundamental para la acumulación de capital humano porque es la única fuente que puede determinar la cantidad de tiempo que un individuo podrá dedicar a producir bienes o servicios durante su vida.<sup>11</sup>

### **Políticas de salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone movilizar recursos en la sociedad a fin de lograr que los pueblos y los individuos puedan disfrutar el grado máximo de salud, que permita el desarrollo humano, así como la mejora en los sistemas y servicios.<sup>12</sup>

Con respecto al contexto nacional, en 1995 se dio una reforma en las políticas de salud, razón por la que las enfermeras se vieron en la necesidad de redefinir su participación en el Sistema Nacional de Salud, lo que requirió de una mayor capacidad para enfrentar los problemas generados por: el crecimiento demográfico, la transición epidemiológica, los adelantos tecnológicos la situación económica política y social en los que se ve envuelto el país, así como las políticas educativas y el libre

---

<sup>11</sup> Salud Pública en México Necesidad de liberalizar Núm. 69. Viernes 07 de septiembre de 2007

<sup>12</sup> Julio Frenk “Conferencias. Salud.”

tránsito de los profesionales en los países EUA, Canadá y México, lo que requiere de mayor competitividad por parte del gremio de enfermería.<sup>13</sup>

Por otra parte es de señalar que se ha carecido de un puente que llegue a las estrategias concretas a partir de las cuales, enfermería tenga una identidad propia en el desarrollo de su práctica profesional la cual se pierde por la subordinación que ha caracterizado a este grupo profesional, sin embargo la labor que realiza es reconocida por la población, de suma importancia en la economía de las familias y de las instituciones porque las intervenciones que ejecuta son de bajo costo y alto impacto, por lo que resulta crucial para la reforma del sector salud que requiere acuñar el Primer Nivel de Atención.<sup>14</sup>

### **La evolución del sistema público de salud.**

Los primeros antecedentes de protección social y sanitaria a la población en México los tenemos en los tiempos en que Benito Juárez fue el presidente de la República, en donde había un acentuado carácter asistencial. A pesar de que hubo intentos legislativos para defender la cobertura de prestaciones sociales y sanitarias a los trabajadores desde principios de siglo, no fue hasta la constitución de 1917 cuando se recoge, de manera normativa, la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores, pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías etc.<sup>15</sup>

Sin embargo no fue hasta la primera mitad del siglo XX (1943) cuando el sistema público de salud en México da sus primeros pasos al crear tres instituciones que fueron los ejes de la Salud en esas fechas: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) y el Hospital Infantil.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Creus I Vigil M. "Cambio social y profesión enfermera"

<sup>14</sup> López Ruiz J. "Propuesta para el desarrollo profesional (I)".

<sup>15</sup> Jesús Navarro Políticas de salud en México ¿Hacia la búsqueda de un nuevo modelo?

<sup>16</sup> Jesús Navarro Políticas de salud en México ¿Hacia la búsqueda de un nuevo modelo?

El sistema de salud mexicano, desde su inicio, nace marcado por el sistema entre el sector formal de los trabajadores, asegurado, y el sector informal no asegurado. El Sistema Nacional de Salud amparaba, casi exclusivamente, a aquellas personas que estuvieran trabajando y cotizaran para organismos como el IMSS o a familiares que estuvieran vinculados a las mismas.<sup>17</sup>

### **Determinantes de salud**

Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad. Los determinantes de salud según **Marc Lalonde**, ministro de sanidad de Canadá son:

1. Estilo de vida: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
2. Biología humana: Este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.
3. Sistema sanitario: Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.
4. Medio ambiente: Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:
  - a. Biológica (bacterias, virus, hongos, etc.)
  - b. Física (radiaciones, humos, desechos, etc.)
  - c. Química (hidrocarburos, plomo, plaguicidas, etc.)
  - d. Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, estrés, competitividad, etc.).<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Ma. Concepción López Luna “Enfermería Sanitaria”

<sup>18</sup> Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud.

Los requisitos para la salud descritos en la carta de Ottawa son: la paz, la educación, el vestido, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.<sup>19</sup>

### **Enfermería comunitaria**

Tradicionalmente la profesión de enfermería ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, una fuerte de connotación humanística. La enfermería comunitaria es la parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el continuum salud-enfermedad.<sup>20</sup>

El profesional de enfermería comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, en el marco de la promoción y prevención de la salud.<sup>21</sup>

El término de *enfermería en salud comunitaria* se estableció recientemente y se considera una disciplina erudita de servicio cuyo propósito es contribuir de manera individual y colectiva a promover un nivel funcional óptimo del usuario o cliente mediante la enseñanza y prestación de cuidados.

Su actuación se inscribe en el marco de la atención primaria de salud, siendo una pieza clave en los equipos de atención primaria.<sup>22</sup>

Estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución, como con las costumbres sociales de atender la enfermedad. En México la enfermería comunitaria se enfrenta a grandes desafíos como son los cambios sociales, económicos demográficos y epidemiológicos, y con frecuencia adversos, así como la desigualdad de género, educación, nuevas formas de consumo y comunicación,

---

<sup>19</sup> Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad.

<sup>20</sup> Castañeda Hierro; "Enfermería ¿Cadena O Camino?"

<sup>21</sup> Alberdi Castell R. "La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España".

<sup>22</sup> Julio Frenk "Conferencias. Salud."

cambios ambientales, urbanización, avance de la tecnología y entrada en vigor del tratado de libre tránsito de profesionales (EEUU, México y Canadá), forzando una competencia desigual entre profesionales de enfermería de los tres países.<sup>23</sup>

No obstante las condiciones complejas en el ejercicio laboral y su formación profesional, la enfermera comunitaria participa activamente en acciones de promoción, prevención y restauración de la salud, coadyuvando al cumplimiento de los objetivos emanados de la Declaración del Milenio, así como de los propósitos del Programa Nacional de Salud:

Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, fortalecer el sistema de salud, mediante el despliegue de una cruzada por la calidad de los servicios de salud, así como, fortalecer la inversión en la formación de recursos humanos al alcanzar un perfil pertinente a las necesidades de la población, desarrollar la investigación e infraestructura en salud.<sup>24</sup>

Actualmente enfermería responde con intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes de cuidado a la salud de la población, mediante enfoques innovadores que aseguran a futuro la mejora en la calidad del cuidado proporcionado, facilita el acceso a la atención, en particular a los grupos más vulnerables, porque provee cuidado a la salud de las personas, familia y comunidad, en el ciclo vital y procesos de desarrollo; una atención culturalmente apropiada que contribuirá al cierre de las brechas existentes en materia de salud.<sup>25</sup>

La enfermera comunitaria, hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por lo tanto, el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables

---

<sup>23</sup> Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo: Iberoamérica (México) Ofelia Mercedes Medina López

<sup>24</sup> Martínez Navarro Antonio; "Salud Pública"

<sup>25</sup> Ruth B. Freeman; "Enfermería Sanitaria"

de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

### **Autocuidado.**

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados. Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el autocuidado.<sup>26</sup>

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego αὐ το que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería.<sup>27</sup>

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y haciendo de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

---

<sup>26</sup> López Ruiz J. "Propuesta para el desarrollo profesional (I)"

<sup>27</sup> Cavanagh, S. (1993). "Modelo de Orem. Aplicación práctica."

Dorotea Orem Logró conceptualizar la Teoría General de Enfermería. Ella nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: <sup>28</sup>

**a) Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

---

<sup>28</sup> Ann Marriner Tomey, Ph D, RN, FAAN, "Modelos y teorías en enfermería"



**c) Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. <sup>29</sup>

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. <sup>30</sup>

Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

---

<sup>29</sup> Potter/Perry; "Fundamentos de Enfermería Vol. I"

<sup>30</sup> Philip T. Hagen, "Clínica Mayo, Guía de Autocuidados"

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo.<sup>31</sup>

**Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

**Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

**Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Pinzón de Salazar, Lina. "El derecho a la información en salud"

<sup>32</sup> Ann Marriner Tomey, Ph D, RN, FAAN, "Modelos y teorías en enfermería"

### **Formación de la enfermera comunitaria en salud pública.**

En México, las enfermeras comunitarias surgieron de la necesidad de aplicar los programas de Salud Pública, por lo que su formación fue básica (auxiliares, instructoras), quienes se encargaban de llevar los servicios de higiene y cuidado materno infantil a los lugares más apartados, asimismo reclutaban recursos humanos de la propia comunidad para capacitarles como “enfermeras” en los pueblos con menor accesibilidad a la atención de la salud.<sup>33</sup>

A partir de 1935, el requisito para ejercer la enfermería era que realizaran prácticas voluntarias en los hospitales o de ayuda en consultorios médicos, posteriormente se exigió como requisito un curso de preparación de tres a seis meses para ejercer como enfermera auxiliar, más tarde se requirió la secundaria y tres años de estudio para egresar como enfermera general (nivel técnico en algunos casos se cursaban dos años más para ejercer como enfermera obstetra).<sup>34</sup>

En ese momento, los programas de educación media superior, afiliados a escuelas dependientes del Estado, Secretaría de Educación Pública (SEP) y la práctica se llevaban a cabo en hospitales, las escuelas para formar enfermeras, eran dirigidas por médicos, quienes elaboraban los programas educativos (con enfoque en la enfermedad).

En los años 50s se concedieron becas a enfermeras para realizar cursos pos técnicos en Estados Unidos de Norteamérica; posteriormente las enfermeras mexicanas han realizado cursos pos técnicos y de especialidad interdisciplinarios en Salud Pública (con enfoque epidemiológico). Actualmente los programas de Enfermería son impartidos en escuelas incorporadas a la SEP privando aún el nivel técnico, en las Universidades se promueve el nivel licenciatura y los posgrados;

---

<sup>33</sup> Ofelia Mercedes Medina López “Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo”

<sup>34</sup> Creus I Vigil M. “Cambio social y profesión enfermera”.

además existen organismos que acreditan los programas educativos y certifican a los profesionales de la disciplina.<sup>35</sup>

Con respecto al desempeño laboral 37.697 enfermeras prestan sus servicios en la medicina privada y el resto se emplean en instituciones del Sector Salud, el 21.81 por ciento se ubica en el Primer Nivel de Atención.

Son insuficientes los cambios que se han dado en la formación de las enfermeras para la atención a la salud comunitaria, no obstante que desde 1975 se crearon cursos transitorios de Licenciatura en Enfermería y a partir de 1995 en varios Estados de la República se suprimió la formación técnica.<sup>36</sup>

### **Rol de la enfermería comunitaria**

En las diferentes épocas, la enfermera comunitaria se ha desempeñado con indudable autonomía circunstancialmente, para entender lo anterior es elemental señalar que la enfermería en México ha sido una profesión subordinada a la profesión médica; situación que ha estado relacionada con las actividades de tipo técnico que ha desarrollado en apoyo a la curación de la enfermedad, otros aspectos que se deben mencionar según los antropólogos, es la dependencia sexual hombre mujer, así como la debilidad gremial que ha existido en el grupo de Enfermería en el país.<sup>37</sup>

El origen de la enfermería comunitaria es la Ticitl (partera o comadrona) en la cultura Azteca, quien proporcionaba cuidados y atenciones a la mujer embarazada. La Ticitl (vivía en la casa de la embarazada y su atención no sólo se limitaba a la atención del parto, sino que la sometía a todo el proceso educativo de tipo tutelar) ejercía influencia definitiva en la pareja en cuanto a costumbres, hábitos, vestimenta, higiene

---

<sup>35</sup> Castañeda Hierro; "Enfermería ¿Cadena O Camino?"

<sup>36</sup> INEGI, 2006

<sup>37</sup> Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo: Iberoamérica (México) Ofelia Mercedes Medina López

personal, prácticas sexuales, alimentación entre otros, abandonaba la casa en cuanto consideraba a la pareja estaba preparada para cuidar al recién nacido.<sup>38</sup>

En este sentido, es elemental reconocer que la enfermera comunitaria, sanitarista o enfermera en salud pública, desde tiempos remotos, ha sido pionera en la organización de la asistencia a la salud en México, asumiendo la ejecución de programas de materno infantil y fomento a la salud, bajo la figura de enfermera visitadora, formando así la primera estructura de los servicios de salud.<sup>39</sup>

### **Visita Domiciliaria**

Entre las funciones que tiene la enfermera comunitaria están, la de visitas a domicilio de las cuales históricamente se tiene la referencia de que habría partido profesionalmente con la Organización de la Caridad de Londres en 1869, cuyo objetivo era descubrir las causas de la indigencia y planificar su solución. Con inspiración de Juan Luis Vives, San Vicente de Paul entre otros, atribuyéndole gran importancia a la Entrevista escrita.<sup>40</sup>

Con Mary Richmond, precursora Norteamericana se utilizó la técnica de realizar “Visitas Amistosas” a los necesitados. En 1917 Richmond plantea en su libro “Social Diagnosis” la necesidad de estudiar al individuo en interacción con su entorno.<sup>41</sup> Siendo así un servicio proporcionado por los establecimientos de salud a través del contacto de la enfermera y el grupo familiar a fin de identificar problemas de salud y colaborar en su solución mediante educación y asistencia de enfermería.

---

<sup>38</sup> Castañeda Hierro; “Enfermería ¿Cadena O Camino?”

<sup>39</sup> Creus I Vigil M. “Cambio social y profesión enfermera”

<sup>40</sup> Ma. Concepción López Luna “Enfermería Sanitaria”

<sup>41</sup> Pinzón de Salazar, Lina. “El derecho a la información en salud”

Propósitos:

1. Proporcionar orientación y enseñanza a la familia sobre los métodos y recursos existentes para proteger y mejorar la salud y colaborar en la resolución de sus problemas sanitarios.
2. Vigilar el cumplimiento de órdenes médicas, citas subsecuentes y esquemas de inmunización.
3. Proporcionar atención integral de enfermería en el hogar.
4. Colaborar en la investigación y control de casos transmisibles.<sup>42</sup>

**Actividades que comprende la visita domiciliaria:**

**Planeación:** análisis de las necesidades en materia de salud, lectura de la historia clínica, así como los factores sociales y culturales que afectan a la familia que se va a entrevistar.

**Introducción al hogar:** llamar de manera gentil, presentarse y pedir permiso para entrar.

**Ejecución:** comprende procedimientos enseñanza, resumen y despedida.

**Informe:** se anotara la situación encontrada, actividades realizadas y los resultados.<sup>43</sup>

**Atención domiciliaria.**

Es el componente de un continuum de cuidados sanitarios globales por el cual los servicios sanitarios son proporcionados a individuos y familias a domicilio con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, o de maximizar la independencia mientras se minimizan los efectos de la discapacidad o de la enfermedad.

Los servicios prestados por las instituciones de atención domiciliaria incluyen servicios profesionales y para profesionales medicamente relacionados y equipos

---

<sup>42</sup> Ofelia Mercedes Medina López “Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo”

<sup>43</sup> Ma. Concepción López Luna “Enfermería sanitaria”

para el mantenimiento de la salud, la educación, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, la paliación y la rehabilitación.<sup>44</sup>

La atención domiciliaria a parte de la atención de enfermería también se puede incluir servicios médicos, terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria, y tratamiento de la nutrición. La atención domiciliaria se trata bajo la categoría de cuidados de restablecimiento, dado que un alto porcentaje de los servicios de atención domiciliaria se producen después de la hospitalización. Sin embargo, en el entorno doméstico se pueden prestar todos los cuidados.<sup>45</sup>

La atención domiciliaria implica prevención primaria, así como prevención secundaria y terciaria.

Servicios de atención domiciliaria:

- ✿ Cuidados de heridas
- ✿ Cuidados de restablecimiento (oxigenoterapia, cuidado de traqueotomía)
- ✿ Eliminación (cuidado de ostomias, inserción de catéter vesical, diálisis)
- ✿ Nutrición (instrucción a los familiares de la alimentación por sonda)
- ✿ Rehabilitación (ejercicios)
- ✿ Medicaciones
- ✿ Tratamiento intravenoso (fármacos quimioterápicos)
- ✿ Pruebas de laboratorio
- ✿ Fisioterapia
- ✿ Terapia ocupacional
- ✿ Terapia del habla.<sup>46</sup>

### **Planificación de alta.**

Es una característica de rutina en los sistemas de salud de muchos países. El objetivo es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no

---

<sup>44</sup> Marilyn Klainberg; “Enfermería para la salud comunitaria; una alianza para la salud”

<sup>45</sup> Carlos Arias, “Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad”

<sup>46</sup> Biblioteca Cochrane Plus “Encuesta Nacional de Salud 2009”

planificados al hospital, mejorar la coordinación de los servicios luego del alta de un hospital y así salvar la brecha entre el hospital y el lugar del alta. En ocasiones, se ofrece la planificación del alta como parte de un paquete de atención integrada que puede cubrir tanto el hospital como la comunidad.<sup>47</sup>

Es un proceso centralizado, coordinado y multidisciplinario que asegura que el usuario tiene un plan para la continuidad de cuidados después de abandonar una institución sanitaria.

El proceso ayuda en el traslado de un usuario de un entorno a otro (por ejemplo, del hospital a un centro de rehabilitación, de un centro de rehabilitación al domicilio). El traslado de un hospital al domicilio es uno de los más problemáticos para los usuarios.

La planificación de alta parece más centrada en la anticipación de obstáculos para dar el alta de una instalación sanitaria que evite costes extraordinarios. Pero los usuarios están preocupados por como cuidaran de sí mismos y de la familia y por como controlarían su enfermedad a largo plazo. Las enfermeras pueden ayudar a anticipar e identificar las necesidades continuas de los usuarios antes del momento real de alta y coordinar a los miembros del equipo sanitario de manera que se ponga en práctica un plan de alta eficaz y adecuado.<sup>48</sup>

La planificación de alta empieza en el momento en que el usuario es ingresado en una instalación sanitaria. Hay ciertos usuarios que tienen más necesidad de una planificación de alta a causa de los riesgos que representan; sin embargo, cualquier usuario al que se le da el alta de una instalación sanitaria con alteraciones funcionales y/o que debe seguir ciertas restricciones o tratamientos para la recuperación necesita una planificación del alta.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Philip T. Hagen, "Clínica Mayo, Guía de Autocuidados"

<sup>48</sup> Alberdi Castell R. "La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España"

<sup>49</sup> Piedrola Gil; "Medicina Preventiva y Salud pública"



Todos los cuidadores que atienden a un usuario con un problema de salud concreto deben participar en la planificación del alta. El proceso es verdaderamente multidisciplinario. A menudo, la planificación eficaz de alta requiere derivaciones a varias disciplinas sanitarias. Con frecuencia la enfermera es la primera en reconocer las necesidades del usuario.<sup>50</sup>

Es mejor que los usuarios participen en los procesos de derivación de manera que se impliquen desde el principio en cualquier toma de decisiones necesaria. Las indicaciones para realizar un proceso de derivación incluyen las siguientes:

- Realizar la derivación tan pronto como sea posible. Pensar y anticipar siempre las necesidades de los clientes.
- Proporcionar al profesional sanitario, que recibe la derivación, tanta información sobre el cliente como sea posible. Esto evita la duplicación de esfuerzos y la exclusión de información importante.
- Implicar al paciente y a la familia en el proceso de derivación: elegir la derivación necesaria y explicar el servicio que se prestará, la causa de la derivación y que puede esperarse del servicio.
- Determinar que disciplina de derivación está indicada para los cuidados del cliente e incorporarla en el plan de tratamiento tan pronto como sea posible.
- Las derivaciones deben realizarse a instituciones aprobadas por la compañía aseguradora de clientes.<sup>51</sup>

Cabe anotar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado. La Nursing Outcomes Classification (NOC) incluye varios de los puntos que se enuncian a continuación, como necesarios para que la persona que asiste al enfermo pueda desempeñar de manera satisfactoria su rol.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Julio Frenk "Conferencias. Salud".

<sup>51</sup> Secretaría de Salud; "México Sano"

<sup>52</sup> Creus I Vigil M. "Cambio social y profesión enfermera"

De manera análoga, puede decirse que son igualmente importantes cuando el encargado de proporcionar los cuidados es la persona misma. Para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, se propone la palabra CUIDARME, que hace alusión al objeto de la profesión y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud.

Esta palabra corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, medicamentos y tratamientos no farmacológicos.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Castañeda Hierro; "Enfermería ¿Cadena O Camino?",

## CAPITULO II

### SALUD Y ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR

#### **Adulto mayor**

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.<sup>54</sup>

Como vemos la tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad y el decaimiento de la población joven.

*Adulto mayor* es el término o nombre que reciben las personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.<sup>55</sup>

Esta etapa de la vida que se considera como la última; en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

<sup>55</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatria"

<sup>56</sup> Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales"

Y es el momento especial de la vida en que se destacan todas las experiencias obtenidas y se logra el equilibrio espiritual en algunos individuos. Aunque otros ancianos han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.<sup>57</sup>

Consiguiente el creciente interés en entender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo científico interdisciplinario de la Gerontología. La cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez. Además la Gerontología se complementa con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos, o condiciones de salud en las personas ancianas.

La Gerontología se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad.<sup>58</sup> El envejecimiento es un fenómeno universal de los seres vivos. Puede definirse como el conjunto de cambios, que acontecen en los sistemas orgánicos que sostienen la vida, a consecuencia del paso del tiempo.

La expresión de estos cambios, tanto en lo morfológico y funcional, como en el plano fisiológico y bioquímico, nos permite identificar a los seres como envejecidos, como viejos.<sup>59</sup>

La vejez es una etapa postrera, si bien bastante prolongada. Se puede resumir como la edad de la pérdida. Si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social. Todos los que han envejecido, a pesar de las diferencias individuales o de grupo, conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente

---

<sup>57</sup> Carlos Arias, "Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad"

<sup>58</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatría"

<sup>59</sup> Martínez Navarro Antonio; "Salud Pública"

relevancia para constituirse como un sector humano distinto al de otras edades. Esa vejez la constituyen personas que están envejeciendo<sup>60</sup>

La enfermedad acontece a cualquier edad, pero en la ancianidad se presenta y configura su evolución de un modo diferente. El envejecimiento es el cimiento en el que se eleva, más a la vez es elemento modulador. Las notas que caracterizan el envejecer son:

- Deterioro de los sistemas y las funciones: originados por el desgaste de los años vividos.
- Menor adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.
- Mayor enfermabilidad: favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.
- Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.
- Tendencia al aislamiento: al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.
- Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.<sup>61</sup>

La enfermedad en la vejez presenta unas propiedades que la diferencian significativamente de lo que acontece en otras edades. Estas son:

1. La multicausalidad, por la intervención de distintos planos, tanto exógenos como intrínsecos, como se ha descrito en párrafos anteriores. El cortejo causal, con un factor principal y varios secundarios, es una sobresaliente propiedad en el perfil diferencial de la vejez.

---

<sup>60</sup> J. L. Guijarro, "Las enfermedades en la ancianidad. Servicio de Geriatria. "

<sup>61</sup> Carlos Arias, "Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad"

2. La polipatología, ya que son diversos sistemas y funciones los que participan en la enfermedad. Al igual que en la etiología, se puede distinguir uno principal y los demás subordinados. Es constante que los sistemas cognitivos y psíquicos se vean siempre afectados.
3. La tendencia a la cronicidad, debido a la lentitud en la reparación de las lesiones y de los trastornos funcionales, que no serán únicos, sino siempre diversos.
4. El riesgo de invalidez, efecto de la dificultad de alcanzar el grado óptimo de recuperación funcional en las últimas fases de la enfermedad, siempre con afectación múltiple de órganos y sistemas.
5. La opacidad sintomática, por la pobreza de la semiología y por el enmascaramiento de los signos en la compleja expresividad que emana de la amplia participación orgánica.
6. La prudencia terapéutica basada en la vulnerabilidad de los ancianos, referida en este caso a la acción de los fármacos y al habitual empleo de varios de ellos.<sup>62</sup>

No existen enfermedades propias de los ancianos, aunque buen número de ellas presentan mayor prevalencia en esta edad y su expresión clínica es distinta a la de otras edades. Eso sucede con la Demencia Senil. Aunque hay algunos casos que tienen su comienzo antes de los 65 años, la mayoría lo hace después, y su prevalencia va aumentando conforme la edad se incrementa.

Este Síndrome, como tantos otros procesos patológicos, es dependiente de la edad. Sucede lo mismo con el cáncer, las fracturas, la insuficiencia cardíaca, las cataratas, etc.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

<sup>63</sup> Potter/Perry; "Fundamentos de Enfermería Vol. I"

**Principales trastornos de salud en los ancianos y funciones de la enfermería comunitaria.**

<b>TRASTORNO</b>	<b>FUNCIONES DE ENFERMERIA COMUNITARIA</b>
HIPERTENSIÓN	Monitorizar la tensión arterial y el peso; instruir acerca de la nutrición y de los fármacos antihipertensivos; educar sobre técnicas de control del estrés; promover un equilibrio óptimo entre descanso y actividad; establecer planes de análisis de la tensión arterial; valorar el estilo de vida actual del cliente y promover cambios en el estilo de vida; promover modificaciones dietéticas mediante el uso de técnicas como un diario de dietas.
CÁNCER	Obtener la historia de salud; promover las autoexploraciones mensuales de mama y los frotis de Papanicolaou y las mamografías anuales en las mujeres ancianas, promover las exploraciones físicas regulares, animar a los fumadores a que dejen el hábito, corregir conceptos erróneos sobre el proceso de envejecimiento, proporcionar apoyo emocional y calidad de cuidados durante los procesos de diagnóstico y tratamiento.
ARTRITIS	Ayudar al adulto a evitar la falsa esperanza y el gasto en curanderos de la artritis, enseñar al adulto a controlar las actividades, a corregir mecanismos corporales, los aparatos mecánicos disponibles y un descanso adecuado, promover el control del estrés, aconsejar y ayudar a la familia para mejorar la comunicación, la negociación de roles y el uso de los recursos comunitarios.
DETERIORO VISUAL	Proporcionar apoyo en un ambiente bien iluminado sin deslumbramientos, proporcionar ayudas impresas con letras grandes y separadas, ayudar al adulto a limpiar sus gafas,

	ayudar en los preparativos de las exploraciones visuales y a conseguir las prótesis necesarias, enseñar al adulto a ser precavido con los anuncios fraudulentos.
DETERIORO AUDITIVO	Realizar educación para la salud mediante conferencias, hablar con claridad y con un volumen moderado, pasearse y mirar al público, ayudar en los preparativos de las exploraciones auditivas y a conseguir las prótesis necesarias, enseñar al adulto a ser precavido con los anuncios fraudulentos.
ESTADOS DE CONFUSIÓN	Proporcionar una valoración completa, corregir las causas subyacentes de la enfermedad (si es posible), proporcionar un ambiente protector, promover las actividades que refuercen la realidad, ayudar con el personal adecuado en la higiene, nutrición e hidratación, proporcionar apoyo emocional a la familia, recomendar recursos comunitarios aplicables como los cuidados de día para adultos, atención sanitaria a domicilio y servicios de tareas domesticas.
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	Mantener un funcionamiento, protección y seguridad óptimos, favorecer la dignidad humana, demostrar al cuidador principal de la familia las técnicas para vestir, alimentar y asear al adulto, proporcionar apoyo emocional frecuente al cuidador, actuar como defensor del cliente cuando se relacione con cuidados de alivio y grupos de apoyo, asegurar que se protegen los derechos del cliente, proporcionar apoyo para mantener la salud física y mental de la familia, mantener la estabilidad familiar, recomendar servicios financieros, si procede.
PROBLEMAS DENTALES	Realizar una valoración bucodental y derivar si procede, enfatizar el cepillado y el uso de la seda dental regulares, una nutrición adecuada y las exploraciones dentales, animar



	a los pacientes con dentadura postiza de llevarla y a tener cuidado de ella, tranquilizar los temores acerca del dentista, ayudar a acceder a servicios financieros, (si procede) y a acceder a instalaciones de cuidados dentales.
USO Y ABUSO DE FÁRMACOS	Obtener la historia farmacológica, enseñar el almacenamiento seguro, los riesgos de los fármacos, las interacciones entre fármacos y fármacos y entre éstos y los alimentos y proporcionar información general sobre los fármacos (ej. Nombre del fármaco, propósito, efectos secundarios, dosificación), enseñar al adulto técnicas de clasificación (utilizando pequeños recipientes con una dosis del fármaco que estén etiquetados con las horas específicas de administración).
ABUSO DE SUSTANCIAS	Organizar y monitorizar la desintoxicación, si procede, asesorar a los adultos sobre el abuso de sustancias, promover el control del estrés para evitarla necesidad de drogas o de alcohol, animar al adulto a utilizar grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos, educar a la población sobre los riesgos del abuso de sustancias. <sup>64</sup>

### **Proceso de envejecimiento, Cambios físicos, psíquicos y Sociales**

Para iniciar este subtema nos gustaría hablar de lo que es un proceso el cual se define como: La acción y el efecto de avanzar, en especial del tiempo, esta definición es la que más apropiada suena a nuestro parecer para explicar los procesos que a causa del tiempo se dan de manera anatomofisiológica en los adultos mayores.

De igual manera hemos considerado la importancia de mencionar aquellos cambios psíquicos y sociales ya que aunque no son la causa específica de nuestra

<sup>64</sup>Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

investigación también son factores importantes en el momento de realizar una valoración, en conjunto son el total de lo que es el adulto mayor.<sup>65</sup>

### **Cambios físicos**

Con el paso del tiempo en los sistemas y aparatos que componen el organismo se producen una serie de modificaciones, que afectan tanto a la estructura como a la función corporal.<sup>66</sup>

Hay una serie de modificaciones que podemos considerar globales o generales:

**Tendencia a la atrofia**, observable por:

- a) disminución del peso y volumen en los órganos,
- b) disminución del contenido hídrico,
- c) aumento de tejido conectivo y
- d) reducción de la vascularización capilar.

### **Disminución de la eficacia funcional**

*A nivel celular* se produce:

- Un descenso del número de células, que en el caso de algunos sistemas, como el nervioso, se considera que puede producirse en un rango de pérdida de unas 100.000 por día. Aunque este valor pueda parecer muy grande, hay que indicar que el número aproximado de neuronas que puede contener el sistema nervioso central es de billones.
- Un aumento del tamaño celular, la pérdida de elementos celulares provoca un intento de contrarrestar la carencia mediante el crecimiento de las células restantes. Por otro lado, las células hipertrofiadas suelen presentar dentro del tejido una distribución menos regular.

---

<sup>65</sup> Philip T. Hagen, "Clínica Mayo, Guía de Autocuidados"

<sup>66</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott" vol. I

- Los tejidos que pierden células no recambiables suplen la pérdida incrementando el tejido de relleno, el tejido conectivo ocupa espacios que ahora son no funcionales.<sup>67</sup>

### **Sistema músculo-esquelético, articulaciones**

Cambia la proporción de sus componentes, aumentando la rigidez del colágeno. Así se observa:

- fibrosis local periférica
- pérdida de elasticidad
- artrosis en el 80% de mayores de 55 años, en los que se pueden apreciar cambios radiológicos debido a:

a) Desciende el riego sanguíneo del hueso subcondral

- Menor remodelación ósea
- Cambios en la geometría de la articulación
- Cambios en la distribución de las fuerzas en la articulación.

b) Microfracturas en el hueso subcondral.<sup>68</sup>

### **Articulaciones vertebrales**

Las articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral que van a causar una serie de transformaciones físicas:

- Aumento de la densidad por pérdida de agua, se vuelve más duro, consistente y delgado. Estos cambios:
  - Disminuye la estatura:  $\frac{1}{4}$  parte de la longitud de la columna vertebral es discal.
  - Disminuye la flexibilidad del raquis.
- La atrofia de los discos, juntamente con la artrosis a nivel articular en las vértebras, produce el desplazamiento de las apófisis espinosas hacia arriba dando una línea media espinal más huesuda.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

<sup>68</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatría"

## **Articulaciones de los miembros superiores e inferiores.**

Las articulaciones del miembro superior son las que presentan menos alteraciones, se mantiene la envergadura de los brazos que sirve para estimar la estatura de la persona. Las articulaciones del miembro inferior son las que soportan mayor presión y desgaste, y por lo tanto mayores cambios. Esta zona, menos resistente por sí misma, se torna más frágil y quebradiza, lo que explica las frecuentes fracturas de cuello y trocánter en la ancianidad.

Con el envejecimiento, la pérdida de fuerza en los músculos y ligamentos dan lugar a un pie plano con un giro hacia afuera (valgus) y los centros de presión se desplazan al borde interno del pie, los arcos de la bóveda plantar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.<sup>70</sup>

## **Huesos**

- Pérdida de masa ósea: Disminución del peso del esqueleto con la edad.
- Desmineralización: Mineral y matriz orgánica.
- Osteoporosis.
- Adelgazamiento de las trabéculas en el hueso esponjoso. Trama ósea más delgada.
- Aumento de las lagunas de reabsorción y aumento de esponjosidad en las zonas del endostio en el hueso compacto.<sup>71</sup>

## **Sexo y diferencias raciales:**

- Las mujeres pierden, en 30 años, el 25% unos 700 gramos de los 3000 de su esqueleto
- Los hombres pierden 12% unos 450 gramos de sus 4000 de esqueleto

---

<sup>69</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott vol. I"

<sup>70</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>71</sup> Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales"

- La razón de pérdida Mujeres/Hombres es de 3:2
- Las mujeres de raza negra presentan una pérdida inferior, de carácter genético.<sup>72</sup>

### **Consecuencias derivadas de las alteraciones osteoarticulares:**

Modificaciones de la silueta:

- Disminución de estatura: 1 cm/10 años al disminuir la longitud de la columna vertebral.
- Cambios en la curvatura de la columna: Cifosis torácica:
  - Aumenta el diámetro anteroposterior.
  - Disminuye el diámetro transversal.
- Cambios en los planos corporales: Inclinación de los planos:
  - Plano frontal hacia delante.
  - Plano sagital hacia abajo.
  - Plano transversal hacia delante.
- Desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica.
- Flexión de caderas y de rodillas.
- Inclinación de la cabeza.
- Modificación del triángulo de sustentación: Hacia el arco interno del pie.<sup>73</sup>

### **Músculos**

- Descenso en el número de fibras musculares.
- Aumento extracelular de líquido intersticial, grasa y colágeno.
- Densidad de capilares por unidad motora disminuidos.
- A nivel celular hay un intenso depósito de lipofuscina.

---

<sup>72</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>73</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

## **Función**

- Pérdida gradual de fuerza muscular.
- Prolongación del tiempo de contracción y de relajación.
- Descenso en el desarrollo máximo de tensión.<sup>74</sup>

## **Cambios en el sistema cardiovascular**

### a) Cambios anatómicos cardíacos

- Hipertrofia miocárdica.
- Áreas de fibrosis y aumento del contenido de colágeno endocárdico.
- Reducción del número de fibras miocárdicas e hipertrofia de las residuales.
- Fibras musculares con incremento de **lipofuscina**.
- Engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.
- Disminución del número de células del sistema de conducción.

### b) Cambios anatómicos vasculares

- Las paredes arteriales se hacen más rígidas.
- Incremento de la relación colágeno/elastina de aorta y grandes vasos.
- Disminución de la elasticidad de las fibras colágenas.
- Membrana basal endotelial engrosada.<sup>75</sup>

## **Cambios funcionales**

- Disminución del gasto cardíaco (1% /Año) en respuesta al estrés o ejercicio.

El gasto cardíaco disminuye con la edad, a los 70 años es inferior en un 25% que a los 20.

- Disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta al estrés o ejercicio.<sup>76</sup>

La menor capacidad de respuesta del sistema simpático explica la reacción alterada del corazón al ejercicio.

---

<sup>74</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott" vol. I

<sup>75</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>76</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

- Disminución del flujo sanguíneo coronario.
- Aumenta la duración de la contracción ventricular con la edad.
- Tono vasomotor disminuye.
- Respuesta menor a la estimulación beta-adrenérgica.
- Aumento de la resistencia periférica (1%/Año). Disminución de la cantidad de elastina y de músculo liso en las paredes arteriales, las paredes se hacen más rígidas.
- Aumento de la presión arterial, mayor en la sistólica.
- Aumento de la velocidad de la onda de pulso.<sup>77</sup>

### **Cambios en la sangre y sistema inmunitario**

Prácticamente no hay cambios en la sangre y sus componentes con la edad. A pesar del descenso en la masa celular activa del organismo, el volumen sanguíneo no disminuye. Aunque la anemia en los ancianos es frecuente, no parece ser consecuencia del envejecimiento normal sino más bien de una respuesta al estrés, que con muy poca probabilidad originaría un problema hematológico en el joven.<sup>78</sup>

Los neutrófilos de ancianos y jóvenes la secreción enzimática basal es la misma, pero tras la exposición a agentes estimulantes, la velocidad y cantidad total de enzimas liberadas está claramente reducida en el anciano.

La determinación de los efectos de la edad sobre la función inmunitaria es difícil de precisar debido a que existen demasiados factores individuales y externos, aparte de la edad, que son muy influyentes, como la nutrición, la contaminación ambiental, las enfermedades previas, las influencias de los sistemas endocrino y nervioso, etc.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales”

<sup>78</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; “Enfermería Práctica de Lippincott vol. I”

<sup>79</sup> T. Andreolli, “Cecil, Tratado de Medicina Interna”

### **Cambios morfológicos del sistema respiratorio**

- Disminución en la movilidad de las costillas y contracción parcial de los músculos respiratorios, debido a la cifosis progresiva, la osteoporosis y el colapso vertebral junto con la calcificación de los cartílagos costales.
- Se reduce la adaptabilidad de la pared torácica y el pulmón se vuelve más rígido.
- Reducción en el número de alvéolos, los restantes son mayores con espesas fibras elásticas. Existe una atrofia de las paredes alveolares.

### **Cambios funcionales**

- La elevación de las costillas y el adelgazamiento del diafragma dan lugar a un aumento del 50% de la capacidad residual funcional entre los 30 y 90 años.
- El volumen residual, medido del equilibrio de las fuerzas elásticas del pulmón aumenta el 100%. No cambia la capacidad pulmonar total.
- Disminuye el flujo espiratorio forzado.
- Disminuye la capacidad respiratoria máxima.
- Desciende la presión parcial de oxígeno entre un 10 y un 15%.
- Consumo de oxígeno: La cantidad máxima de oxígeno en condiciones de estrés se reduce en un 50% hacia los 80 años, justificándose no por falta de ventilación alveolar sino por fracaso de la perfusión, retraso en la difusión de oxígeno y deterioro en la utilización por parte de los tejidos estresados.<sup>80</sup>
- La reducción de la fuerza de los músculos espiratorios disminuye la efectividad propulsiva de la tos, que junto a la disminución de la actividad ciliar en el revestimiento bronquial y el aumento del espacio muerto, pueden dar complicaciones mecánicas e infecciosas ya que se retienen secreciones en tráquea y bronquios.<sup>81</sup>

### **Cambios morfológicos en el sistema gastrointestinal**

- Boca: Disminución de la producción de saliva. Erosión de dentina y esmalte. Retracción de la encía y reducción de la densidad ósea en el surco alveolar.

---

<sup>80</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriátría"

<sup>81</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"



- Esófago: Descenso en el número de fibras musculares (también a nivel de la faringe) tanto lisas como esqueléticas, las restantes experimentan hipertrofia.
- Estómago: Atrofia de la mucosa gástrica, probablemente por aceleración de la muerte celular y por enlentecimiento en la renovación celular.
- Intestino grueso: Aumento de tejido conectivo, una cierta atrofia mucosa, hipertrofia de la mucosa muscular. La diverticulosis del colon sigmoide está presente al menos en 1/3 parte de los individuos mayores de 60 años y en los 2/3 de los mayores de 80 años.

En la diverticulosis existe un aumento de elastina en la tenia coli, con un aumento del grosor de la tenia y del músculo liso circular. Estos cambios pueden conducir a un acortamiento del colon y a unas presiones intraluminales mayores.

- Hígado: Descenso del tamaño hepático.
- Páncreas: No hay descenso significativo en el peso del páncreas (95 g), sin embargo la pérdida de tejido funcional puede quedar enmascarada por un aumento de tejido graso.<sup>82</sup>

### **Cambios funcionales**

a) Motilidad: En personas muy ancianas se han detectado reducciones en la amplitud de las contracciones esofágicas más por debilidad en la contracción del músculo liso que por pérdida de control nervioso sobre el mismo. Función del esfínter esofágico inferior disminuida. Pirosis postprandial, hernia de hiato. Hay pocas modificaciones descritas en la motilidad gástrica e intestinal, existiendo una disminución del tono muscular intestinal. La incontinencia fecal aumenta con la edad debido a una disminución del tono del esfínter y a las heces semilíquidas.

b) Secreción Gástrica, ácido gástrico: La secreción desciende intensamente entre los 40 y 60 años de edad hasta 1/5 parte de sus valores iniciales, después se estabiliza. La pepsina desciende bruscamente entre los 50 y 60 años.

---

<sup>82</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

c) Absorción: La función más importante del sistema gastrointestinal se mantiene para todos los nutrientes:

- Proteínas: Posibles defectos en la absorción de aminoácidos.
- Glúcidos: Posible disminución en la velocidad de absorción.
- Grasas: No hay diferencias significativas en la absorción de lípidos.<sup>83</sup>

d) Función hepática: Las enzimas hepáticas de los ancianos pueden ser menos inducibles que las de individuos más jóvenes. La consecuencia más importante respecto al deterioro de la función enzimática hepática es la propensión a contribuir a reacciones farmacológicas adversas en enfermos ancianos, debido a un metabolismo de fármacos enlentecido.

e) Función vesicular biliar: Los mecanismos de estabilización y absorción de colesterol se vuelven menos eficientes y aparece la litiasis biliar en un 10% de hombres y un 20% de mujeres entre los 55 y 65 años, llegando al 40% a los 80. Aumenta la frecuencia de colelitiasis.<sup>84</sup>

### **Cambios morfológicos en el sistema renal**

Cada riñón contiene 1 millón de nefronas en el momento del nacimiento, éstas aumentan de tamaño, pero no en número, hasta llegar al estado adulto. Durante la maduración se pierden algunas, pero después la pérdida se acelera de forma que entre los 25 y 85 años el número desciende de un 30 a un 40%. La pérdida de masa renal no es uniforme, siendo mayor en la corteza que en la médula. Las nefronas restantes se hipertrofian, aunque a pesar de ello el peso del riñón disminuye.<sup>85</sup>

### **Cambios funcionales**

La función también se ve disminuida:

- Tasa de filtración glomerular, desciende un 40% desde los 20 hasta los 90 años.

---

<sup>83</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

<sup>84</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>85</sup> Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales"

- Flujo plasmático renal, disminuye en un 53% variando de 600 ml/min a 300 ml/min.
- Reabsorción de glucosa máxima, desciende en un 43% (pudiendo aparecer glucosuria).
- Secreción máxima de paraaminohipurato, desciende en un 47,6%.
- Menor capacidad para reabsorber el Na.
- Aumento del nitrógeno ureico en plasma, menor capacidad de excreción.
- Disminución moderada en la capacidad de concentración de la orina.
- Respuesta a las sobrecargas ácidas o básicas retrasadas y prolongadas.<sup>86</sup>

### **Cambios morfológicos en el sistema nervioso**

El encéfalo se mantiene estable hasta los 50 años (aunque el inicio de la pérdida de peso y volumen comienza a los 30 años) para ir disminuyendo su volumen a razón de un 2% por década. En el proceso se ven implicadas tanto la sustancia gris como la blanca, aunque la sustancia gris se pierde antes que la blanca.

- Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales. Con la edad hay una tendencia a la atrofia cortical y a la dilatación ventricular. Los surcos corticales se ensanchan.
- Reducción neta del flujo sanguíneo cerebral.
- Acumulación de proteínas anormales en los cúmulos y placas.
- Acumulación intracelular del pigmento lipofuscina, que se produce en vacuolas de almacenamiento y que cuantitativamente está relacionada con la edad.
- Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil, pese a la edad de inicio. Las más comunes son las placas seniles y los cúmulos neurofibrilares.
- Las alteraciones dendríticas son de interés relevante. El hipocampo desempeña un papel crucial en la formación y mantenimiento de la memoria, y de la densidad dendrítica y de las espinas dendríticas depende la entrada de información a las neuronas. En el encéfalo senil (y de dementes) se puede observar pérdida progresiva de entramado dendrítico de las neuronas piramidales.
- Velocidad de conducción menor, entre los 50 y los 80 años desciende un 15%.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

## Órganos de los sentidos

### Ojo

- Pérdida de elasticidad del músculo orbital, provoca disminución de la movilidad ocular, inversión o eversión del borde del párpado inferior.
- Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital dando un exoftalmos o hundimiento de los ojos de la órbita.
- Agudeza visual disminuida.
- Descenso de la capacidad de acomodación. A medida que la persona envejece los ejes del cristalino se modifican. El continuado crecimiento del cristalino hace que se ensanche hacia adelante reduciendo la cámara anterior del ojo, provoca un cambio que puede hacer aparecer una cierta miopía o astigmatismo.
- Aparición del arco senil, un depósito de lípidos que forma un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.<sup>88</sup>

**Oído:** Más de 1/3 de las personas mayores de 75 años experimentan una pérdida auditiva. El umbral medio para los tonos puros aumenta con la edad para todas las frecuencias y para ambos sexos. La correlación anatómica es la degeneración del órgano de Corti en el extremo basal de la cóclea.<sup>89</sup>

**Gusto y olfato:** Hay una pequeña disminución en el número de papilas gustativas y atrofia, se pierde la capacidad de detección de sabores salados más que de los dulces. También hay una reducción en la capacidad de identificación olfatoria, aunque no varía la inervación.<sup>90</sup>

**Tacto:** Reducción en la agudeza del sentido del tacto. En el curso del envejecimiento se producen pérdidas selectivas de sensibilidad vibratoria, discriminación de dos

---

<sup>87</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott" vol. I

<sup>88</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>89</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriátría"

<sup>90</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

puntos y reconocimiento táctil, mientras que la sensibilidad posicional, el tacto ligero o la presión son normales.<sup>91</sup>

### **Cambios en el sistema endocrino y reproductor**

La característica fundamental del organismo anciano es una reducción progresiva en su capacidad para mantener la homeostasis frente al estrés ambiental. El efecto general de los cambios del envejecimiento sobre el sistema neuroendocrino es una resistencia progresiva a la retroalimentación negativa de los órganos diana.

Por tanto, incluso aunque la respuesta inicial a unos estímulos estresantes sea la adecuada, a medida que el organismo envejece hay un aumento de la probabilidad de que la respuesta pueda ser persistente y, finalmente, inapropiada e incluso nociva para el organismo.<sup>92</sup>

### **Cambios estructurales en el aparato reproductor masculino**

La disminución de testosterona circulante produce los siguientes efectos:

- Disminución en el tamaño de los testículos, perdiendo firmeza.
- Degeneración de los túbulos seminíferos haciéndose más tortuosos y gruesos.
- Disminución de volumen y viscosidad del líquido seminal.
- Hipertrofia prostática, con contracciones más débiles.<sup>93</sup>

### **Cambios estructurales en el aparato reproductor femenino**

La disminución de estrógenos en la menopausia concreta más, que en caso del varón, el momento de pérdida de fertilidad.

- Atrofia del útero, vagina y resto del aparato genital, con pérdida del soporte vascular.
- Regresión en los caracteres sexuales secundarios, sin embargo se mantienen prácticamente hasta final de los 60 años.

---

<sup>91</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

<sup>92</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>93</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

- Aumento en las gonadotrofinas.<sup>94</sup>

## **Cambios en el sistema tegumentario: piel, cabello y uñas**

### **Piel**

- Adelgazamiento de las capas celulares de la epidermis.
- Reproducción celular más lenta, las células son más grandes e irregulares.
- Descenso del número de melanocitos, así la función fotoprotectora está disminuida.
- Disminución de la inmunidad celular cutánea y la sensibilidad a antígenos.
- Dermis adelgazada, mayor tendencia a que la epidermis resbale sobre la dermis. Hay un aumento de la fragilidad vascular. Se reduce el número de capilares dando lugar a la palidez cutánea y dificultando los procesos de cicatrización.
- La elastina pierde sus características elásticas, el colágeno se hace más rígido dando lugar a las arrugas y a la flojedad de la piel en el anciano.
- Pérdida de grasa subcutánea, desciende el grosor de los pliegues cutáneos. contribuyendo a la sequedad de la piel y a una disminución funcional de la termorregulación.
- Disminución de la secreción de las glándulas sebáceas.<sup>95</sup>

### **Cabello**

- Disminución en el diámetro del tallo (parte del pelo que emerge de la piel).
- Velocidad del crecimiento del pelo disminuida.
- Disminución de producción de melanina por parte de los melanocitos.<sup>96</sup>

### **Uñas**

- Velocidad de crecimiento de las uñas menor (0,83 mm/semana a los 30 años a 0,52 mm/semana a los 90 años).

---

<sup>94</sup> Carlos Arias, "Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad"

<sup>95</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

<sup>96</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

- Reducción del aporte vascular al lecho ungueal dando lugar a uñas mates, quebradizas, duras y gruesas con estriaciones longitudinales por alteración de la matriz ungueal.<sup>97</sup>

### **Cambios psíquicos**

Para comprender en toda su amplitud los cambios psíquicos atribuibles a la edad hay que considerar la interrelación entre:

- Las modificaciones en las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad).
- Las modificaciones en la efectividad (vivencia de las pérdidas, motivación, personalidad).

### **Modificación de las funciones cognitivas**

La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal. Muchas personas, por ejemplo, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad.

Ateniéndonos a la estrecha relación entre estos aspectos y a la lenta evolución con que suelen producirse las modificaciones en esta área, resulta difícil generalizar el alcance de las pérdidas ya que la persona anciana irá adaptándose poco a poco e incluso ensayará y pondrá en práctica estrategias sustitutorias para los déficits que van apareciendo.<sup>98</sup>

Hay que considerar que la evaluación del funcionamiento cognitivo está sujeta a dos premisas: a) la subjetividad en la interpretación de las capacidades intelectuales y b) la poca familiaridad de las personas ancianas en el uso de los instrumentos utilizados a este fin. Esto establece posibles limitaciones a la medición de las habilidades

---

<sup>97</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

<sup>98</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

mentales, sobre todo si no va acompañada de la observación y conocimiento de las características del proceso de envejecimiento.

Los componentes de la inteligencia humana (percepción, razonamiento, abstracción, formación de conceptos, y resolución de problemas) están influenciados también por múltiples aspectos personales, educacionales, culturales, o del propio entorno, por eso las manifestaciones en el comportamiento individual son diferentes, así como las respuestas a las situaciones de cambio.<sup>99</sup>

### **Inteligencia**

La edad, por sí sola, no parece ser un factor que modifique de forma apreciable la utilización de las facultades mentales, aunque las personas mayores suelen utilizar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida para compensar la lentitud de respuesta a distintos estímulos. Esta situación nos permite identificar la estabilidad como una de las principales características de la inteligencia en los mayores.

El enlentecimiento de las capacidades intelectuales es el factor clave que hay que tener presente en los cambios psíquicos, y su traducción en el comportamiento individual se caracteriza por: fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y/o dificultad en la concentración. A menudo, este cambio de ritmo no es más que un reflejo del enlentecimiento orgánico general, por tanto si consideramos que la persona anciana precisará invertir mayor cantidad de energía para adaptarse a las diferentes situaciones que le plantea su proceso de envejecer, podremos entender la naturaleza de sus respuestas.<sup>100</sup>

La forma de inteligencia que reconocemos como inteligencia fluida guarda relación con el aprendizaje y precisa una base neurofisiológica. En ella se sitúa la creatividad, el comportamiento innovador y permite al individuo la resolución de problemas

---

<sup>99</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott vol. I"

<sup>100</sup> Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales"



nuevos. La inteligencia cristalizada, la relacionamos con la experiencia y la reflexión. Está vinculada a los aspectos culturales, educacionales y de experimentación. Permite al individuo dar respuesta a los problemas utilizando las estrategias aplicadas en la resolución de situaciones ya vividas. Parece fácil deducir pues que la inteligencia fluida, que depende de la capacidad de adaptarse rápida y eficazmente a situaciones nuevas, estará disminuida, mientras que la inteligencia cristalizada se mantendrá e incluso aumentará, al estar directamente relacionada con la experiencia.

El razonamiento verbal no parece sufrir cambios, aunque sí se aprecia una ligera pérdida en la capacidad para la conceptualización y la flexibilidad mental. Se observa también un declive en la agilidad mental precisa para la coordinación de movimientos, especialmente relacionada con el funcionamiento de la vista y el oído.

101

### **Memoria**

La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento. A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos.<sup>102</sup>

Diferentes factores se interrelacionan además con esta pérdida de memoria, aunque no se conocen las causas exactas ni tampoco el alcance de esta interacción, abarcan desde los cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, hasta la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencia de duelos, etc.<sup>103</sup>

La memoria a largo plazo, o memoria remota, parece estar bien conservada, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos

---

<sup>101</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatria"

<sup>102</sup> Potter/Perry; "Fundamentos de Enfermería Vol. I,"

<sup>103</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

nuevos almacenados en su memoria remota. Son capaces de evocar con detalle, hechos que tuvieron lugar en otra época, época por otro lado seguramente significativa en su historia de vida.<sup>104</sup>

La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, los recuerdos y mucha más información útil sobre el mundo que les rodea y sobre sí mismos. Es importante tener presente que la memoria visual se conserva intacta durante más tiempo que la memoria auditiva o que las relaciones temporo - espaciales.

La memoria sola no tiene ningún significado si no va acompañada del mantenimiento de la actividad mental. Utilizar medios simples como listas, agendas, notas, calendarios, etc., permite recordar a las personas mayores sus ocupaciones, responsabilidades o actividades, sin representar para ellos graves inconvenientes.

### **Motivación**

La motivación representa el impulso generador de actividades dirigidas a la satisfacción de un objetivo preciso. No podemos esperar que los adultos mayores ocupen las 24 horas del día con las mismas actividades que otras personas más jóvenes, pero sí debemos procurar que las que realizan sean satisfactorias, les hagan sentir útil y participantes en la sociedad. La imaginación es importante a la hora de pensar cuáles son los intereses de las personas mayores, pero es esencial plantearse que tanto la propuesta como la decisión deben tomarla ellos mismos.<sup>105</sup>

### **Personalidad**

Suele afirmarse que los rasgos de la personalidad del individuo se remarcan con la edad.

---

<sup>104</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>105</sup> Philip T. Hagen, "Clínica Mayo, Guía de Autocuidados"

Cuando hablamos de personalidad madura, hablamos de personalidad que se mantiene estable si no aparece ningún problema de enfermedad. Ciertamente el individuo no suele presentar cambios espectaculares en su personalidad, aunque si realiza ciertos ajustes según las circunstancias vitales. Así, la personalidad puede verse afectada por diversos factores: estado de salud, entorno familiar, pérdidas afectivas, situación de vida, experiencias, etc. <sup>106</sup>

Los análisis de tipologías referidas a personas mayores hacen referencia a la adaptación al envejecimiento. Así se identifican personalidades “adaptadas” y personalidades “mal adaptadas”. Entre las primeras, estarían los ancianos realistas, contentos de vivir esta etapa de su vida de forma satisfactoria, que se mantienen activos e interesados por todo lo que les rodea. <sup>107</sup>

Y también, los que siendo más pasivos que los anteriores, están contentos de ser jubilados y de no tener ninguna obligación con la sociedad. O los que son estrictos consigo mismos, que han antepuesto el deber al placer, y que creen que serán vulnerables en el momento en que cese su actividad.

Entre las segundas, las mal adaptadas, identificaríamos a las personas coléricas, negativas y hostiles, que siempre están descontentas, que no aceptan envejecer y que tienen miedo a morir. O aquellos cuyo balance de vida es negativo, se sienten culpables de todo y consideran la muerte como única salida a su situación de vida desagradable.

### **Cambios sociales**

Los cambios sociales que se producen durante el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad. Asimismo considera las diferencias generacionales

---

<sup>106</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; “Enfermería Práctica de Lippincott vol. I”

<sup>107</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, “Diagnostico Clínico y tratamiento”

existentes a nivel de comportamiento social, y la dificultad de adaptación e integración que suele presentar la persona anciana ante estos cambios. Cada etapa del desarrollo individual tiene su importancia. <sup>108</sup>

En el anciano este desarrollo estará sujeto a unas premisas fundamentales, no experimentadas de la misma forma por todos los individuos, ni con la misma secuencia de aparición temporal. Estas premisas están íntimamente ligadas a la vivencia de su envejecimiento y a la capacidad para aceptar y adaptarse a él. Por tanto, el ser consciente de las limitaciones en todas sus facetas permitirá al anciano establecer planes de vida satisfactorios. <sup>109</sup>

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería, la “colectivización” de los cuidados afecta negativamente al fomento de la independencia, por lo que se puede caer fácilmente en problemas de des individualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y aislamiento social. Por ello se plantean los cambios sociales desde dos perspectivas:

1. El cambio de rol individual, del propio hombre como ser social relegado en la mayoría de los casos a un segundo plano.
2. El cambio de rol de los ancianos como grupo integrante de una sociedad determinada y los problemas derivados de la no integración como grupo marginal. <sup>110</sup>

### **Cambio en el rol individual**

Aunque los límites de la extensión de rol individual son difíciles de medir, a grandes rasgos los cambios en su dinámica se plantean desde tres dimensiones:

---

<sup>108</sup> Mary M., “Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor”

<sup>109</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; “Enfermería Práctica de Lippincott” vol. I

<sup>110</sup> López Ruiz J. “Propuesta para el desarrollo profesional (I)”

1. Como *individuo único*, capaz de decidir, con opiniones, creencias y valores propios, con una historia de personal e influido por un medio externo, con una concepción especial de la vida y de la muerte.
2. Como *integrante de un grupo familiar*, sus relaciones con él y el relevo de su papel en el seno de la familia.
3. Como persona receptora y dadora de afecto, *capaz de afrontar las pérdidas*.<sup>111</sup>

### **El anciano como individuo único**

En la última etapa de la vida de las personas se hace patente la conciencia de que la muerte está más cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato. La concepción de la vida y de la muerte adquiere en este momento un nuevo sentido.<sup>112</sup>

La respuesta individual del anciano frente a la vida y la muerte está condicionada por una serie de factores: creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte vividas a lo largo de su existencia y el estado en que se encuentre.

El temor y la angustia que rodean la muerte, y que el anciano suele verbalizar de modo general, están ligados a la imagen que cada individuo tiene de este trance, siendo la soledad, la oscuridad y el sufrimiento los componentes que más le preocupan.

La ancianidad es también el momento en el que las personas necesitan asumir, reasumir su existencia pasada y efectuar una relectura de su vida, ya que cada uno de nosotros necesita saber que ha conocido momentos épicos en los que afrontó con

---

<sup>111</sup> Ruth B. Freeman; "Enfermería Sanitaria"

<sup>112</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatría"

valor ciertas dificultades; y como en toda epopeya, contándolos, uno los embellece un poco, los aumenta..., seguramente por eso los ancianos repiten siempre las mismas cosas.<sup>113</sup>

### **El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas**

La ancianidad es una etapa de la vida caracterizada fundamentalmente por las pérdidas (pérdida de facultades físicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas).

Todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor, y de una serie de reacciones tanto emotivas como de comportamiento de "duelo". La pérdida afectiva, especialmente relacionada con el cónyuge, es la que adquiere mayor trascendencia.<sup>114</sup>

Las pérdidas afectivas van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. Pasa por períodos de pena y de dolor, y por periodos de remordimiento alternativamente unidos a reacciones de cólera, tanto dirigidas hacia el desaparecido por haberlo abandonado, como hacia las personas que le rodean para desplazar sus sentimientos y frustración.

Estas pérdidas acarrear, en general, grandes cambios en su vida cotidiana como cambios de domicilio, nuevas responsabilidades... De estas vivencias, la consecuencia que ocasiona más problemas es la soledad.

Este sentimiento es muy difícil de superar. Por ello, algunos ancianos deciden formar nuevas parejas, ya que las necesidades emocionales precisan la misma atención que en otras etapas de la vida. La sociedad, y en particular la familia, suelen poner

---

<sup>113</sup> López Ruiz J. "Propuesta para el desarrollo profesional (I)"

<sup>114</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

reparos a estas nuevas uniones, porque no se entiende que el anciano tenga sentimientos y necesite compartir sus emociones y estar acompañado.<sup>115</sup>

### **Rol laboral, la jubilación:**

En el rol laboral, el gran cambio viene dado por el momento de la jubilación, esta nueva situación comporta para el anciano, en ocasiones, una serie de consecuencias negativas que es necesario analizar. La jubilación es la situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio. Es un permiso social para desligarse del trabajo, que se obtiene por el hecho de haber cumplido una edad previamente reglamentada o unos años de trabajo preestablecidos.<sup>116</sup>

## **DIABETES MELLITUS**

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.<sup>117</sup>

- **Diabetes de tipo 1** (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.
  - Sus síntomas consisten, entre otros, poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.
- **Diabetes de tipo 2** (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo

---

<sup>115</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriátría y Gerontología"

<sup>116</sup> Ruth B. Freeman; "Enfermería Sanitaria"

<sup>117</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

- Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.
- Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.
- **Diabetes gestacional** Es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.
  - Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.<sup>118</sup>

#### **Las formas más frecuentes de presentarse son las siguientes:**

- ✿ Descubrimiento ocasional en la práctica de una analítica rutinaria o motivada por alguna enfermedad intercurrente o previa a intervención quirúrgica. Es cada vez más frecuente el diagnóstico en el seno de los programas de atención a la patología cardiovascular, al realizar control analítico a personas con otros factores de riesgo, sobre todo hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad.
- ✿ Presencia de sintomatología inespecífica pero que nos hace sospechar la alteración metabólica hidrocarbonada.
- ✿ Presencia de complicaciones crónicas típicas de la Diabetes: microangiopatía: retinopatía, macro vasculares: cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, lesiones isquémicas periféricas, sobre todo en miembros inferiores, neuropatía: paresia ocular, polineuritis en DMII.
- ✿ Aparición de complicaciones metabólicas agudas, sobre todo el coma hiperosmolar y con mucha menos frecuencia la cetoacidosis. No hay que

---

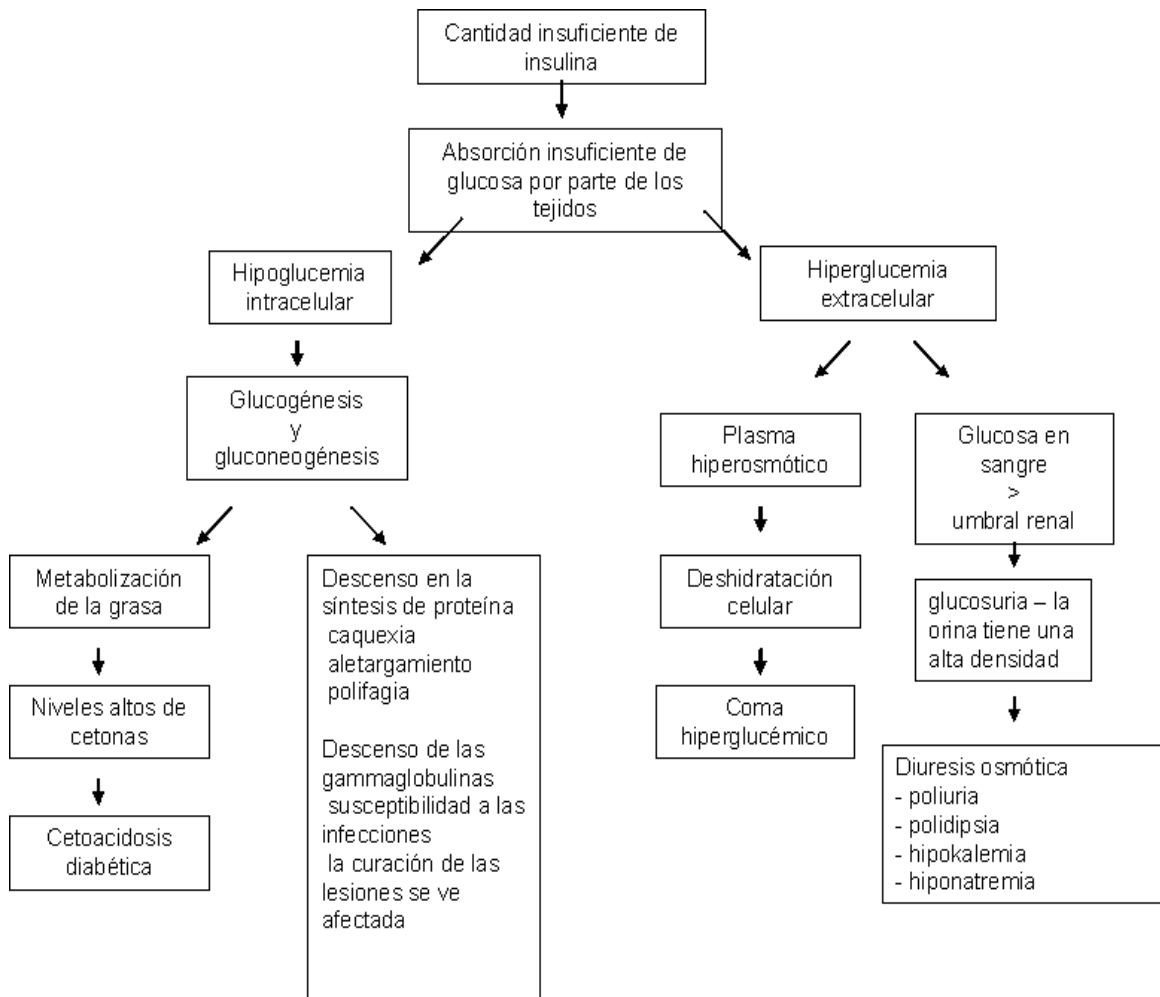
<sup>118</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"



olvidar que en ocasiones puede presentarse con episodios de hipoglucemia, por alteración en la secreción de insulina.<sup>119</sup>

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glucemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

### Fisiopatología de la Diabetes Mellitus.<sup>120</sup>



<sup>119</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>120</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

### Comparación entre hipoglucemia e hiperglucemia

	<b>HIPOGLUCEMIA</b>	<b>CONDICIONES HIPERGLUCEMICAS</b>	
NOMBRE Y ABREVIATURA	Coma diabético, choque insulínico, reacción insulínica.	Cetoacidosis diabética (dka).	Coma no cetónico hiperosmolar hiperglucemico (Hhnc).
COMIENZO	Rápido (minutos).	Gradual (días).	Gradual (sem.)
ANTECEDENTES	Inyección reciente de insulina, alimentación inadecuada o ejercicio excesivo.	Infección, estrés, traumatismo, dosis insuficiente de insulina. Más frecuente en DM 1.	Neumonía, infecciones de vías urinarias, deshidratación, aloc, inmovilidad. Más común en DM2.
SISTEMA NERVIOSO	Confusión, delirio o coma. Mayor peligro de convulsiones.	Irritabilidad, cefalea, visión doble o borrosa.	Fatiga, deficiencia de la visión, cefalea, convulsiones, delirio, coma.
APARATO CARDIOVASCULAR	Pulso rápido y débil. T/A variable.	FC normal o acelerada, TA variable.	Taquicardia (fase temprana) hipotensión (fase tardía).
RESPIRACION	Normal.	Kussmaul (rápida y profunda).	Taquipnea y puede haber depresión.
ALIENTO	Normal.	Olor frutal.	No hay olor frutal.
PIEL	Fría, pálida y húmeda.	Caliente, seca y congestionada.	prurito, menor turgencia
SISTEMA MISCULO ESQUELETICO	Debilidad, temblor, contracciones.	Consunción muscular.	Debilidad.
VÍAS GI / GU	Nausea y vómito.	Cólicos abdominales,	Poliuria, disminución del ingreso de

		nausea / vomito, deshidratación, polidipsia, poliuria.	líquidos.
PESO	Normal	Pérdida ponderal	Pérdida ponderal
ESTUDIOS DE LABORATORIO	Glucemia menor de 80 mg/ dl	Glucemia mayor de 180 mg/dl, glucosa y cetonas en orina, acidosis metabólica y alcalosis respiratoria.	Glucemia mayor de 800 mg/dl, incremento de Bun, de h&h, del número de leucocitos y osmolaridad sérica mayor de 320 mosm/l
TRATAMIENTO	Solución gluc. Por IV o PO, glucagon.	Sol. IV, insulina, potasio, nahco3.	Sol. IV, insulina, potasio, nahco3. <sup>121</sup>

### Consecuencias frecuentes de la Diabetes Mellitus tipo2

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y EVC).
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.

<sup>121</sup> Philip T. Hagen, "Clínica Mayo, Guía de Autocuidados".

- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.
- La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y manos.
- En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.<sup>122</sup>

### **Prevención**

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones, se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

<sup>123</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott"

## **Diabetes Mellitus en el adulto mayor**

Al acudir al servicio de estadística del Hospital Juárez de México se encontró que 3230 casos de enfermedades crónico – degenerativas atendieron durante el periodo enero a junio del 2009, el cual 1510 casos corresponden a Diabetes Mellitus en los adultos mayores; 437 fueron hospitalizados por lo mismo y 275 casos fueron dados de alta por defunción y el resto a su domicilio.

En el periódico “El Universal” menciona que en el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas. Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.<sup>124</sup>

La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes o retrasar su aparición.

La Diabetes Mellitus en el adulto mayor es un problema de gran trascendencia sanitaria justificada por su elevada prevalencia, las dificultades que pueden plantear el diagnóstico y el tratamiento y la frecuente presencia de complicaciones.

### **Prevalencia:**

Es conocido que la incidencia de Diabetes aumenta con la edad, y que existe un progresivo incremento en los índices de envejecimiento de la población, por lo que con el paso del tiempo nos iremos encontrando más adultos mayores y más diabéticos. Se ha señalado una prevalencia del 10% para la década de los 60-70 años, 12 % entre los 70 y 80 años, y 17 % por encima de los 80 años.<sup>125</sup>

---

<sup>124</sup> Secretaría de Salud; “México Sano”

<sup>125</sup> Frenk J. “El concepto y medición de la accesibilidad”

### **Formas clínicas:**

Cuando hablamos de diabetes en el adulto mayor nos estamos refiriendo a dos situaciones diferentes, consideración que va a tener cierta importancia desde el punto de vista terapéutico y de control metabólico:

- ✿ **La diabetes en el adulto mayor:** comprende a aquellas personas con diabetes, anteriormente conocidos y que franquean la edad de 65 años. Los avances en el tratamiento de la Diabetes han hecho que esto sea cada vez más frecuente.
- ✿ **La diabetes del adulto mayor:** comprende los nuevos diabéticos, aquellos en que la enfermedad aparece después de los 65 años. <sup>126</sup>

### **Los criterios diagnósticos**

Desde 1997 el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y un poco más tarde, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen tres únicos métodos diagnósticos de Diabetes Mellitus (DM) y cada uno de ellos debe confirmarse en los días subsiguientes por cualquiera de los tres métodos excepto en el segundo caso que no está justificada la segunda determinación en presencia de clínica:

La forma de presentación de la enfermedad en el adulto mayor de 65 años tiene una serie de peculiaridades que es preciso tener en cuenta. La diabetes que aparece en el adulto mayor afecta generalmente al sexo femenino (60-70%), tal vez por el mayor promedio de vida de las mujeres y por la mayor concurrencia de factores diabetógenos. Suele ser una diabetes oligosintomática, de comienzo solapado y frecuentemente asociada a la obesidad. Aunque puede debutar a través de la triada clásica (las 3 P: Poliuria-Polidipsia- Polifagia) y con pérdida de peso, no es la forma habitual de presentación en la población anciana. <sup>127</sup>

---

<sup>126</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>127</sup> Carlos Arias, "Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad"

## Plan de actuación

Las medidas para la atención del paciente adulto mayor afecto de diabetes son en general las mismas que en el paciente joven.

En los pacientes ancianos los esfuerzos encaminados a mantener los niveles de glucemia, y por ende el control metabólico, en cifras lo más cercanas posibles a la normalidad pasan a un lugar secundario, teniendo en cuenta la menor necesidad de prevenir complicaciones tardías dadas la menor expectativa de vida y el peligro de hipoglucemias en este grupo de edad.

- ✿ Es imprescindible tener en cuenta los condicionantes físicos, psíquicos, familiares y sociales que tienen este grupo de personas. La entrevista clínica y el proceso de comunicación entre el paciente y el sanitario debe adaptarse a las características de estas personas para conseguir una correcta valoración de sus expectativas y para informarles de forma comprensible de su enfermedad. Los factores importantes a considerar para enfocar el tratamiento son: <sup>128</sup>

- Expectativa y calidad de vida del paciente
- Compromiso del paciente
- Problemas económicos
- Problemas de salud coexistentes

El adulto mayor presenta frecuentemente situaciones que dificultan la comunicación y el cumplimiento terapéutico: hipoacusia, disminución de la agudeza visual, pérdida de memoria, demencia, enlentecimiento psíquico, limitaciones para la movilidad.

La existencia de pluripatología y el estar sometidos frecuentemente a tratamientos múltiples que en ocasiones incidirán en el control metabólico, o dificultarán el cumplimiento, debe ser exhaustivamente investigada y tomada en cuenta. <sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

<sup>129</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatria"

Dificultades familiares y sociales que influirán en el control de su enfermedad: hábitos adquiridos muy arraigados en su comportamiento, aislamiento social, soledad, disponibilidad de servicios de apoyo.

Los objetivos del tratamiento en los pacientes adultos mayores tendrán que ser individualizados en función de las características personales, familiares y sociales del paciente. En general los objetivos globales en relación al control de la diabetes son los siguientes:

- ✿ Ausencia de síntomas de hiperglucemias.
- ✿ Evitar descompensaciones hiperglucémicas agudas.
- ✿ Evitar hipoglucemias
- ✿ Prevenir en la medida de lo posible y tratar precozmente las complicaciones crónicas (retinopatía, pié diabético etc.)<sup>130</sup>

### **Control metabólico en el paciente adulto mayor**

En cuanto al control metabólico, en los pacientes diagnosticados previamente a los 65 años y que sobrepasan esta edad, debe seguir intentándose un control similar al pretendido antes de llegar a esa edad pero tratando de alejarse de las cifras de hipoglucemia, por lo que se elevan algo las cifras ideales de glucemia.

En los diabéticos diagnosticados después de los 65 años se suprimen las cifras de control ideal y se elevan las referencias de control aceptable y malo.<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

<sup>131</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"



	<b>Ideal</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Malo</b>
<b>Diagnostico después de los 65 años</b>			
Glucemia en ayunas		125-200	>200
Glucemia 2 h. pos - prandial		125-250	>250
HbA1	<9	9-12	>12
HbA1c	<6.5	6.5-10	>10
BMI		26-28%	
Colesterol		<250	>260
T.A sistólica (mm Hg)		< 160	>165
T.A diastólica (mm Hg)		< 95	>100

Basándonos en estas orientaciones, el objetivo individual debe ser pactado con el paciente y/o cuidadores.<sup>132</sup>

### **Tratamiento**

Los pilares del tratamiento son comunes al resto de los diabéticos: Ejercicio, Medicación y Educación Diabetológica.

### **Dieta**

Constituye la parte fundamental del tratamiento y la mayor parte de ancianos con diabetes pueden controlarse sólo con dieta. Debemos tener en cuenta el impedimento de que los adultos mayores tienen hábitos dietéticos muy arraigados a lo largo de su vida y que difícilmente vamos a poder modificar.<sup>133</sup>

<sup>132</sup>D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>133</sup> Barquera S, Rivera-Dommarco JA, Gasca-García A. "Políticas y programas de alimentación y nutrición en México"

La artrosis y otros problemas neurológicos y visuales puede limitarles el acceso a los alimentos más adecuados, y los factores económicos son también muy importantes. Además, muchos pacientes adultos mayores tienen alteraciones gustatorias, olfatorias o visuales, que puede dificultarles la preparación de los alimentos. La paciencia y perseverancia en la educación nutricional, y la ayuda de los cuidadores pueden ser fundamentales a la hora de conseguir los objetivos.<sup>134</sup>

Como regla básica suele bastar con evitar los azúcares simples, que por su absorción rápida producen hiperglucemias bruscas, restringir las grasas animales ricas en ácidos grasos saturados y aconsejar un adecuado aporte de fibra vegetal.

Es importante el reparto en 5 tomas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. Debemos hacer hincapié en utilizar una alimentación variada, aconsejando evitar las dietas monótonas que frecuentemente realizan los adultos mayores por motivos físicos, familiares o sociales y que suelen conducir a hipoglucemias, carencias vitamínicas y minerales.<sup>135</sup>

### **Ejercicio físico**

Aconsejaremos un ejercicio físico regular y adaptado a las posibilidades de cada paciente. Junto con la dieta debe formar parte del primer eslabón terapéutico en la mayoría de los pacientes.<sup>136</sup>

El ejercicio físico incide en el control, no solo de la tolerancia hidrocarbonada sino en otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipidemia y la hipertensión arterial, disminuyendo por otra parte la pérdida de masa ósea y muscular, mejora la circulación venosa en DMII y permite mantener el mayor tiempo posible el grado de autonomía suficiente, incrementando la sensación de bienestar físico y psíquico.

---

<sup>134</sup> Mary M., "Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor"

<sup>135</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

<sup>136</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriatría"

Factores a tener en cuenta:

- ✚ El riesgo de hipoglucemia debe minimizarse
- ✚ La selección de calzado adecuado. Frecuentemente el paciente adulto mayor tiene pies de riesgo, por lo que no debemos olvidar las medidas encaminadas a evitar lesiones en el pie.
- ✚ La intensidad del ejercicio debe estar en relación con las condiciones físicas del paciente. Dada la alta incidencia de cardiopatía isquémica clínicamente silenciosa en la población diabética de edad avanzada, deben desaconsejarse ejercicios intensos, o realizar pruebas de esfuerzo y entrenamiento progresivo bajo supervisión cuidadosa.<sup>137</sup>

### **Hipoglucemiantes orales**

Deben considerarse en el paciente anciano cuando con la dieta y el ejercicio no se consiga un adecuado control tras un periodo razonable (4-6 semanas).

Las biguanidas. La única biguanida recomendada es la metformina. No producen hipoglucemia. El candidato ideal es el paciente obeso no controlado aceptablemente con dieta y ejercicio, aunque en los adultos mayores la obesidad no suele ser un problema tan frecuente como en las edades medias.

Están desaconsejadas en presencia de insuficiencia renal, cardíaca, hepática, alcoholismo o mala calidad de vida. La sacarosa puede ser útil para controlar hiperglucemias postprandiales. No produce hipoglucemia, por lo que puede dar cierta seguridad su uso.<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

<sup>138</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

## Las sulfonilureas

- ✿ Se recomienda evitar las de acción prolongada (clorpropamida, glibenclamida) por el riesgo de producir hipoglucemias severas y prolongadas, siendo sulfonilureas de primera elección la glipicida, la gliquidona, la tolbutamida y la glicacida. En la práctica se recomienda utilizar la glipicida o la tolbutamida si hay leve deterioro de la función hepática, la gliquidona si hay insuficiencia renal asociada y la glicacida si hay problemas vasculares asociados.
- ✿ Se aconseja comenzar con dosis bajas e incrementos progresivos basándose en los controles de glucemia.
- ✿ Debido a que muchos adultos mayores están polimedicados, no podemos olvidar las posibles interacciones con las sulfonilureas
- ✿ La terapia combinada de fármacos orales puede ser una alternativa útil para retrasar la insulinización de algunos pacientes en la medida de lo posible.<sup>139</sup>

## Insulina

Además de en los excepcionales, pero posibles, casos de DM1, puede ser necesaria en algunos pacientes con DM2 por diversas circunstancias:

Contraindicaciones para el uso de hipoglucemiantes orales (insuficiencia renal o hepática, problemas digestivos.)

Presencia de procesos inter recurrentes que provocan descompensación de la glucemia, pudiendo ser necesaria la insulinización temporal.<sup>140</sup>

## Descompensaciones hiperglucémicas agudas

La disponibilidad de nuevos sistemas inyectoros de insulina ha facilitado la inyección de insulina, pudiendo ser de gran utilidad para los adultos mayores diabéticos. Pero en ocasiones, la situación personal o familiar del anciano dificulta el tratamiento

---

<sup>139</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>140</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott" vol. I

insulínico, por lo que en estas condiciones puede ser de utilidad la terapia combinada de hipoglucemiantes orales con una dosis de insulina intermedia o lenta nocturna.<sup>141</sup>

## **Factores de riesgo de hipoglucemias**

### **En relación con la edad**

- Alteración en el metabolismo y excreción de fármacos.
- Alteración en el sistema nervioso autónomo: alteración de la capacidad de detección y respuesta frente a la hipoglucemia

### **En relación a procesos asociados**

- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia renal

### **En relación con el consumo de medicamentos**

- Polifarmacia: Salicilatos, sulfamidas, dicumarínicos, fenilbutazona, alcohol, beta-bloqueantes.
- Consumo de alcohol o sedantes.<sup>142</sup>

La hipoglucemia en el adulto mayor, aún sin llegar al estado de coma hipoglucémico, puede acarrear consecuencias graves tanto cardiovasculares como cerebrovasculares.

En este sentido es esencial tener en cuenta que podemos considerar hipoglucemias no sólo las cifras bajas de glucemia plasmática, sino también el descenso rápido de glucemias de niveles altos a niveles habitualmente considerados normales. Aunque pueden existir otras causas, la mayoría de las hipoglucemias en el anciano están ligadas a la utilización de hipoglucemiantes orales.<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup>Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

<sup>142</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; "Enfermería Práctica de Lippincott"

<sup>143</sup> Monografías Dorotea Orem

## **Cuidados de Enfermería a pacientes Diabéticos**

Primero que nada, enfermería valora al paciente por medio de una anamnesis, posteriormente hace rápidamente una exploración física para detectar riesgos en este mismo y toma y registra los signos vitales así como la glicemia capilar. Le explica al paciente su enfermedad y si requieren medicamentos, el profesional de enfermería le administra el medicamento y le enseña como administrárselo, y el reconocimiento de los efectos secundarios que pueden provocar los medicamentos y si tienen alguna interacción medicamentosa. Otra medida es que en algunos pacientes consiguen un buen control solamente con la dieta o acompañada con los antidiabéticos orales. Una tercera parte necesitan insulina para su completa compensación.<sup>144</sup>

### **La técnica de Inyección de la insulina:**

La inyección deberá de realizarse completamente después de cargar la jeringa. Antes se debe de limpiar la piel con un algodón y alcohol. Con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se pellizcará la piel y el tejido subcutáneo, formando un pliegue donde se introducirá la aguja perpendicular u oblicua ligeramente según la zona. La inyección será subcutánea, en la grasa que hay por debajo de la piel.

Antes de inyectarse debemos de comprobar que no hemos pinchado en un vaso sanguíneo, lo que se comprueba tirando suavemente del émbolo y comprobando que no aparece sangre dentro de la jeringa. La insulina debe de inyectarse cada vez en un sitio diferente, esto evita endurecimientos y abultamiento.<sup>145</sup>

Las zonas de Inyección son la parte antero-externa de los muslos, en la parte externa de los brazos, en las nalgas y en la parte anterior del abdomen. El personal de enfermería debe de enseñar correctamente la técnica, y explicarle que para ella debe ser algo normal y que pierda sus miedos y preocupaciones.<sup>146</sup>

---

<sup>144</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología".

<sup>145</sup> Piedrola Gil; "Medicina Preventiva y Salud pública"

<sup>146</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

### **Dieta del diabético:**

La dieta del diabético es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, todos los pacientes deben de cumplirla, consiguiéndose la compensación de más de un tercio de los diabéticos.

No todos los alimentos elevan el nivel de azúcar por igual, con la dieta se pretende conseguir el peso ideal, y mantener los valores de azúcar lo más cercanos a la normalidad. El equilibrio en una dieta de todos los componentes nutritivos es necesario para cualquier persona:

**Los hidratos de carbono** producen energía (un gramo proporciona 4 calorías). Se encuentra principalmente en alimentos tales como cereales, legumbres, patatas y diversas frutas.

**Las grasas** producen mucha energía, se reciben principalmente del aceite, margarinas, mantequillas, tocino, mantecas, etc.<sup>147</sup>

**Las proteínas**, sirven principalmente para formar tejidos, músculos, etc. Las de origen animal se reciben principalmente de la carne, el pescado, huevo, leche y pescado. Las de origen vegetal se encuentran principalmente en las legumbres.

**Las vitaminas y minerales** no tienen valor calórico y se reciben principalmente a través de hortalizas, verduras y frutas.

**El plan de comidas:** el número de ellos va a depender de muchos factores, como son la edad, el sexo, la actividad física y la existencia o no de sobrepeso.<sup>148</sup>

Generalmente suele ser una dieta de 1.500 Kcal. El reparto de los principios inmediatos debe de hacerse de la siguiente manera:

---

<sup>147</sup> Salgado Alba, "Manual de Geriátría"

<sup>148</sup> Piedrola Gil; "Medicina Preventiva y Salud pública"

**50 - 60 % en forma de hidratos de carbono**

**25 - 30 % en forma de grasas**

**15 % en forma de grasas.** <sup>149</sup>

Se deben de evitar los hidratos de carbono simples o azúcares simples. Las proteínas deben ser al menos el 50% de origen animal. Las grasas deben de provenir en su mitad de vegetales. El número de comidas recomendado es de 5.

Tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y otras dos intermedias media mañana, merienda y/o antes de acostarse), para evitar las variaciones bruscas de azúcar.

Los alimentos ricos en fibra son recomendables ya que ayudan a disminuir, las oscilaciones de azúcar, por esto está recomendado los denominados productos integrales. Los alimentos especiales para diabéticos no son generalmente recomendables.

Se debe de evitar tomar alimentos con azúcar como pastelillos, repostería, galletas y endulzar con sacarina.

No debe de tomar bebidas alcohólicas ya que aportan calorías y pueden desequilibrar la dieta.

No son recomendables bebidas refrescantes, por su alto contenido en azúcar. Puede utilizar tablas de equivalencia para cambiar alimentos por otros. <sup>150</sup>

---

<sup>149</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

<sup>150</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"



**El ejercicio Físico y la Diabetes:**

El ejercicio físico es, junto con el régimen, la medicación y la educación Diabetológica, uno de los pilares sobre el que se sustenta el tratamiento.

**Mejora el control glucémico:** El ejercicio provoca un descenso de glucosa en sangre, al ser utilizada por el músculo como fuente de energía.<sup>151</sup>

**Favorece la pérdida de peso:** En el trabajo muscular también se consumen grasas, y ayudamos a combatir la obesidad.

**Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares:** Con la actividad física disminuye el colesterol y otras grasas y se previene las enfermedades cardiovasculares.

**Tiene efectos psicológicos positivos y aumenta la autoestima:** Produce una sensación de bienestar psicofísica.

**El ejercicio es fundamental en el tratamiento de la diabetes.**

Las personas con la diabetes controlada el ejercicio está indicado disminuye la glucemia y disminuye la necesidad de insulina e hipoglucemiantes orales. En el caso de personas con la diabetes descompensada (+ de 300 mgr./dl y /o la presencia de acetona en la orina) , está desaconsejado porque se incrementa la descompensación.<sup>152</sup>

**Recomendaciones del ejercicio:**

El ejercicio físico debe de ser regular (todos los días, a las mismas horas, con la misma intensidad y duración).

---

<sup>151</sup> Sandra M. Nettina, RNC,MSN; “Enfermería Práctica de Lippincott” vol. I

<sup>152</sup> Piedrola Gil; “Medicina Preventiva y Salud pública”

Se evitará la coincidencia de la máxima acción de la medicación. Un buen momento es después de las comidas. Debe de hacerse de acorde con la edad, condición física y estado de salud de la persona. Después de los 40 años, antes de realizar ejercicio físico es recomendable realizarse un examen general y del sistema cardiocirculatorio.

153

### **Situaciones desaconsejadas:**

- ✿ Lesiones de los grandes y pequeños vasos.
- ✿ Lesiones de los nervios.
- ✿ Lesiones renales o de la retina avanzadas.
- ✿ Diabetes descompensada ( + 300 mgr./dl )
- ✿ La propia naturaleza del deporte o del ejercicio, como:
  - Alpinismo (por el peligro de hipoglucemia y pérdida de conciencia).
  - Pesca submarina (por el peligro de hipoglucemia y pérdida de conciencia)
  - Los que implican un riesgo de traumatismo (boxeo).

### **El cuidado de los pies:**

Los pacientes diabéticos tienen mayores probabilidades de tener problemas con sus pies que el resto de las personas. Cuando se padece diabetes, el cuidado de los pies es imprescindible. Ya que la circulación en los pies está disminuida, los nervios se vuelven menos sensibles y existe una mayor propensión a las infecciones.<sup>154</sup>

Los problemas empiezan por cualquier pequeño traumatismo (rozadura, herida, grieta, etc.) Estas heridas se pueden infectar. Los tejidos infectados se inflaman, requiriendo mayor aporte de sangre, al no estar siempre disponible, como consecuencia de una circulación inadecuada, y se favorece la extensión de la infección.<sup>155</sup>

---

<sup>153</sup> Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, "Diagnostico Clínico y tratamiento"

<sup>154</sup> D.L. Carnevali. "Tratado de Geriatria y Gerontología"

<sup>155</sup> T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna"

- Mantener los pies limpios diariamente con agua tibia y jabón. Secarlos bien sin frotar, especialmente entre los dedos, teniendo en cuenta no dejarlos húmedos. Si la piel está seca y escamosa utilizar vaselina.
- Observar los pies a diario, si se observa una anormalidad se debe consultar con el médico o con la enfermera.
- Mantener las uñas limpias y cortas, recortándolas en sentido horizontal sin cortar en las esquinas, usar mejor lima que tijeras.
- Llevar bien abrigados los pies, usando calcetines de lana fina o algodón, que se cambiará a diario.
- Utilizar un calzado flexible, cómodo y bien ajustado. Procurar que la puntera sea ancha para evitar roces. Si se utiliza un calzado nuevo, su uso debe de ser gradual para evitar rozaduras.
- No caminar descalzo o con sandalias.
- Utilizar callicidas para eliminar callos y durezas, no usar tijeras o instrumentos afiliados.
- Acercar los pies a estufas y braseros o aplicar bolsas de agua caliente.
- No utilizar medias, calcetines que compriman demasiado<sup>156</sup>

El adulto mayor como individuo como bien se ha manejado anteriormente, se analizó desde un punto de vista holístico, hasta llegar específicamente a la patología de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor; y agregando un subtema que también es de suma importancia y que forma parte del marco de legislación del adulto mayor, son todas aquellas políticas y programas que protegen, ayudan y defienden a estos individuos, brindándole una mejor calidad de vida y dándole su importancia dentro de la sociedad. A continuación se mencionan algunas políticas y programas:

---

<sup>156</sup> Luckmann, Joan, "Cuidados de Enfermería"

## **Marco de Legislación del Adulto Mayor**

**Plan nacional de desarrollo.-** Establece que la política de desarrollo social y humano tiene como objetivos rectores: mejorar los niveles de educación y de bienestar de los mexicanos; acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades; impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva; fortalecer la cohesión y el capital sociales; lograr un desarrollo social y humano en armonía con la naturaleza, así como ampliar la capacidad de respuesta gubernamental para fomentar la confianza ciudadana en las instituciones.<sup>157</sup>

**Diario Oficial de la Federación.-** Diario Oficial de la Federación es el órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, que tiene la función de publicar en el territorio nacional: leyes, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación, a fin de que éstos sean observados y aplicados debidamente en sus respectivos ámbitos de competencia.

### **Ley de los derechos de las personas adultas mayores.-**

Ley de Protección al Anciano que es producto del trabajo coordinado de un grupo de diputados de esta Legislatura con el Instituto Nacional de la Senectud. Bases y modalidades para el acceso de los ancianos a los servicios de salud y bienestar social; los derechos de los ancianos; las obligaciones familiares con ellos; lo que comprende la atención geriátrica a la que se obligan las instituciones públicas; las actividades que habrán de fomentarse entre los ancianos.<sup>158</sup>

**Sistema de vigilancia epidemiológica para el paciente diabético.-** Registro del proyecto en el IMSS: 98-517-001. El uso de tecnología computacional en la calidad de la atención médica. - Presentar un instrumento que permita llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y evaluar la calidad de la atención a la Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención.<sup>159</sup>

---

<sup>157</sup> Diario Oficial de la Federación 2009.

<sup>158</sup> Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2010.

<sup>159</sup> Sistema de vigilancia epidemiológica para el paciente diabético

**Sedesol.-** Secretaría de Desarrollo Social. Formular y coordinar la política social solidaria y subsidiaria del gobierno federal, orientada hacia el bien común, y ejecutarla en forma corresponsable con la sociedad. Lograr la superación de la pobreza mediante el desarrollo humano integral incluyente y corresponsable, para alcanzar niveles suficientes de bienestar con equidad, mediante las políticas y acciones de ordenación territorial, desarrollo urbano y vivienda, mejorando las condiciones sociales, económicas y políticas en los espacios rurales y urbanos.<sup>160</sup>

**Oportunidades.-** Programa de oportunidades es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso. Es un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales.<sup>161</sup>

**Diconsa.-** Diconsa es una empresa de participación estatal mayoritaria que pertenece al Sector Desarrollo Social. Tiene el propósito de contribuir a la superación de la pobreza alimentaria, mediante el abasto de productos básicos y complementarios a localidades rurales de alta y muy alta marginación, con base en la organización y la participación comunitaria.

**Programa 70 y más.-** El Programa 70 y Más atiende a los adultos mayores de 70 años o más que vivan en localidades de hasta 30 mil habitantes. Los beneficiarios reciben apoyos económicos de 500 pesos mensuales, que se paga cada dos meses; participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para el acceso a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de las que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

---

<sup>160</sup> Secretaría de Desarrollo Social. Sedesol.

<sup>161</sup> Secretaría de Desarrollo Social Sedesol.

El Programa contribuye a mejorar las condiciones de vida que enfrentan los adultos mayores de 70 años y más, mediante la entrega de apoyos económicos y acciones orientadas a fomentar su participación en grupos de crecimiento, jornadas informativas, así como facilitar el acceso a servicios. Se otorga un pago de marcha de mil pesos al representante del beneficiario cuando éste fallece.<sup>162</sup>

**Instituto nacional de las personas adultas mayores.-** Órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

**Liconsa.-** Empresa de participación estatal mayoritaria, industrializa leche de elevada calidad y la distribuye a precio subsidiado en apoyo a la nutrición de millones de mexicanos, especialmente de niños de hasta 12 años, de familias en condiciones de pobreza, contribuyendo así a su adecuada incorporación al desarrollo del país.

O bien a enfermos y/o discapacitados y adultos de 60 y más años, que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos que justifiquen su condición. En forma complementaria, y como un soporte básico a su función sustantiva, lleva a cabo la adquisición de leche nacional en apoyo a la comercialización de lácteo producido por pequeños y medianos ganaderos.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> S/a; “Plan Nacional de Salud 2000 – 2005”

<sup>163</sup> Piedrola Gil; “Medicina Preventiva y Salud pública”

DISEÑO  
DE LA  
INVESTIGACION

## CAPITULO III

### METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### **Justificación**

De acuerdo a la consulta que se realizó en el departamento de estadística del Hospital Juárez de México; para buscar información sobre los padecimientos más frecuentes atendidos en el hospital y que nos llamó la atención para poder realizar la investigación enfocándonos al Adulto Mayor; se encontró que durante el periodo de Enero a Junio del 2009; se presentaron 1510 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y de los cuales 437 fueron hospitalizados y 202 casos fallecieron por esta enfermedad.

Por lo tanto el problema identificado es que a los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas, no se les realiza un seguimiento adecuado por lo tanto sería pertinente que se les brindara una atención a domicilio por lo menos durante un mes o más tiempo; y así ayudar a mejorar su salud; promoviendo el auto cuidado y enseñándoles los signos de alarma que deben tomar en cuenta para una atención médica inmediata.

Por este motivo decidimos realizar primero una entrevista a 40 pacientes en la consulta externa de medicina interna adultos mayor con Diabetes Mellitus, de los que posteriormente se eligieron 10 pacientes para planear sus visitas domiciliarias durante un mes, en donde nos permitirá valorar las actividades de autocuidado que lleva a cabo en su vida cotidiana así como a su o sus cuidadores; resaltando que los objetivos del tratamiento a domicilio dirigido a dichos pacientes, tendrán que ser individualizados en función de las características personales, familiares y sociales del paciente.



## Planteamiento del problema

¿Los adultos mayores con Diabetes Mellitus 2, conocen las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la misma?

## Objetivos

### Generales

- Enseñar las medidas de autocuidado específicas de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor a través de la elaboración de visitas domiciliarias que nos permitan realizar una evaluación personalizada y estrecha del cuidado del paciente en su domicilio para así mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones de la enfermedad en el adulto mayor que acude a la consulta externa del Hospital Juárez de México.
- Investigar las causas principales que ocasionan que el adulto mayor sin padecimientos mentales realice actividades de autocuidado que favorezcan su condición física, mental y emocional.

### Específicos

- Realizar un plan de alta a domicilio con intervenciones de enfermería basadas en el autocuidado para el paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus 2 que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México así mismo para sus cuidadores primarios y secundarios.
- Elaborar un programa de salud que se enfoque al auto cuidado del paciente adulto mayor con DM2 y de igual manera que sea de utilidad para el o los cuidadores que serán quienes estén en primera instancia con el paciente, a fin de aumentar la calidad de vida, procurando que se haga una cultura a nivel nacional tomando en cuenta el alto grado de incidencia de DM en los mexicanos.

## **Hipótesis**

Si el déficit de autocuidado en los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, puede favorecer la re hospitalización; entonces aumentara el riesgo de las complicaciones o enfermedades secundarias relacionadas a la Diabetes Mellitus 2.

## **Variables**

### Dependientes

- \* Déficit
- \* Autocuidado
- \* Pacientes
- \* Adultos mayores
- \* Consulta
- \* Medicina interna
- \* Hospital
- \* Domicilio
- \* Favorecer
- \* Re hospitalización

### Independientes

- \* Aumento
- \* Riesgo
- \* Complicaciones
- \* Enfermedades secundarias
- \* Diabetes Mellitus Tipo 2

## Operacionalización de variables dependientes

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
<p><b>Déficit:</b> es una escasez de algún bien, ya sea dinero, comida o cualquier otra cosa. La palabra déficit, por tanto, se utiliza para referirse a diversas situaciones.</p>	<p>La pérdida, o la falta de l salud en el individuo, familia o comunidades.</p>	<p>Déficit de salud, dinero, comida, hogar, algún ser querido, para un individuo, en la familia o en la comunidad.</p>
<p><b>Autocuidado: Auto</b> Del griego <i>αὐτο</i> que significa "propio" o "por uno mismo", y <b>cuidado</b> del latín <i>cogitātus</i> que significa "pensamiento", el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.</p>	<p>Práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.</p>	<p>Requisitos Universales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.</li> <li>• Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.</li> <li>• Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos</li> <li>• Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal</li> <li>• Equilibrio entre actividades y descanso.</li> <li>• Equilibrio entre soledad y la comunicación social,</li> <li>• Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano</li> <li>• Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano</li> </ul>

<b>Pacientes:</b> quien es o va a ser reconocido medicamente	Hospitalizados en el HJM, los que llegan por referencia de otros hospitales.	De acuerdo a la edad, género, patología, herencia genética
--	--	--

<p><b>Adultos mayores:</b> llegado a su mayor crecimiento físico y psicológico.</p>	<p>Es el término o nombre que reciben las personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.</p>	<p>A partir de los 65 años en adelante</p>
<p><b>Consultorio.</b> Lugar de alguna especialidad en específico donde se brinda una revisión amplia y continua para favorecer la salud.</p>	<p>Área donde acuden a revisiones periódicas los pacientes, según su enfermedad.</p>	<p>Medicina interna  Neurocirugía  Cirugía general  Ortopedia  Oncología  Pediatria  Gineco Obstetricia  UCI  UCIN  Urgencia  Rehabilitación  Consulta externa</p>

<p><b>Medicina interna:</b> sección hospitalaria que alberga pacientes con más de una patología crónica.</p>	<p>Servicio en el cual, se ingresan pacientes con diversas patologías.</p>	<p>Patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Infectocontagiosos</li> <li>✿ Cardiovasculares</li> <li>✿ Pulmonares</li> <li>✿ Gástricas</li> <li>✿ Urinarias</li> <li>✿ Hematológicas</li> <li>✿ Endócrinas</li> </ul>
<p><b>Hospital:</b> proviene de la palabra hosped que significa huésped</p>	<p>Los Hospitales Públicos, privados, pertenecientes al Gobierno de la Cdad. De México, centralizados y descentralizados.</p>	<p>Hospital de segundo nivel Hospital de tercer nivel Institutos.</p>
<p><b>Domicilio:</b> ubicación de un establecimiento fijo.</p>	<p>Domicilio propio o de alguien más.</p>	<p>Domicilio propio o de algún familiar, amigo, conocidos, o en una casa de descanso del gobierno, o privado.</p>
<p><b>Favorecer:</b> aumentar las posibilidades de manera positiva.</p>	<p>Ayudar o beneficiar a un individuo, familia o comunidad.</p>	<p>Beneficiar a la persona para conservar su salud o mejorarla.</p>
<p><b>Re hospitalización:</b> el regreso al hospital después de haber egresado.</p>	<p>Pacientes que por no llevar a cabo las medidas de autocuidado pertinentes para su padecimiento ingresan nuevamente al hospital después de haber permanecido en este anteriores periodos de tiempo</p>	<p>Complicaciones agravadas que ponen en riesgo la salud del paciente.</p>

### Operacionalización de las variables independientes

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
<b>Aumento:</b> incremento, crecimiento, en tamaño numero o intensidad.	Acrescentar daños en la salud de las personas	Es la acentuación de problemas que pueden dañar la salud en pacientes.
<b>Riesgo:</b> amenaza concreta de daño que yace todo el tiempo sobre nosotros, que puede materializarse en algún momento o no.	Prevenir que suceda alguna eventualidad que altere las condiciones del paciente y familia.	Se provoque daño a la salud de la persona y por tanto cause una inestabilidad en la familia
<b>Complicación:</b> asunto de difícil solución o complejo de entender.	Es el daño que provoca una enfermedad afectando a órganos blancos, y dificultando la recuperación de la salud de un individuo.	Daños a órganos blancos: Corazón Cerebro Vasos sanguíneos Ojos Riñones Nervios.
<b>Enfermedades secundarias:</b> enfermedades que aparecen posterior a una inicial complicando el estado de salud.	Son aquellas que se agregan a una enfermedad ya establecida en el individuo, y por lo tanto dificultan la recuperación de la salud.	Cardiovasculares Renales Pulmonares Del sistema nervioso Osteomusculares
<b>Diabetes Mellitus 2:</b> es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la	Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.	<b>Diabetes de tipo 1</b> Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. <b>Diabetes de tipo 2</b> Se debe a una

<p>insulina.</p>		<p>utilización ineficaz de la insulina. Se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.</p> <p><b>Diabetes gestacional</b> Es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.</p> <p><b>HIPOGLUCEMIA.</b> Inyección reciente de insulina, alimentación inadecuada o ejercicio excesivo</p> <p><b>CETOACIDOSIS DIABÉTICA (DKA).</b> Infección, estrés, traumatismo, dosis insuficiente de insulina. Más frecuente en DM 1.</p> <p><b>COMA NO CETÓNICO</b></p> <p><b>HIPEROSMOLAR</b></p> <p><b>HIPERGLUCEMICO.</b> Neumonía, infecciones de vías urinarias, deshidratación, alucinaciones, inmovilidad. Más común en DM2.</p>
------------------	--	---



# Παλιό Μετονομαζόγιο

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

Transversal – Descriptiva

### **Universo**

Todos los pacientes que acuden al consultorio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México del 13 de noviembre del 2009 al 1º de junio del 2010.

### **Población**

40 Pacientes adultos mayores que padezcan, DM2 que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital Juárez de México que estén de acuerdo en contestar la entrevista del 13 de noviembre del 2009 al 1º de junio del 2010.

### **Muestra**

10 Adultos Mayores con DM2 que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital Juárez de México del 13 de noviembre del 2009 al 1º de junio del 2010 que contesten completa la entrevista y estén de acuerdo en recibir visitas domiciliarias por parte del personal de enfermería una vez por semana durante un mes.

### **Tipo de muestra**

Por conveniencia

### **Criterios de:**

#### **Inclusión**

Adultos Mayores con diagnóstico de DM2 tanto hombres como mujeres que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital Juárez de México y que acepten ser visitados a su domicilio.

**No inclusión**

Adultos Mayores que se nieguen al seguimiento a domicilio y no acudan a la consulta de medicina interna.

**Exclusión**

Pacientes de otras edades y de otros servicios que no padezcan DM2.

**Modo de recolección de datos**

Se realizara una entrevista personalizada, que consta de 17 preguntas de opción múltiple la cual leerá el entrevistador cuidadosamente, pregunta por pregunta y sus respectivas respuestas, al paciente y marcará con una línea la respuesta que elija el paciente, esto se hará a cuarenta pacientes Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 hombres o mujeres que acuden a la consulta externa de Medicina Interna, tomando en cuenta los aspectos sobre su enfermedad, sus antecedentes clínicos, su aspecto psicológico, físico, mental, y social con el fin de identificar el conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y las medidas de autocuidado, así como saber si las lleva acabo y en qué medida y de qué manera.

Conocer si presenta algún otro déficit de autocuidado, Identificar enfermedades agregadas y las complicaciones presentadas, para prevenir daño a su salud.

Posteriormente se le realizará la elección de diez pacientes que serán la muestra a los cuales se les realizara una valoración en su domicilio a lo largo de un mes, visitándolos una vez por semana, para conocer su estado de salud, hacerles una valoración y mencionarles las medidas de actuación referentes a su padecimiento ocasionando así su mejoría a través de un formato específico de la visita domiciliaria.

Al final de las visitas se les entregará un plan de alta en forma de cartel que contendrá las medidas de auto cuidado y los signos de alarma que deberá de identificar de manera inmediata para evitar su ingreso o reingreso al hospital.

## **Procedimiento**

Del día 13 de noviembre del 2009 al 1º de junio del 2010, se realizará una entrevista de 17 preguntas a los adultos mayores diabéticos, ya sea hombres o mujeres que acuden a la consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México.

Las preguntas son de opción múltiple, se llevará a cabo dentro del mismo servicio en un horario de 7:00 a 14:00 horas durante una semana para encontrar a 10 pacientes que se les llevara a cabo un seguimiento en su domicilio .Se hará el seguimiento en cada domicilio de los pacientes por un mes utilizando otro formato en el cual consta de fecha de la visita, numero de visita a su domicilio, los síntomas que en ese momento presenta el paciente, si hubo mejoría o no. Ahí mismo se le realizaran sus notas de evolución de salud.

Donde se escribirá las condiciones en que se encuentran los pacientes y observaciones extras que permitirán hacer un cotejo de la anterior y así conocer su mejoría o desmejora o simplemente si no existe ningún cambio. Al finalizar las visitas se les proporcionará un plan de alta a través de un cartel con las medidas de autocuidado en el adulto mayor diabético, y los datos de alarma que debe identificar en caso de que llegase a presentar alguno de estos así como un plan de alta impreso que contiene los cuidados del paciente diabético y geriátrico.

## Programación de visitas domiciliarias del 7 de junio al 2 de julio

HORARIO	LUNES 7,14,21,28 DE JUNIO	MARTES 8,15,22,29 DE JUNIO	MIÉRCOLES 9,16,23,30 DE JUNIO	JUEVES 10,17,24 DE JUNIO Y 1º DE JULIO	VIERNES 11,18,25 DE JUNIO Y 2 DE JULIO
9:00 A 11:00	MARGARITA MAGNO Juventino Rosas 3, Cuauhtepac B. Alto, GAM	ROBERTO LABORIEL Calle 631, núm. 78, unidad Sn Juan de Aragón 4º. 5º SECC. GAM	ROSA HERNADEZ Oriente 103, núm. 3716, Ampliación E. Zapata. GAM	RICARDO GUERRERO Calle 30, núm. 18, Progreso Nacional, GAM	BONIFACIO LOPEZ Calle 340, Liberación, Azcapotzalco
12:00 A 14:00	MA. ELENA LOPEZ Olmos, Mz 6, Lt 5 Hank González, Ecatepec	FRANCISCO BERMUDEZ Calle 13, núm. 210 Jardines Santa Clara, Ecatepec	ROBERTO LUNA Puerto Cozumel, 154 Casas Alemán, GAM	GORGORIO SANCHEZ Calle 10, núm. 23 Jardines Santa Clara Ecatepec	RAFAEL CUEVAS Sta. María 82 Sta. María Malinalco, Azcapotzalco

### Propósitos

- ✿ Proporcionar orientación y enseñanza a la familia sobre los métodos y recursos existentes para proteger y mejorar la salud del Adulto mayor Diabético.
- ✿ Vigilar el cumplimiento de órdenes médicas, citas subsecuentes.
- ✿ Proporcionar atención integral de enfermería en el hogar al Adulto Mayor Diabético.<sup>164</sup>

### Actividades que comprende la visita domiciliaria

- ✿ Planeación: análisis de las necesidades en materia de salud, así como los factores sociales y culturales que afectan al Adulto Mayor Diabético que se va a entrevistar.
- ✿ Introducción al hogar: llamar de manera gentil, presentarse y pedir permiso para acudir al domicilio

<sup>164</sup> Ma. Concepción López Luna —“Enfermería Sanitaria”

- ✿ Ejecución: comprende procedimientos enseñanza, resumen y despedida.
  - Toma y registro de glucemia capilar
  - Toma y registro de Signos Vitales y somatometría.
  - Revisión de los pies.
  - Revisión de los sitios de aplicación de insulina.
  - Cuidados de heridas si es que presenta
  - Eliminación (Estreñimiento o diarrea, incontinencia urinaria)
  - Nutrición (instrucción a los familiares de la alimentación y que alimentos son más recomendables para los Adultos mayores Diabéticos).
  - Ejercicios (de cuello, brazos, cintura y piernas)
  - Medicamentos
  - Fisioterapia
  - Terapia ocupacional
  
- ✿ Informe: se anotara la situación encontrada, actividades realizadas y los resultados.<sup>165</sup>

## Recursos

Los recursos que se utilizaron fueron:

### *Materiales:*

- Computadora,
- Papel,
- Impresora,
- Cartuchos (Tinta Negra Y De Color)
- Báscula
- Cinta Métrica
- Glucómetro
- Tiras Reactivas
- Lancetas
- Torundas Alcoholadas
- Baumanómetro
- Estetoscopio

---

<sup>165</sup> Marilyn Klainberg; Stephen Holzemer y Margaret Leonard. "Enfermería para la salud comunitaria; una alianza para la salud"

- Termómetro
- Oxímetro de pulso
- Baterías 2AA y 3AAA
- Plumas
- Formatos
- Carteles de información
- Maletín
- Abatelenguas
- Guantes de látex
- Contenedor de RPBI
- Lámpara de auscultación
- Gasas

**Físicos:**

Instalaciones del Hospital Juárez de México,

Domicilio de cada paciente

Financieros: \$4500.00 pesos

*Humanos:*

- 10 pacientes adultos mayores
- Asesora de tesis:
  - Mtra. Juana Laura Díaz Hoffay
- Autoras del Protocolo de Investigación:
  - PLESS Mara Irza Martínez Serrano
  - PLESS Ana Valeria Mejía Luna

## Consideraciones éticas

**Consentimiento informado.-** "Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan". El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía. <sup>166</sup>

**Respeto.-** reconocer, apreciar y valorar a mi persona, así como a los demás, y a mi entorno. Es establecer hasta dónde llegan mis posibilidades de hacer o no hacer, como base de toda convivencia en sociedad. Reconocer en sí y en los demás sus derechos y virtudes con dignidad, dándole a cada quién su valor.

Esta igualdad exige un trato atento y respetuoso hacia todos. El respeto se convierte en una condición de equidad y justicia, donde la convivencia pacífica se logra sólo si consideramos que este valor es una condición para vivir en paz con las personas que nos rodean. <sup>167</sup>

**Secreto profesional.-** es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia, obliga al médico aun después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al médico, sino lo que él vea y conozca, directa o indirectamente, sobre el proceso patológico y su vida, extendiéndose a su familia. <sup>168</sup>

Deber que tiene la enfermera de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado. De acuerdo al código de ética para las enfermeras dice: Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

---

<sup>166</sup> Nom 168 SSA1 del Expediente Clínico.

<sup>167</sup> Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2010.

<sup>168</sup> S/a; "Plan Nacional de Salud 2000 – 2005"



**Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

**Justicia.-** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.<sup>169</sup>

**Autonomía.-** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

**Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.<sup>170</sup>

**Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.<sup>171</sup>

**Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

---

<sup>169</sup> Sistema de vigilancia epidemiológica para el paciente diabético

<sup>170</sup> Secretaría de Salud; "México Sano"

<sup>171</sup> Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2010.

No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.<sup>172</sup>

**Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.<sup>173</sup>

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

---

<sup>172</sup> Martínez Navarro Antonio; “Salud Pública”

<sup>173</sup> Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2010

## **Tabulación y análisis**

Para juntar el total de resultados de las entrevistas y visitas domiciliarias, se hará por medio de paloteo, pregunta por pregunta del cuestionario aplicado a los Adultos Mayores Diabéticos del Hospital Juárez de México.

Posteriormente se vaciarán los datos obtenidos, realizando una base de datos en el Programa especializado en realización de estadísticas y por lo tanto automáticamente obtendrán los cuadros y las gráficas.

## **Presentación de los datos**

Se elaborará una base de datos partiendo de las entrevistas, utilizando el programa SPSS STATICS versión 18, y automáticamente se obtendrán los Cuadros y las Gráficas donde se elegirán la representación por graficas de barras para una mejor representación y visualización de los resultados.<sup>174</sup>

## **Análisis de datos**

Para la realización de esta investigación se tomó una población de 40 pacientes que contestaron una entrevista de 17 preguntas y al cuantificar los resultados obtuvimos que de los pacientes entrevistados el 55% de los pacientes son mujeres, mientras que los hombres corresponde a un 45 % de nuestra población, demostrando así que las mujeres son más propensas a padecer esta enfermedad de orden crónico degenerativo.

El porcentaje más alto corresponde al 52.5% y son casados. Los pacientes que elegimos para hacer la entrevista se encuentran en diferentes rangos de edad, el 67.5% tienen de 65 a 75 años, y solo 5% tienen más de 76 años.

De acuerdo a los datos estadísticos se observa que 72.5% de los pacientes viven en domicilio propio, otros pacientes corresponden a un 7.5% viven en casa de un hijo o en casa de algún familiar o de algún amigo y únicamente un 5% viven en un domicilio de algún desconocido.

---

<sup>174</sup> Mariona Monegal Ferran, "Manual del Programa SPSS 12.0"

La mayoría que son un 50% viven en familia nuclear, un 10% de los pacientes viven solos, el 37.5% viven en una familia extensa, y una baja población entrevistado refirió vivir en una familia extensa compuesta.

El 60% de ellos que son la mayoría nunca han sido hospitalizados por causa de la DM. Un 20% han sido hospitalizados una vez a causa de la DM, y otro 20% han sido hospitalizados por causa de la DM 2 o 3 veces.

La mayoría han presentado un 12.5% del insuficiencia venosa, perdida de piezas dentales y pie diabético y una baja población han presentado insuficiencia renal correspondiendo a un 2.5% y un 5% presentan retinopatía. O bien otros pacientes refieren tener dos o más complicaciones a la vez.

Mientras que en los servicio a los que acuden con mayor frecuencia son los siguientes, medicina interna equivalente al 15%, 10% además de acudir a medicina interna acuden a parte a vascular, solo un 7.5% asisten a cardiología, ginecología y gastro. Y solo un 5% acuden a nefrología, ortopedia, geriatría entre otros pero todos estos servicios agregándole medicina interna.

Las enfermedades más presentadas a parte de la diabetes mellitus entre nuestra población son las siguientes: un 25% presentan además hipertensión que son la mayoría, un 12.5% tienen problemas en el corazón, los pacientes que continuamente tienen infecciones en vías urinarias corresponden a un 10% y muy pocos solo el 5% tienen aterosclerosis e infecciones vaginales frecuentes.

El tratamiento médico con frecuencia es el control de la dieta en donde sólo un 15% la lleva a cabo, después un 70% ingiere pastillas (hipoglucemiantes) que es la mayoría de la población, y solo un 2.5% utiliza insulina de acción rápida así como de insulina de acción intermedia.

En cuanto si el paciente se apega al tratamiento la mayoría un 47.5% respondió ser apegad, y solo un 17% dijo que sinceramente no lo llevan a cabo y un 35% a veces lo hacen.

Las causas por las que no se apegan son las siguientes: un 17.5% contestaron que por falta de dinero así como constantemente olvidan su tratamiento, y solo un 12.5% no llevan correctamente su dieta.

Dentro de los riesgos que puede provocar la diabetes mellitus mencionaron lo siguiente: un 77.5% de los pacientes manifiestan que todos los riesgos pueden presentarse, pero un 5% se puede afectar su marcha, la realización de sus actividades diarias disminución de la visión y audición así como el descontrol de su azúcar. Y solo un 2.5% menciona que se puede afectar su visión y audición, su marcha y la realización de sus actividades diarias.

En las alteraciones del déficit de autocuidado se encontró que un 7.5% manifiesta que beben pocos líquidos, tienen alteración del sueño, les cuesta trabajo caminar y moverse. Pero por el otro lado; solo un 2.5% del resto de los pacientes refirieron que beben pocos líquidos, tienen alteraciones del sueño, ingieren escasos alimentos, padecen de problemas gastrointestinales, trabajan en exceso, se caen o se lastiman frecuentemente.

Un 55% de los pacientes saben que es el auto cuidado, encontrándose que un 87.5% conocen las medidas de autocuidado y que al mencionarlas sólo un 5% realmente mencionó todas estas medidas; pero por el otro lado solo un 45% no lo saben y por lo tanto un 12.5% no conocen estas medidas. Los pacientes que contestaron que si conocen las medidas de autocuidado comentan la importancia del tipo de alimentación específicamente dieta para diabético equivalente al 30%, sólo un 2.5% de los pacientes saben que deben tomar el medicamento de acuerdo a la indicación médica, un 12.5% reconocen de la vigilancia de glucosa en sangre. Un 12.5% mencionó la importancia de la dieta, el ejercicio y la toma de su medicamento y un 7.5% dijo además de lo anterior, el cuidado de los pies.

Al preguntárseles que si estarían interesados en recibir atención domiciliaria por parte de enfermería para que se les brindará una atención, un 70% respondieron estar de

acuerdo y solo un 17.5% manifestó que no podían recibir la atención ya que unos decían que trabajaban, otros porque nunca estaban en su casa o porque simplemente no les interesaba.

### **Interpretación de los datos**

Se eligió una población de pacientes de la cual la mayoría son mujeres, demostrando así la prevalencia de género y la predisposición que las mujeres presentan para padecer diabetes mellitus. La mayoría son casados y pertenecen al rango de edad mayor a 65 años, con mayor frecuencia viven en familias nucleares y extensas compuestas lo cual nos habla que cuenta con redes de apoyo de tipo familiar y por lo tanto el paciente todo el tiempo recibe el apoyo y el cuidado de su familia o de otro cuidador; por otro lado, encontramos pocos casos en los que los pacientes viven solos o con algún amigo e incluso nadie los visita y obviamente están en riesgo que les pueda suceder algún incidente en su casa o en la calle sin que alguien les pueda ayudar.

Bien se sabe que los pacientes adultos mayores padecen de pluripatologías en donde a parte de su diabetes mellitus la mayoría tienen enfermedades del corazón, hipertensión y problemas circulatorios. Se observa que la mayor parte de estos pacientes no han sido hospitalizados hasta ahora y los que han sido hospitalizados 2 o 3 veces son un porcentaje bajo. Las complicaciones más comunes entre los pacientes entrevistados son el pie diabético e insuficiencia venosa, y por lo tanto los servicios con mayor demanda de atención entre los pacientes adultos mayores con diabetes son los de medicina interna, vascular periférica, cardiología, nefrología, oftalmología, gastroenterología y ginecología.

Entre los medicamentos más utilizados para controlar la glucosa se encuentran la glibenclamida y la metformina, o bien la glibenclamida combinada con insulina de acción intermedia que son pocos los casos, también existen pacientes que no requieren ningún medicamento y que solo con llevar adecuadamente su dieta logra controlar su glucemia. La mayoría de los pacientes se consideran tener adherencia a su tratamiento, pero un bajo porcentaje no tienen un tratamiento adecuado todo por falta

de dinero, o porque constantemente lo olvidan, también porque no quieren aceptar su enfermedad o bien conocen perfectamente las consecuencias, pero no quieren modificar su estilo de vida.

Todos los pacientes manifestaron presentar alteraciones a su autocuidado pero las principales fueron, alteraciones en el sueño, alteraciones gastrointestinales, dificultad para moverse y realizar actividades físicas entre otras. La mayoría saben que es el autocuidado, una minoría no saben a lo que se refiere este término, por lo que es importante que todos los pacientes se familiaricen con el significado de autocuidado y de igual manera de las medidas de autocuidado específicas a su enfermedad.

La mayor parte de los pacientes refirieron, que si están interesados en recibir atención domiciliaria una vez a la semana durante un mes, permitiendo llevar un control de sus signos vitales y glucosa principalmente, mientras una minoría se mostró poco interesada.

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados obtenidos es evidente el déficit de autocuidado, ya que un 47.5 % de los pacientes se consideran apegados a su tratamiento y un 37.5% a veces se apega a su tratamiento y las causas por las que no llevan a cabo su tratamiento, no son precisamente por falta de dinero, sino por falta de disciplina y poco interés en modificar sus hábitos de vida diaria.

Es interesante que al preguntarles si conocen los principales riesgos que provoca la diabetes, la mayoría de los entrevistados respondió saber todos los riesgos. No obstante, aun así la deficiencia de autocuidado fue notable al estar dentro de sus domicilios y conocer su forma de vida y las condiciones en las que vive cada paciente, a su vez conocer otros factores que intervienen en sus hábitos alimenticios e higiénicos.

Cuando se les pregunto específicamente si sabían el significado de autocuidado, el 55% respondió correctamente de igual manera, el 87.5% respondió conocer las principales medidas de autocuidado, por lo cual concluimos, que el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos y sus medidas de autocuidado son conocidas en general por la población entrevistada, pero lo que les cuesta trabajo es apegarse al tratamiento porque no quieren cambiar sus hábitos de la vida diaria (su dieta es inapropiada, no quieren hacer ejercicio y no prestan atención a las complicaciones de la diabetes), así mismo no llevan a cabo las medidas de autocuidado específicas que ya conocen, haciendo así responsable al paciente y a su cuidador sobre su propio padecimiento.

## **SUGERENCIAS**

Analizando las deficiencias en las capacidades de autocuidado de la población estudiada se propone lo siguiente:

- Que dentro del Hospital Juárez de México se establezca un departamento que se enfoque a realizar visitas domiciliarias a pacientes vulnerables o de escasos recursos, creando varios equipos de trabajo, conformado por un Médico, Enfermera, Psicólogo, Nutriólogo y paramédico en donde ellos acudirán al domicilio, se realizará su entrevista por cada uno de ellos, se explorará al paciente, y se le brindará la atención que necesite en su domicilio, no haciendo menos las consultas que tenga en el hospital y explicándole que éstas también



son muy importantes para su médico que le lleva su padecimiento y que él pueda ver su mejoría o si necesita hacer modificaciones en su tratamiento.

- Se propone el formato de un plan de alta enfocado al paciente adulto mayor con diabetes mellitus abordando las medidas de autocuidado específicas dirigidas tanto al paciente como a los familiares.
- Se colocará en la consulta externa un cartel tamaño 90 X 60 cm, que representa gráficamente las medidas de autocuidado específicas de la Diabetes Mellitus el cual se pretende colocar en el servicio de consulta externa para que sea visible a la población en general.

Este material se brinda con el fin de seguir educando al paciente y a la familia ya que la educación es constante y dinámica, lo cual permitirá al paciente obtener herramientas que desarrollaran las capacidades de autocuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alberdi Castell R. -La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España". Rev Metas de Enfermería 2006; pp. 20-26.
- 2) Frenk J. -El concepto y medición de la accesibilidad". Revista de Salud Pública de México 2005; pp. 438-453.
- 3) Biblioteca Cochrane Plus -Encuesta Nacional de Salud 2009" (ISSN 1745-9990). número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
- 4) Carlos Arias, -Red de apoyo Social y bienestar Psicológico en personas de Edad" de Mar de Plata, Argentina, 2005 (Tesis de Maestría en Psicología Social).
- 5) Castañeda Hierro; -Enfermería ¿Cadena O Camino?", AAPAUNAM, Méx. 2006. pp. 7 a 15
- 6) Creus I Vigil M. -Gambio social y profesión enfermera". Rev Rol 2008. pp. 14-16.
- 7) Barquera S, Rivera-Dommarco JA, Gasca-García A. -Políticas y programas de alimentación y nutrición en México". Salud Pública Méx 2005; pp. 1-14.
- 8) Ma. Concepción López Luna -Enfermería Sanitaria" Interamericana año: 2006 pp. 44-48
- 9) Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar -Metodología de la Investigación". Mc Graw Hill, México 2006.
- 10) López Ruiz J. -Propuesta para el desarrollo profesional (I)". Enfermería Clínica 2009.Vol 10 (3): 114-116.
- 11) Luckmann, Joan, -Guiados de Enfermería" , Mc Graw - Hill Interamericana Primera edición, E.U.A. 2005
- 12) Marilyn Klainberg; Stephen Holzemer y Margaret Leonard. -Enfermería para la salud comunitaria; una alianza para la salud", Mc Graw Hill Colombia; 2007 pp. 205 a 221
- 13) Philip T. Hagen, -Clínica Mayo, Guía de Autocuidados", Edit. Benavides, México 2008, pp. 170 a 175.
- 14) Pinzón de Salazar, Lina. -El derecho a la información en salud". En boletín del centro de investigaciones y estudios bioéticos: Universidad de Caldas, 2005.
- 15) Potter/Perry; -Fundamentos de Enfermería Vol. I," Harcourt 7 Océano; España 2005

- 16) Sandra M. Nettina, RNC,MSN; -Enfermería Práctica de Lippincott" vol. I; Mc Graw Hill- Interamericana, México 2005, pp 122 a 137
- 17) Secretaria de Salud; -México Sano", México D.F, año 2, n° 10, 2007 (artículo periódico El Universal)
- 18) Ruth B. Freeman; -Enfermería Sanitaria", Interamericana, 2006, Barcelona, pp. 221 a 233  
Guillermina Domínguez Hernández; -Enfermería Sanitaria"; Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México, DF, 2005
- 19) Piedrola Gil; -Medicina Preventiva y Salud pública"; Masson, Barcelona, 2008.
- 20) Martínez Navarro Antonio; -Salud Pública"; Mc Graw Hill, Interamericana, Buenos Aires, 2010; pp. 703 a 711.
- 21) S/a; -Plan Nacional de Salud 2000 – 2005", Universidad Nacional Autónoma de México, Fac. de Derecho, México DF; 2005
- 22) T. Andreolli, "Cecil, Tratado de Medicina Interna", Mosby, México, 2006.
- 23) Lawrence M. Tierney, Víctor de la Garza Estrada, -Diagnostico Clínico y tratamiento", Edit. Manual Moderno, México, 2006.
- 24) Salgado Alba, -Manual de Geriatría", Edit. Masson, Madrid, España, 2007, pp. 86 a 120.
- 25) Mary M., -Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales al adulto mayor", Harcourt, Brace, Michigan, 2010, pp. 119 a 138.
- 26) Mariona Monegal Ferran, -Manual del Programa SPSS 12.0", Edit. Text guía, Madrid, 2009.
- 27) D.L. Carnevali. -Tratado de Geriatría y Gerontología", Interamericana, México, 2008, pp. 474 – 495.

### **Direcciones electrónicas**

- 1) [conferencias.salud.gob.mx/.../20\\_abr\\_1215\\_julio\\_frenk\\_esp.ppt](http://conferencias.salud.gob.mx/.../20_abr_1215_julio_frenk_esp.ppt)
- 2) <http://contrapeso.info/articulo-4-2763-69.html>
- 3) [http://serviciosocialipp.bligoo.com/content/view/181113/La\\_Visita\\_Domiciliaria.html](http://serviciosocialipp.bligoo.com/content/view/181113/La_Visita_Domiciliaria.html)

- 4) <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap2.pdf> –Capítulo 2  
Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales”  
M<sup>a</sup> José Noriega Borge Profesora Titular Fisiología E.U.E. –Casa de Salud  
Valdecilla” *Universidad de Cantabria* Misericordia García Hernández Enfermera.  
Profesora Titular Enfermería Geriátrica *E.U.E. Universidad de Barcelona* M<sup>a</sup> Pilar  
Torres Egea Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica *E.U.E.*  
*Universidad de Barcelona* Capítulo 2.
- 5) <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/56/> Ley de los Derechos de las Personas  
Adultas Mayores 2010.
- 6) <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap2.pdf>
- 7) <http://www.psiquiatria.com/noticias/demencias/epidemiologia/4482>
- 8) <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>
- 9) [www.enfermeriacomunitaria.org/congresoaecc@enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org/congresoaecc@enfermeriacomunitaria.org).
- 10) Wikipedia enciclopedia libre.com
- 11) [www.organizacionessociales.segob.gob.mx/.../politicas\\_de\\_salud.htm](http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/.../politicas_de_salud.htm)
- 12) [www.scribd.com/doc/6828900/SALUDPUBLICA1CONCEPTOSHISTORIA](http://www.scribd.com/doc/6828900/SALUDPUBLICA1CONCEPTOSHISTORIA)
- 13) <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf> Ley General de Salud d Reforma  
la Fracción I del Artículo 3o. de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas  
Mayores, a Cargo del Diputado Antonio Benítez Lucho, del Grupo Parlamentario del  
PRI
- 14) <http://www.dof.gob.mx/> Diario Oficial de la Federación 2009.
- 15) <http://www.sedesol.gob.mx> Secretaria de Desarrollo Social
- 16) <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp> Sistema de vigilancia  
epidemiológica para el paciente diabético

A  
N  
C  
X  
O  
S

## ENTREVISTA A PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

GÉNERO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS AGREGADOS: \_\_\_\_\_

### 1. Estado civil:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Divorciado
- 4) Viudo

### 2. Edad

- 1) 65 a 70 años
- 2) 71 a 75 años
- 3) Mas de 76 años

### 3. En donde usted vive es:

- 1) Domicilio propio
- 2) De un hijo
- 3) De algún familiar
- 4) De un amigo
- 5) Desconocido
- 6) Casa de descanso

### 4. ¿Con quién vive usted?

- 1) Solo
- 2) Familia nuclear
- 3) Familia extensa
- 4) Familia extensa compuesta

**5. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado por la Diabetes Mellitus en el último año?**

- 1) Ninguna
- 2) Es la primera vez
- 3) 2 o 3 veces
- 4) Más de 4 veces

**6. ¿Qué complicación ha presentado usted?**

- 1) Retinopatía
- 2) Pie diabético
- 3) Insuficiencia renal
- 4) Insuficiencia venosa
- 5) Neuropatía
- 6) Pérdida de piezas dentales

**7. ¿En cuál de los siguientes servicios está recibiendo atención médica?**

- 1) Neurocirugía
- 2) Vascular
- 3) Cardiología
- 4) Oncología
- 5) Ginecología
- 6) Nefrología
- 7) Urología
- 8) Ortopedia
- 9) Inhalo terapia
- 10) Rehabilitación
- 11) Medicina interna
- 12) Oftalmología
- 13) Gastroenterología
- 14) Dermatología
- 15) Dietóloga

**8. ¿Qué enfermedades ha presentado a parte de la Diabetes Mellitus?**

- 1) Enfermedades coronarias (del corazón)
- 2) Embolia (EVC)
- 3) Hipertensión
- 4) Aterosclerosis
- 5) Infección de vías urinarias frecuentes
- 6) Infecciones vaginales recurrentes
- 7) Atrofia en los sitios de inyección de insulina
- 8) Otras: \_\_\_\_\_

**9. ¿Qué medicamento utiliza para controlar su DM?**

- 1) Pastillas para bajar el azúcar
- 2) Insulina rápida
- 3) Insulina intermedia
- 4) Ninguno

**10. ¿Se considera usted una persona apegada a su tratamiento?**

- 1) Si
- 2) No
- 3) A veces

**11. ¿Las causas por las que no se apega a su tratamiento es alguna de la siguientes?**

- 1) Falta de dinero
- 2) Usted no sabe que medicamento toma ya que solo lo administra su familiar o cuidador.
- 3) Constantemente olvida su tratamiento
- 4) Lleva una dieta inadecuada

**12. ¿Qué riesgos cree usted que puede provocar el descontrol de su Diabetes Mellitus?**

- 1) Obesidad
- 2) Desnutrición
- 3) Afectar su marcha
- 4) Disminuir su visión
- 5) En la realización de sus actividades diarias
- 6) Descontrol de la azúcar en sangre
- 7) Todas las anteriores

**13. De las siguientes opciones ¿cual se encuentra alterada en su persona?**

- 1) Le falta el aire
- 2) Bebe pocos líquido
- 3) Ingiere escasos alimentos
- 4) Tiene problemas urinarios
- 5) Tiene problemas gastrointestinales
- 6) Trabaja en exceso
- 7) Alteraciones en el sueño
- 8) Prefiere la soledad a estar con sus seres queridos
- 9) Tiene mala comunicación con sus familiares y amigos
- 10) Se cae o se lastima frecuentemente
- 11) Le cuesta trabajo caminar o realizar algunos movimientos
- 12) No ve, o no escucha bien.
- 13) No tiene ganas de arreglarse



**14. ¿Sabe usted que es el autocuidado?**

- 1) Si
- 2) No

**15. ¿Conoce usted las medidas de autocuidado que se deben llevar a cabo cuando se padece de diabetes Mellitus?**

- 1) Si
- 2) No

**16. ¿Qué medidas de autocuidado conoce para prevenir que progrese su enfermedad?**

- 1) Dieta para diabético
- 2) Ejercicio
- 3) Tomar el medicamento de acuerdo a la indicación médica
- 4) Cuidado de los pies y heridas
- 5) Revisión médica de los ojos
- 6) Vigilancia de la azúcar

**17. ¿Está de acuerdo en recibir visitas de enfermería en su domicilio, para realizar una vigilancia estrecha y así favorecer su salud llevando a cabo acciones de autocuidado en su persona?**

- 1) De acuerdo
- 2) En desacuerdo
- 3) Indiferente

**ELABORADO POR:**

- ✿ PLESS MARTINEZ SERRANO MARA IRZA
- ✿ PLESS MEJIA LUNA ANA VALERIA

**ASESORADO POR:**

- ✿ MAESTRA JUANA LAURA DÍAZ HOFFAY



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM



**CERTIFICACION DE ATENCION DOMICILIARIA Y PLAN DE ATENCION**

NOMBRE:		EDAD:	GENERO:
FECHA DE INICIO DE LA ATENCIÓN:		PERIODO DE ATENCIÓN:	
TELEFONO:		DESDE:	ANTES:
DIRECCIÓN:			
NOMBRE DEL FAMILIAR:			
TELEFONO:		OTRO TELEFONO:	
DIRECCIÓN:			

FECHA DE NACIMIENTO	
DX PRINCIPAL:	OTROS DX:
MEDICAMENTOS/ FRECUENCIA/ VIA DE ADMIN./ NUEVO/ CAMBIADO	
EQUIPO MEDICO Y SUMINISTROS:	
MEDIDAS DE SEGURIDAD:	
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES:	
ALERGIAS:	
LIMITACIONES FUNCIONALES:	
A) AMPUTACION	G) DEAMBULACION
B) INCONTINENCIA (INTESTINAL / VESICAL)	H) HABLA
C) CONTRACTURA	I) CEGUERA
D) AUDICION	J) DISNEA CON EJERCICIO MINIMO
E) PARALISIS	K) OTRO:
F) RESISTENCIA	
ACTIVIDADES PERMITIDAS:	
A) REPOSO ABSOLUTO	H) MULETAS
B) REPOSO EN CAMA	I) BASTON
C) INCORPORAR SEGÚN TOLERANCIA	J) SILLA DE RUEDAS
D) TRASLADO CAMA/SILLA	K) CAMINADOR

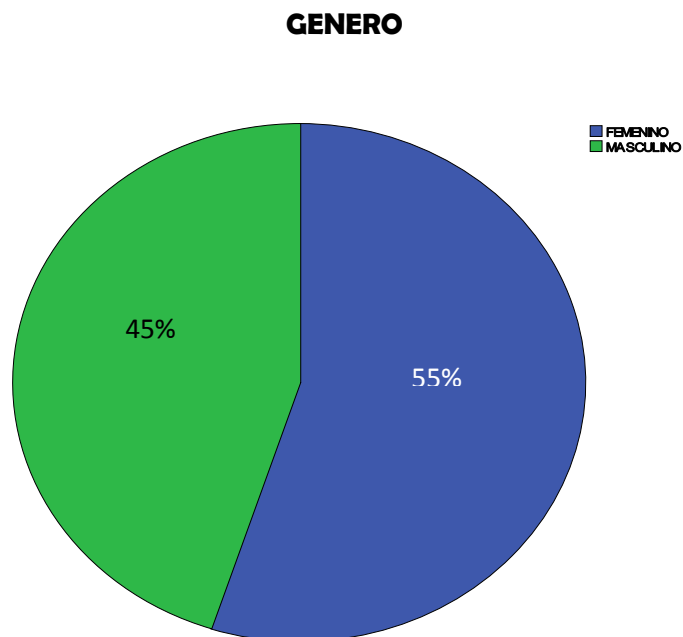
E) EJERCICIOS PRESCRITOS	L) SIN RESTRICCIONES
F) SOPORTE PARCIAL DE PESO	M) OTRO (ESPECIFIQUE):
G) INDEPENDIENTE EN EL HOGAR	
ESTADO MENTAL:	
A) ORIENTADO	E) DESORIENTADO
B) COMATOSO	F) SOMNOLIENTO
C) AMNESICO	G) AGITADO
D) DEPRIMIDO	H) OTRO:
PRONOSTICO:	
A) POBRE	B) RESERVADO
C) REGULAR	D) BUENO
E) EXCELENTE	
INDICACIONES SUMINISTRADAS / RESPUESTAS DEL PACIENTE O LA FAMILIA:	
PROBLEMAS NUEVOS EN ESTA VISITA (Dx PRIMARIO- OTROS Dx PERTINENTES INCLUYENDO Dx DE ENFERMERIA):	INTERVENCION DE ENFERMERIA (SEÑALE LOS MARCOS TEMPORALES PARA LA SOLUCIÓN.)
A) NUEVO	B) PERMANENTE
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
PLANES PARA LA PROXIMA VISITA:	
¿EXISTE EN EL HOGAR UN ENCARGADO DE LA ATENCIÓN CONTRATADO PARTICULARMENTE?	
A) SI	B) NO
NOMBRE DEL CUIDADOR?	HORARIO:
METAS - CORTO PLAZO (Y MARCOS TEMPORALES)	
PLANES DE ALTA:	
FECHA DE LA PROXIMA VISITA:	
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR:	FIRMA DE LA ENFERMERA:

**CUADRO N° 1**

		GENERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEMENINO	22	55,0	55,0	55,0
	MASCULINO	18	45,0	45,0	100,0
Total		40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista realizada a 40 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus que acuden al servicio de consulta externa, sobre “Conocimiento de las medidas de auto cuidado para evitar las complicaciones de la diabetes”, realizada del 1° al 4 de julio del 2010.

**GRAFICA N° 1**



FUENTE: Entrevista realizada a 40 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus sobre “Conocimiento de las medidas de auto cuidado para evitar las complicaciones de la diabetes”.

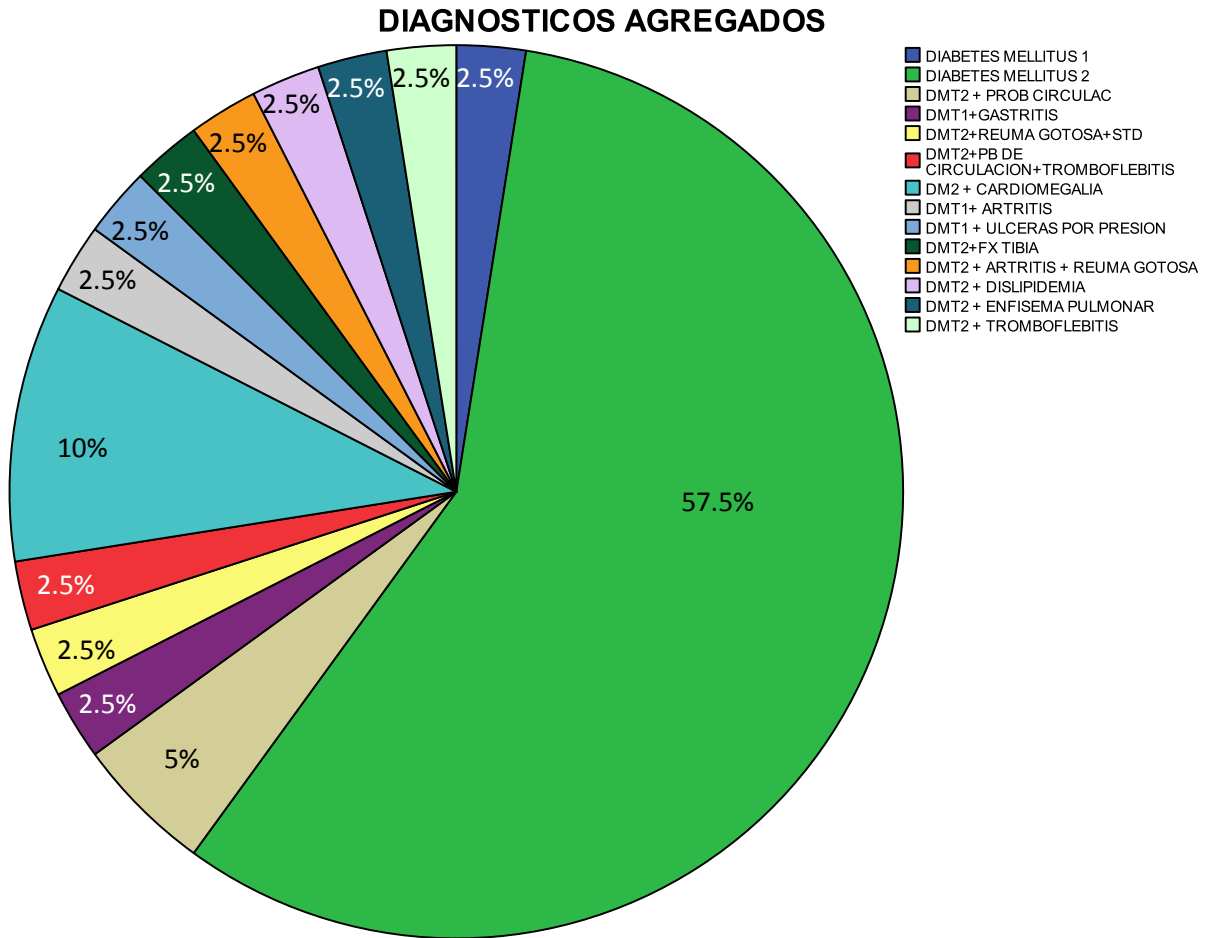
**CUADRO N° 2**

**DIAGNOSTICOS AGREGADOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DIABETES MELLITUS 1	1	2,5	2,5	2,5
	DIABETES MELLITUS 2	23	57,5	57,5	60,0
	DMT2 + PROB CIRCULAC	2	5,0	5,0	65,0
	DMT1+GASTRITIS	1	2,5	2,5	67,5
	DMT2+REUMA GOTOSA+STD	1	2,5	2,5	70,0
	DMT2+PB DE	1	2,5	2,5	72,5
	CIRCULACION+TROMBOFLEBITIS				
	DM2 + CARDIOMEGALIA	4	10,0	10,0	82,5
	DMT1+ ARTRITIS	1	2,5	2,5	85,0
	DMT1 + ULCERAS POR PRESION	1	2,5	2,5	87,5
	DMT2+FX TIBIA	1	2,5	2,5	90,0
	DMT2 + ARTRITIS + REUMA GOTOSA	1	2,5	2,5	92,5
	DMT2 + DISLIPIDEMIA	1	2,5	2,5	95,0
	DMT2 + ENFISEMA PULMONAR	1	2,5	2,5	97,5
	DMT2 + TROMBOFLEBITIS	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus"

**GRÁFICA N° 2**



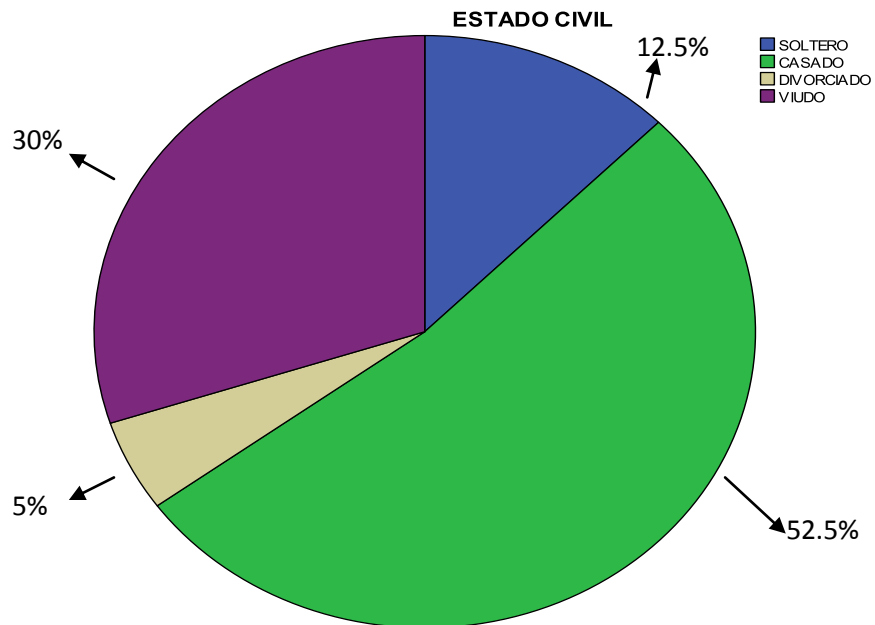
FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.

**CUADRO N°3**

		ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO	5	12,5	12,5	12,5
	CASADO	21	52,5	52,5	65,0
	DIVORCIADO	2	5,0	5,0	70,0
	VIUDO	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N° 3**



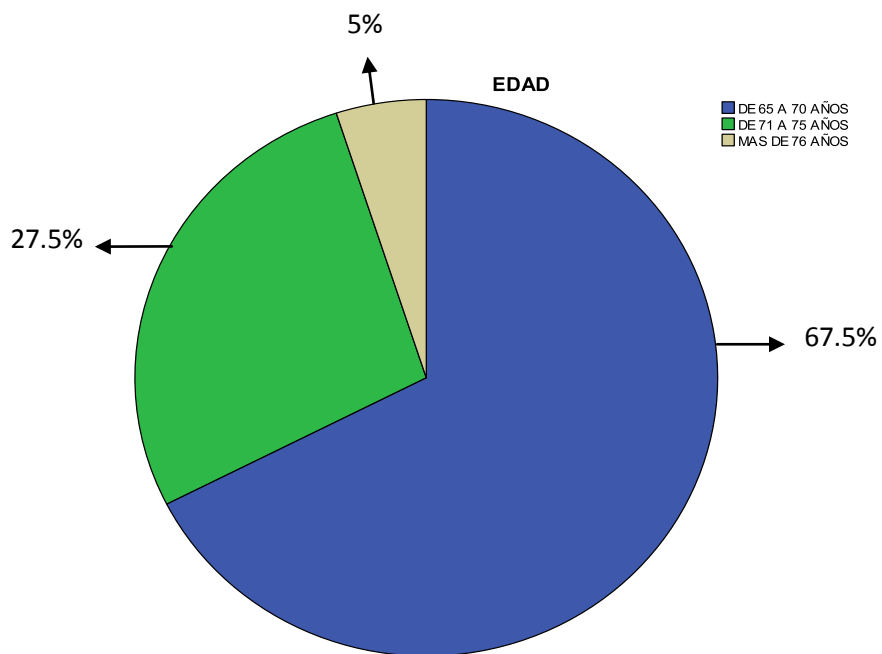
FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**CUADRO N°4**

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 65 A 70 AÑOS	27	67,5	67,5	67,5
	DE 71 A 75 AÑOS	11	27,5	27,5	95,0
	MAS DE 76 AÑOS	2	5,0	5,0	100,0
Total		40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°4**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".



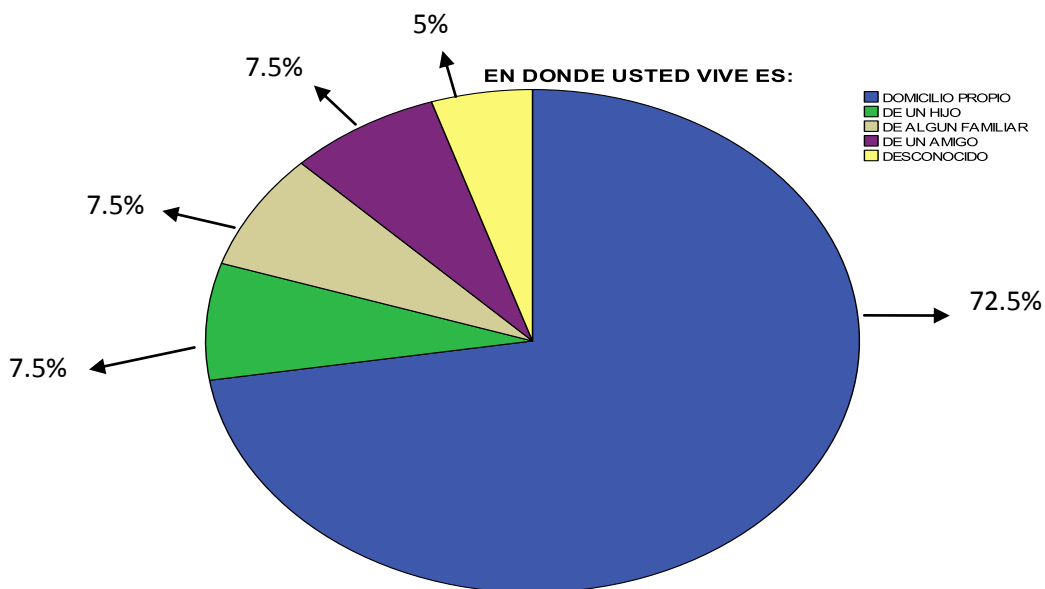
**CUADRO N°5**

EN DONDE USTED VIVE ES:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DOMICILIO PROPIO	29	72,5	72,5	72,5
	DE UN HIJO	3	7,5	7,5	80,0
	DE ALGUN FAMILIAR	3	7,5	7,5	87,5
	DE UN AMIGO	3	7,5	7,5	95,0
	DESCONOCIDO	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°5**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

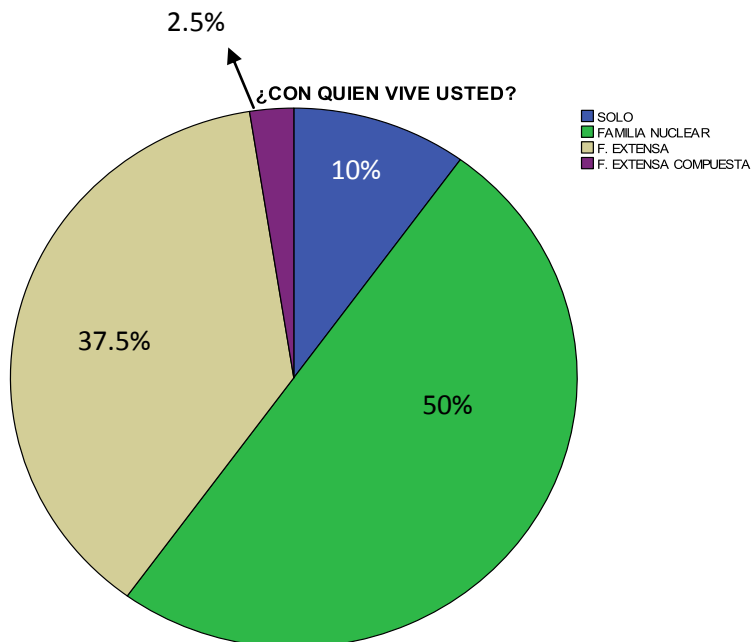
**CUADRO N°6**

¿CON QUIEN VIVE USTED?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLO	4	10,0	10,0	10,0
	FAMILIA NUCLEAR	20	50,0	50,0	60,0
	F. EXTENSA	15	37,5	37,5	97,5
	F. EXTENSA COMPUESTA	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°6**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

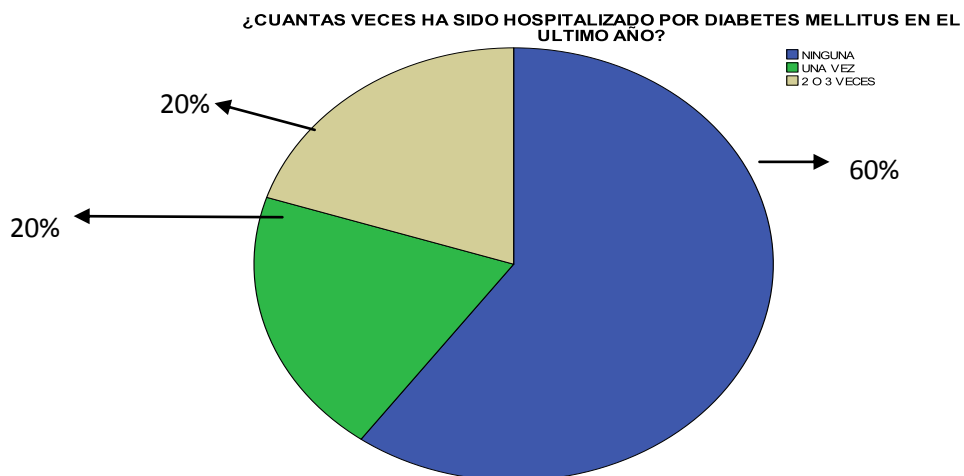
**CUADRO N°7**

**¿CUANTAS VECES HA SIDO HOSPITALIZADO POR DIABETES MELLITUS EN EL ÚLTIMO AÑO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNA	24	60,0	60,0	60,0
	UNA VEZ	8	20,0	20,0	80,0
	2 O 3 VECES	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°7**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**CUADRO N°8**

**¿QUE COMPLICACION HA PRESENTADO USTED?**

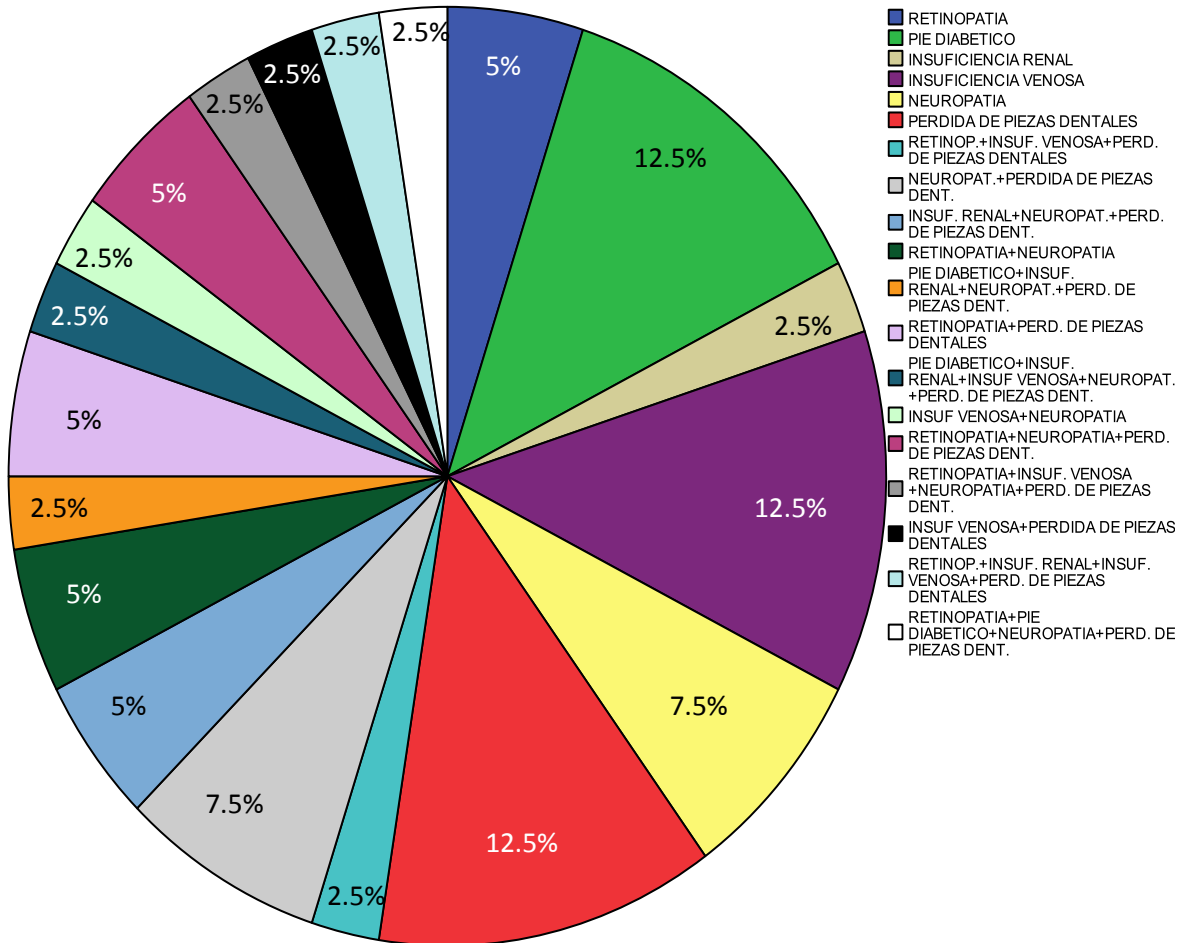
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RETINOPATIA	2	5,0	5,0	5,0
	PIE DIABETICO	5	12,5	12,5	17,5
	INSUFICIENCIA RENAL	1	2,5	2,5	20,0
	INSUFICIENCIA VENOSA	5	12,5	12,5	32,5
	NEUROPATIA	3	7,5	7,5	40,0
	PERDIDA DE PIEZAS DENTALES	5	12,5	12,5	52,5
	RETINOP.+INSUF.	1	2,5	2,5	55,0
	VENOSA+PERD. DE PIEZAS DENTALES				
	NEUROPAT.+PERDIDA DE PIEZAS DENT.	3	7,5	7,5	62,5
	INSUF.	2	5,0	5,0	67,5
	RENAL+NEUROPAT.+PERD. DE PIEZAS DENT.				
	RETINOPATIA+NEUROPATIA	2	5,0	5,0	72,5
	PIE DIABETICO+INSUF.	1	2,5	2,5	75,0
	RENAL+NEUROPAT.+PERD. DE PIEZAS DENT.				
	RETINOPATIA+PERD. DE PIEZAS DENTALES	2	5,0	5,0	80,0
	PIE DIABETICO+INSUF.	1	2,5	2,5	82,5
	RENAL+INSUF				
	VENOSA+NEUROPAT.+PERD. DE PIEZAS DENT.				
	INSUF	1	2,5	2,5	85,0
	VENOSA+NEUROPATIA				
	RETINOPATIA+NEUROPATIA +PERD. DE PIEZAS DENT.	2	5,0	5,0	90,0

RETINOPATIA+INSUF. VENOSA +NEUROPATIA+PERD. DE PIEZAS DENT.	1	2,5	2,5	92,5
INSUF VENOSA+PERDIDA DE PIEZAS DENTALES	1	2,5	2,5	95,0
RETINOP.+INSUF. RENAL+INSUF. VENOSA+PERD. DE PIEZAS DENTALES	1	2,5	2,5	97,5
RETINOPATIA+PIE DIABETICO+NEUROPATIA+P ERD. DE PIEZAS DENT.	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°8**

**¿QUE COMPLICACION HA PRESENTADO USTED?**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**CUADRO N°9**

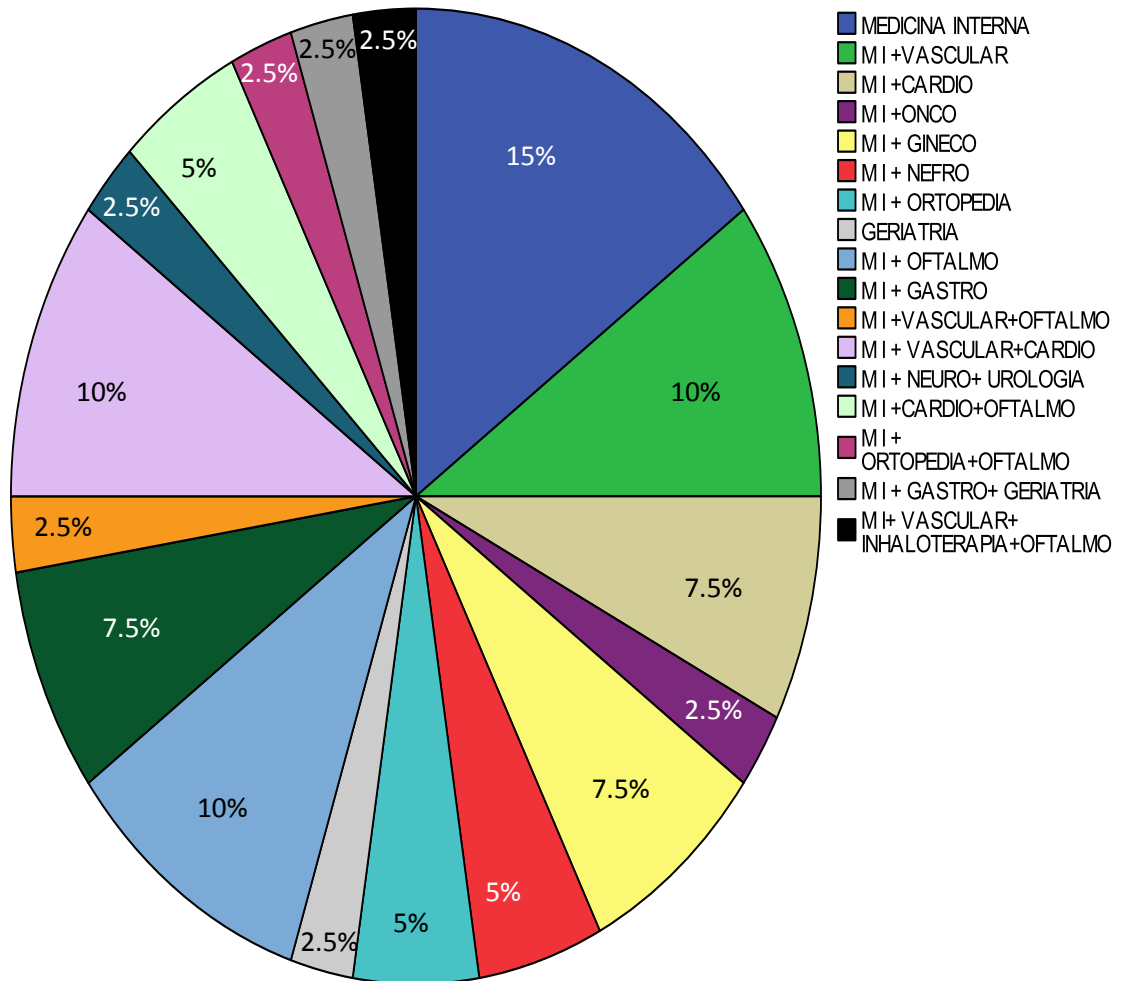
**¿EN CUAL DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS ESTA RECIBIENDO ATENCION MEDICA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MEDICINA INTERNA	6	15,0	15,0	15,0
	M I +VASCULAR	4	10,0	10,0	25,0
	M I +CARDIO	3	7,5	7,5	32,5
	M I +ONCO	1	2,5	2,5	35,0
	M I + GINECO	3	7,5	7,5	42,5
	M I + NEFRO	2	5,0	5,0	47,5
	M I + ORTOPEdia	2	5,0	5,0	52,5
	GERIATRIA	1	2,5	2,5	55,0
	M I + OFTALMO	4	10,0	10,0	65,0
	M I + GASTRO	3	7,5	7,5	72,5
	M I +VASCULAR+OFTALMO	1	2,5	2,5	75,0
	M I + VASCULAR+CARDIO	4	10,0	10,0	85,0
	M I + NEURO+ UROLOGIA	1	2,5	2,5	87,5
	M I +CARDIO+OFTALMO	2	5,0	5,0	92,5
	M I + ORTOPEdia+OFTALMO	1	2,5	2,5	95,0
	M I + GASTRO+ GERIATRIA	1	2,5	2,5	97,5
	M I+ VASCULAR+	1	2,5	2,5	100,0
	INHALOTERAPIA+OFTALMO				
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°9**

**¿EN CUAL DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS ESTA RECIBIENDO ATENCION MEDICA?**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".



**CUADRO N°10**

**¿QUE ENFERMEDADES HA PRESENTADO A PARTE DE LA DIABETES MELLITUS?**

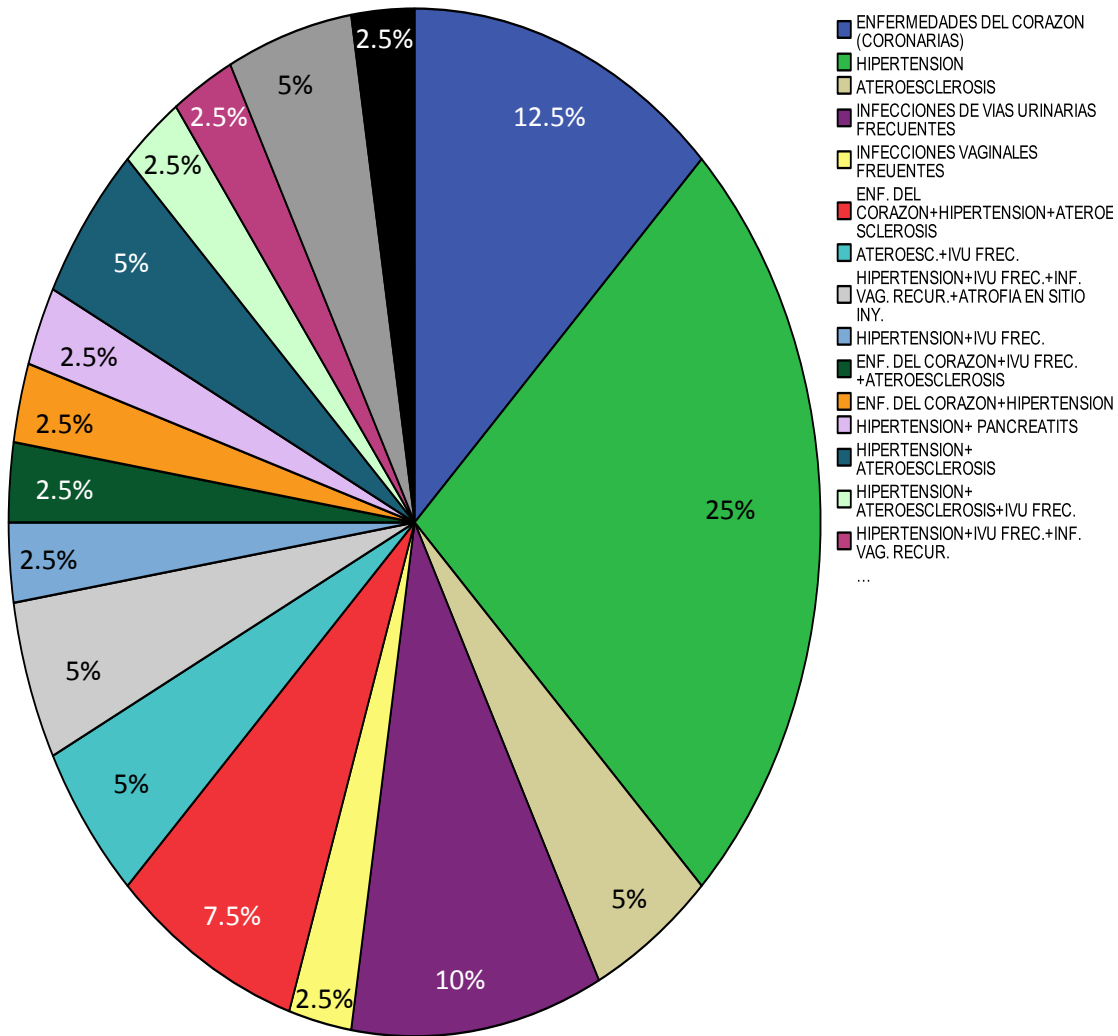
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ENFERMEDADES DEL CORAZON (CORONARIAS)	5	12,5	12,5	12,5
	HIPERTENSION	10	25,0	25,0	37,5
	ATEROESCLEROSIS	2	5,0	5,0	42,5
	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS FRECUENTES	4	10,0	10,0	52,5
	INFECCIONES VAGINALES FREUENTES	1	2,5	2,5	55,0
	ENF. DEL CORAZON+HIPERTENSION+ ATEROESCLEROSIS	3	7,5	7,5	62,5
	ATEROESC. +IVU FREC.	2	5,0	5,0	67,5
	HIPERTENSION+IVU FREC.+INF. VAG.	2	5,0	5,0	72,5
	RECUR.+ATROFIA EN SITIO INY.				
	HIPERTENSION+IVU FREC.	1	2,5	2,5	75,0
	ENF. DEL CORAZON+IVU FREC.+ATEROESCLEROSIS	1	2,5	2,5	77,5
	ENF. DEL CORAZON+HIPERTENSION	1	2,5	2,5	80,0
	HIPERTENSION+ PANCREATITS	1	2,5	2,5	82,5
	HIPERTENSION+ ATEROESCLEROSIS	2	5,0	5,0	87,5
	HIPERTENSION+ ATEROESCLEROSIS+IVU FREC.	1	2,5	2,5	90,0

HIPERTENSION+IVU FREC. +INF. VAG. RECUR.	1	2,5	2,5	92,5
HIPERTENSION +INF. VAG. RECUR.	2	5,0	5,0	97,5
EMBOLIA+HIPERTENSION+A TEROESCLEROSIS	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°10**

**¿QUE ENFERMEDADES HA PRESENTADO A PARTE DE LA DIABETES MELLITUS?**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

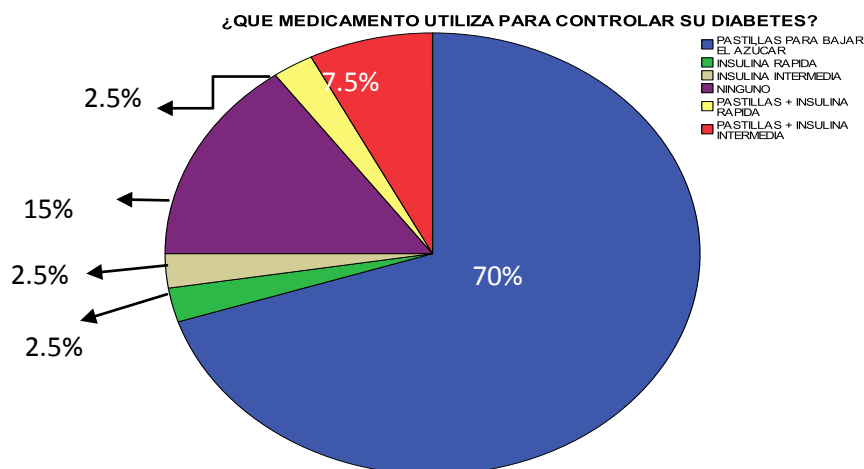
**CUADRO N°11**

**¿QUE MEDICAMENTO UTILIZA PARA CONTROLAR SU DIABETES?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PASTILLAS PARA BAJAR EL AZÚCAR	28	70,0	70,0	70,0
	INSULINA RAPIDA	1	2,5	2,5	72,5
	INSULINA INTERMEDIA	1	2,5	2,5	75,0
	NINGUNO	6	15,0	15,0	90,0
	PASTILLAS + INSULINA RAPIDA	1	2,5	2,5	92,5
	PASTILLAS + INSULINA INTERMEDIA	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°11**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**CUADRO N°12**

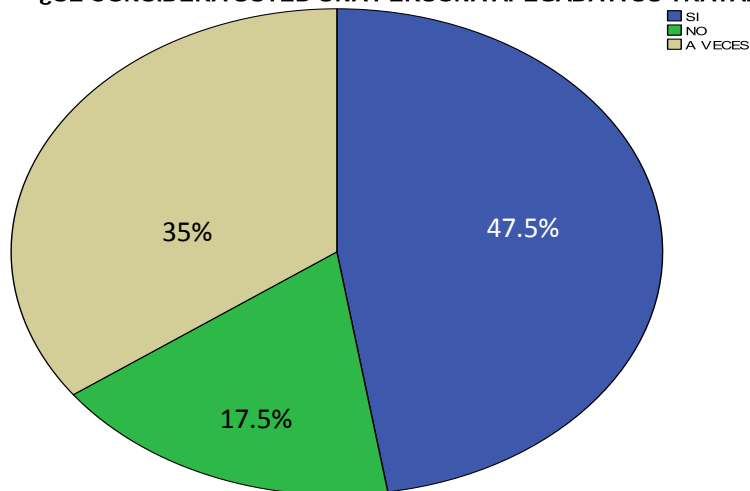
**¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA APEGADA A SU TRATAMIENTO?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	19	47,5	47,5	47,5
NO	7	17,5	17,5	65,0
A VECES	14	35,0	35,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°12**

**¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA APEGADA A SU TRATAMIENTO?**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**CUADRO N°13**

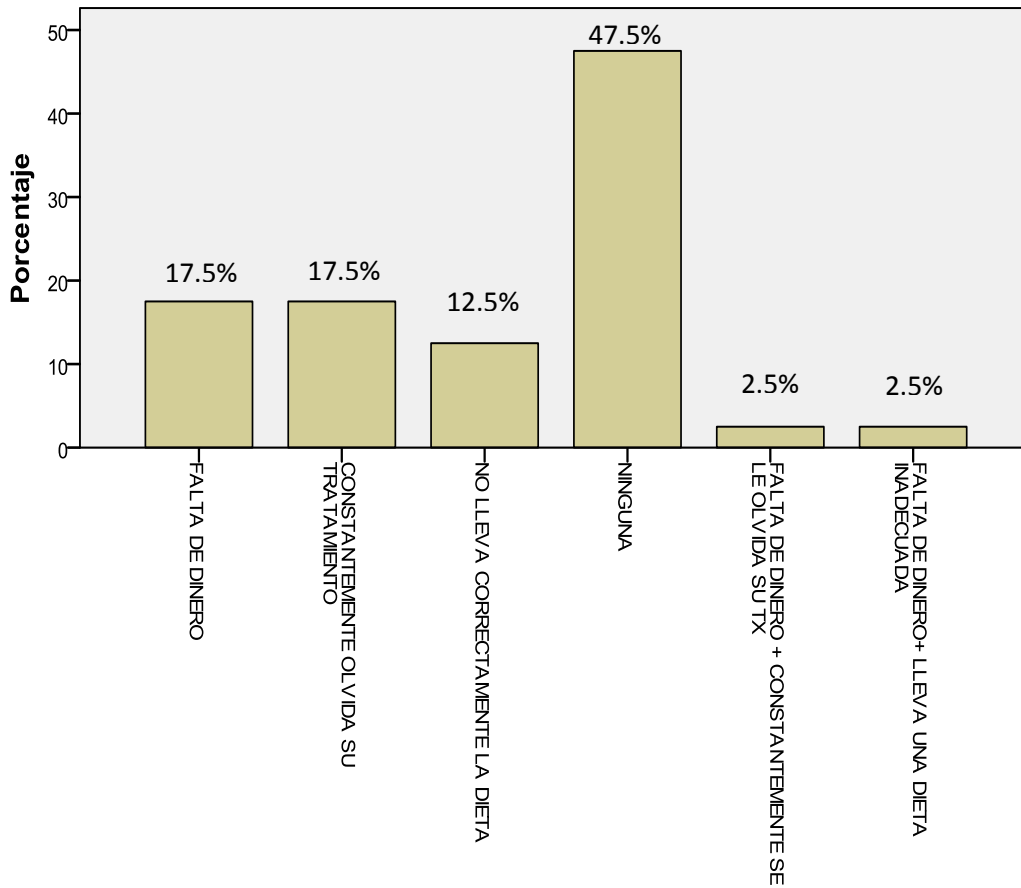
**¿CUALES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO SE APEGA A SU TRATAMIENTO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FALTA DE DINERO	7	17,5	17,5	17,5
	CONSTANTEMENTE OLVIDA SU TRATAMIENTO	7	17,5	17,5	35,0
	NO LLEVA CORRECTAMENTE LA DIETA	5	12,5	12,5	47,5
	NINGUNA	19	47,5	47,5	95,0
	FALTA DE DINERO + CONSTANTEMENTE SE LE OLVIDA SU TX	1	2,5	2,5	97,5
	FALTA DE DINERO+ LLEVA UNA DIETA INADECUADA	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°13**

**¿CUALES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO SE APEGA A SU TRATAMIENTO?**



FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.

**CUADRO N°14**

**¿QUE RIESGOS CREE USTED QUE PUEDE PROVOCAR EL DESCONTROL DE SU DIABETES?**

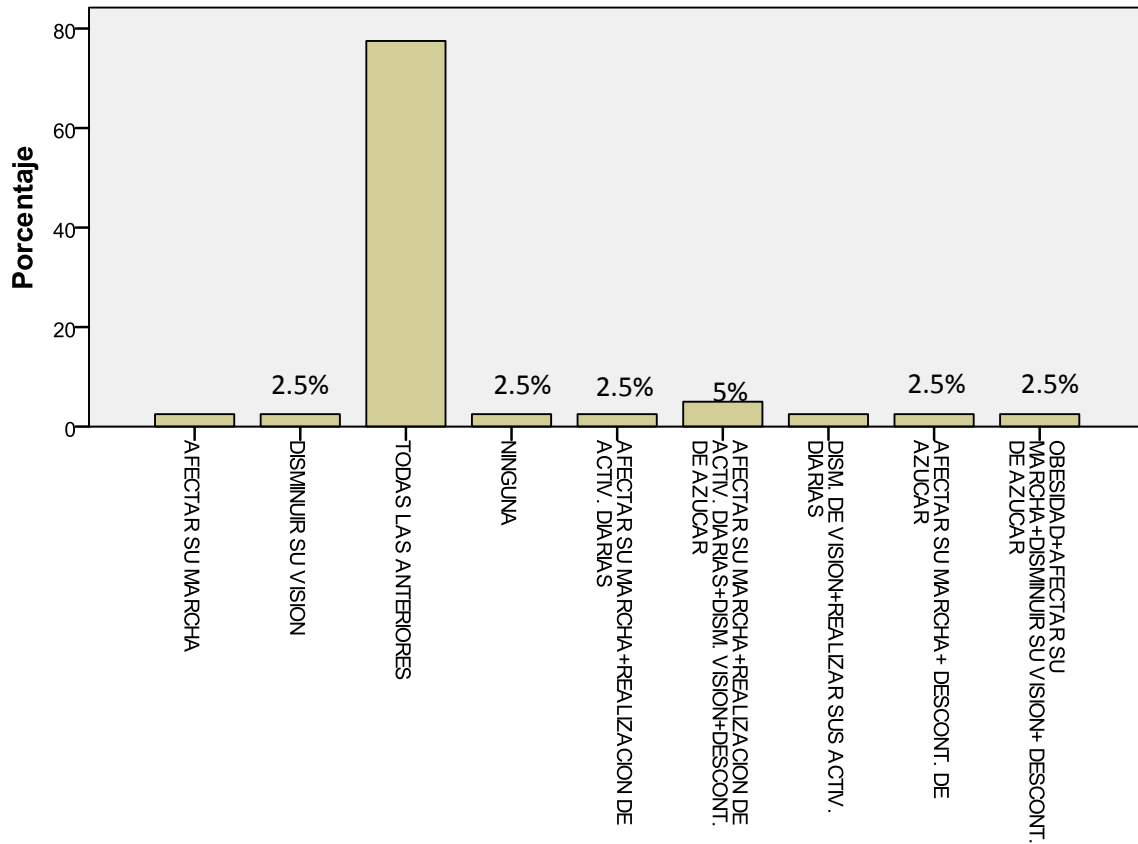
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AFECTAR SU MARCHA	1	2,5	2,5	2,5
	DISMINUIR SU VISION	1	2,5	2,5	5,0
	TODAS LAS ANTERIORES	31	77,5	77,5	82,5
	NINGUNA	1	2,5	2,5	85,0
	AFECTAR SU MARCHA+REALIZACION DE ACTIV. DIARIAS	1	2,5	2,5	87,5
	AFECTAR SU MARCHA+REALIZACION DE ACTIV. DIARIAS+DISM. VISION+DESCONT. DE AZUCAR	2	5,0	5,0	92,5
	DISM. DE VISION+REALIZAR SUS ACTIV. DIARIAS	1	2,5	2,5	95,0
	AFECTAR SU MARCHA+DESCONT. DE AZUCAR	1	2,5	2,5	97,5
	OBESIDAD+AFECTAR SU MARCHA+DISMINUIR SU VISION+ DESCONT. DE AZUCAR	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.



**GRAFICA N°14**

**¿QUE RIESGOS CREE USTED QUE PUEDE PROVOCAR EL DESCONTROL DE SU DIABETES?**



FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.

**CUADRO N°15**

**DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ¿CUAL SE ENCUENTRA ALTERADA EN SU PERSONA?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
BEBE POCOS LIQUIDOS	1	2,5	2,5	2,5
SE CAE O SE LASTIMA FRECUENTEMENTE	1	2,5	2,5	5,0
NO VE O, NO ESCUCHA BIEN	2	5,0	5,0	10,0
BEBE POCOS LIQ.+ALTER. DEL SUEÑO	2	5,0	5,0	15,0
INGESTA ESCASA DE ALIM.+PB	2	5,0	5,0	20,0
GASTROINTEST.+TRABAJO EN EXCESO+ALTERAC. DEL SUEÑO+SE CAE O SE LASTIMA FREC.	1	2,5	2,5	22,5
PB URINARIOS+PB GASTROINTEST.+PREFIERE LA SOLEDAD+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS	1	2,5	2,5	25,0
BEBE POCOS LIQ.+PB URINARIOS+PB GASTROINTEST.+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS.+NO TIENE GANAS DE ARREGLARSE	2	5,0	5,0	30,0
PB GASTROINTEST.+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS.	1	2,5	2,5	32,5
PB GASTROINTEST.+ALTERAC. DEL SUEÑO+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS.				

LE FALTA AIRE+BEBE POCO LIQ+ PB GASTRO+ALT DEL SUEÑO+SOLEDAD+MALA COMUNICACION+DIFIC. P/CAMINAR O MOVS+NO VE	1	2,5	2,5	35,0
BEBE POCOS LIQ.+ALTER. DEL SUEÑO+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS.	3	7,5	7,5	42,5
TODAS SE ENCUENTRAN ALTERADAS	1	2,5	2,5	45,0
PB GASTROINTEST.+ALTERAC. DEL SUEÑO	1	2,5	2,5	47,5
BEBE POCOS LIQ.+PB URINARIOS+INGESTA ESCASO ALIM.+LE CUESTA TRABAJO CAMINAR Y MOVS.+NO VE+NO TIENE GANAS DE ARREGLARSE	1	2,5	2,5	50,0
BEBE POCOS LIQ.+PB URINARIOS+PB GASTROINTEST.+TRABAJO EXCESIVO+NO TIENE GANAS DE ARREGLARSE+ALT SUEÑO+NO ESCUCHA	1	2,5	2,5	52,5
BEBE POCOS LIQ.+PB GASTROINTEST.+NO VE BIEN	2	5,0	5,0	57,5
FALTA DE AIRE+BEBE POCOS LIQ.+ESCASO ALIM+PB GASTRO+ALTER. DEL SUEÑO+SOLEDAD+DIFIC. PARA CAMINAR Y MOVS	1	2,5	2,5	60,0
BEBE POCOS LIQ.+ESCASO ALIM+PB URIN+ALTER. DEL SUEÑO+NO VE BIEN	2	5,0	5,0	65,0

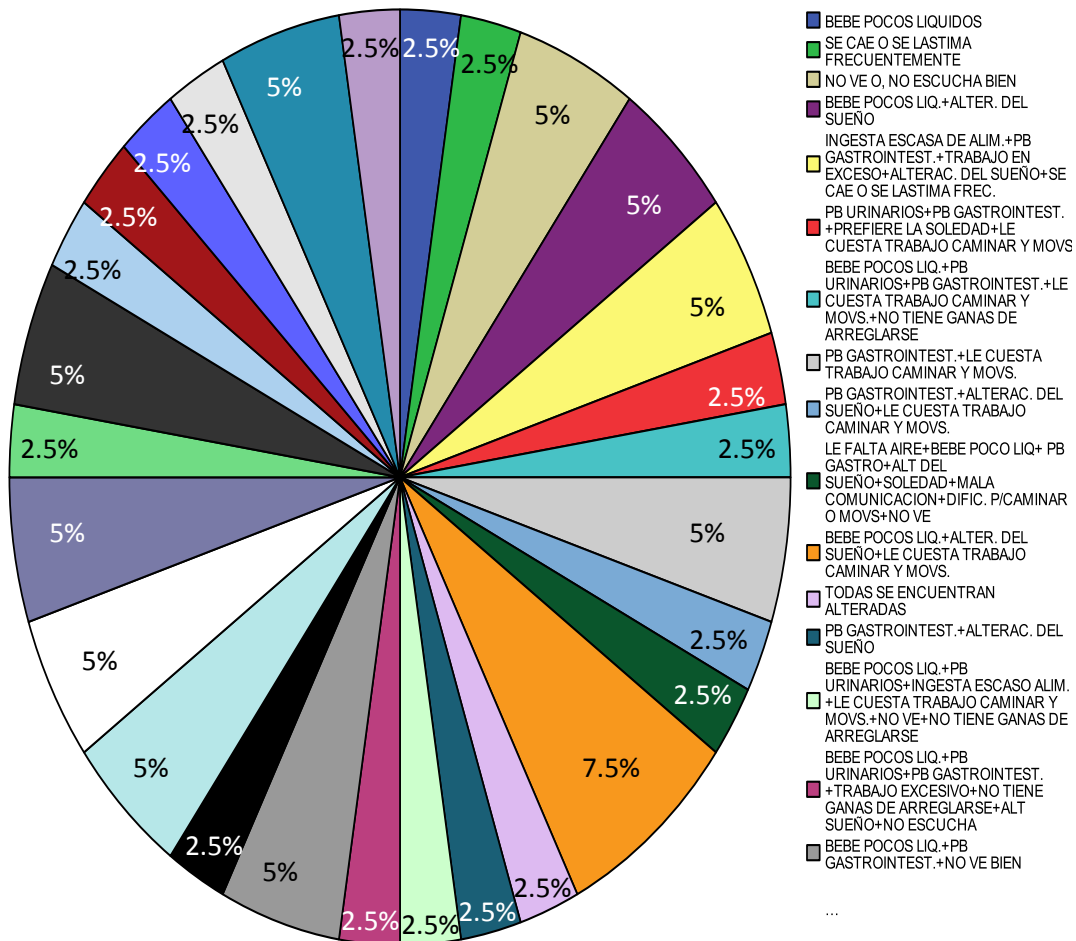
BEBE POCOS LIQ.+ESCASO ALIM+PB GASTRO+ALTER. DEL SUEÑO+DIFIC PARA CAMINAR Y MOV+S+NO VE+SIN GANAS ARREGALRSE	2	5,0	5,0	70,0
FALTA DE AIRE+PB GASTRO+ALTER. DEL SUEÑO+SOLEDAD+NO ESCUCHA BIEN	2	5,0	5,0	75,0
ALTER. DEL SUEÑO+NO VE BIEN	1	2,5	2,5	77,5
FALTA DE AIRE+BEBE POCOS LIQ.+PB GASTRO+TRABAJO EXCESIVO+NO VE NO ESCUCHA BIEN	2	5,0	5,0	82,5
ESCASO ALIM+ALTER. DEL SUEÑO+DIFIC PARA CAMINAR Y MOV+S+NO VE+MALA COMUNICACION+SE LASTIMA FREC.	1	2,5	2,5	85,0
PB URINARIOS+PB GASTROINTEST.+ALT. DEL SUEÑO+MALA COMUNICACION+SE LASTIMA FREC.+SIN GANAS DE ARREGLARSE	1	2,5	2,5	87,5
FALTA DE AIRE+DIFIC. PARA CAMINAR Y MOV+S.	1	2,5	2,5	90,0
FALTA DE AIRE+BEBE POCOS LIQ.+PB URINARIOS+ALTER. DEL SUEÑO+SE LASTIMA FREC.+DIFIC. PARA CAMINAR Y MOV+S+NO ESCUCHA	1	2,5	2,5	92,5

FALTA DE AIRE+PB URINARIOS+TRABAJO EXCESIVO+NO VE NO ESCUCHA BIEN	2	5,0	5,0	97,5
PB URINARIOS+PB GASTROINTEST.+NO VE NO ESCUCHA BIEN	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°15**

**DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ¿CUAL SE ENCUENTRA ALTERADA EN SU PERSONA?**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

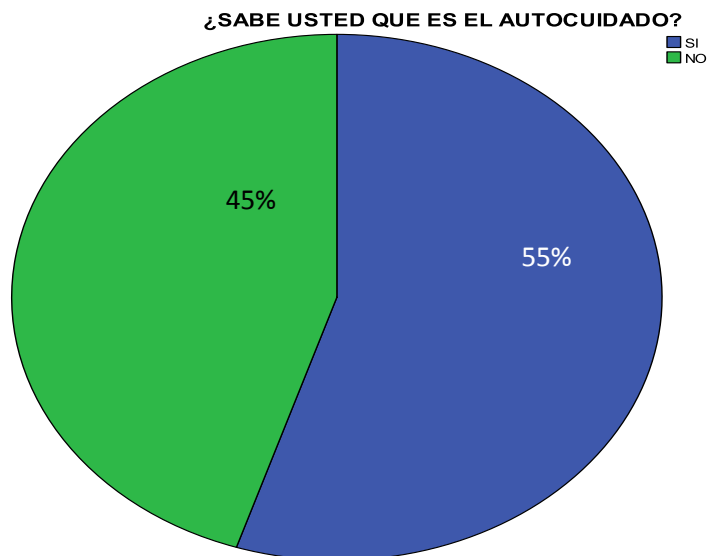
**CUADRO N°16**

¿SABE USTED QUE ES EL AUTOCUIDADO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	22	55,0	55,0	55,0
	NO	18	45,0	45,0	100,0
Total		40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°16**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

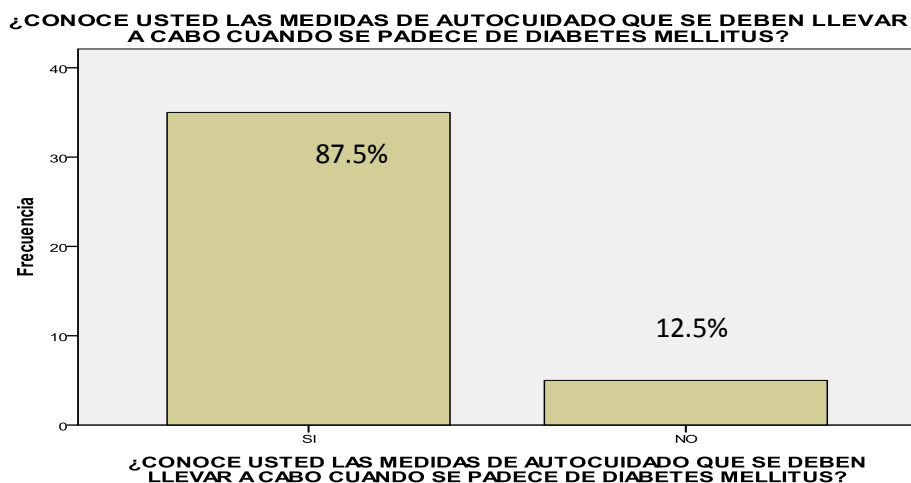
**CUADRO N°17**

**¿CONOCE USTED LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE SE DEBEN LLEVAR A CABO CUANDO SE PADECE DE DIABETES MELLITUS?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	35	87,5	87,5	87,5
	NO	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

**GRAFICA N°17**



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".



**CUADRO N°18**

**¿QUE MEDIDAS DE AUTOCUIDADO CONOCE PARA PREVENIR QUE PROGRESE SU ENFERMEDAD?**

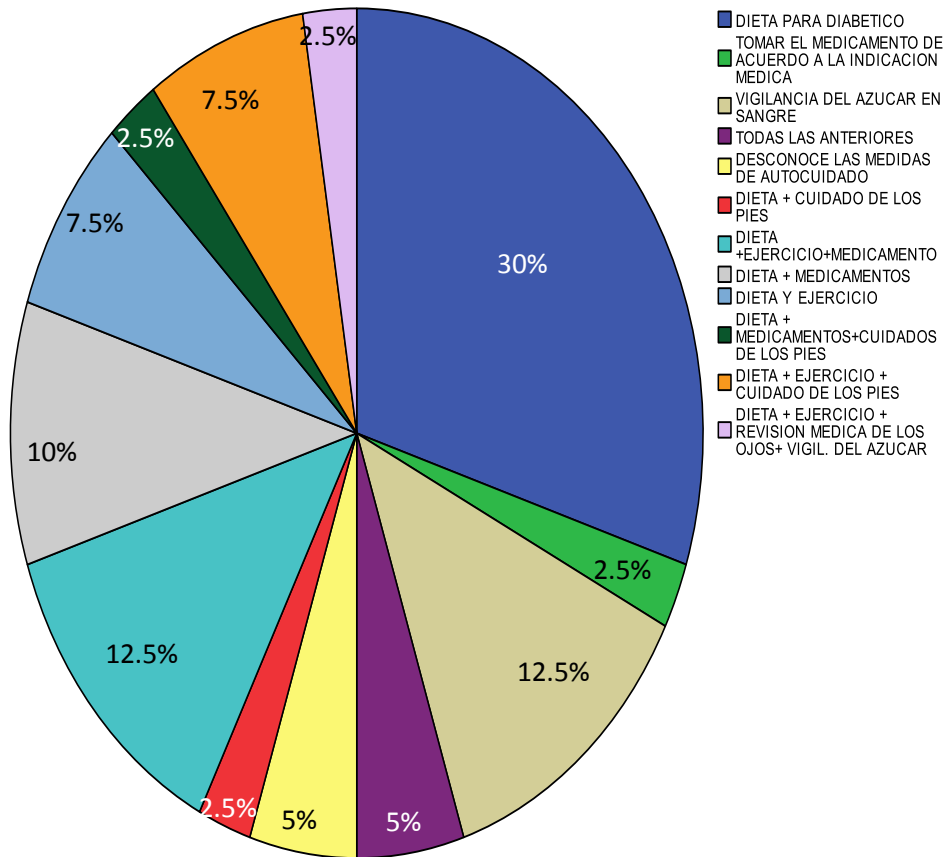
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DIETA PARA DIABETICO	12	30,0	30,0	30,0
	TOMAR EL MEDICAMENTO DE ACUERDO A LA INDICACION MEDICA	1	2,5	2,5	32,5
	VIGILANCIA DEL AZUCAR EN SANGRE	5	12,5	12,5	45,0
	TODAS LAS ANTERIORES	2	5,0	5,0	50,0
	DESCONOCE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	2	5,0	5,0	55,0
	DIETA + CUIDADO DE LOS PIES	1	2,5	2,5	57,5
	DIETA + EJERCICIO + MEDICAMENTO	5	12,5	12,5	70,0
	DIETA + MEDICAMENTOS	4	10,0	10,0	80,0
	DIETA Y EJERCICIO	3	7,5	7,5	87,5
	DIETA + MEDICAMENTOS + CUIDADOS DE LOS PIES	1	2,5	2,5	90,0
	DIETA + EJERCICIO + CUIDADO DE LOS PIES	3	7,5	7,5	97,5
	DIETA + EJERCICIO + REVISION MEDICA DE LOS OJOS + VIGIL. DEL AZUCAR	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.



GRAFICA N°18

¿QUE MEDIDAS DE AUTOCUIDADO CONOCE PARA PREVENIR QUE PROGRESE SU ENFERMEDAD?



FUENTE: Entrevista sobre "Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus".

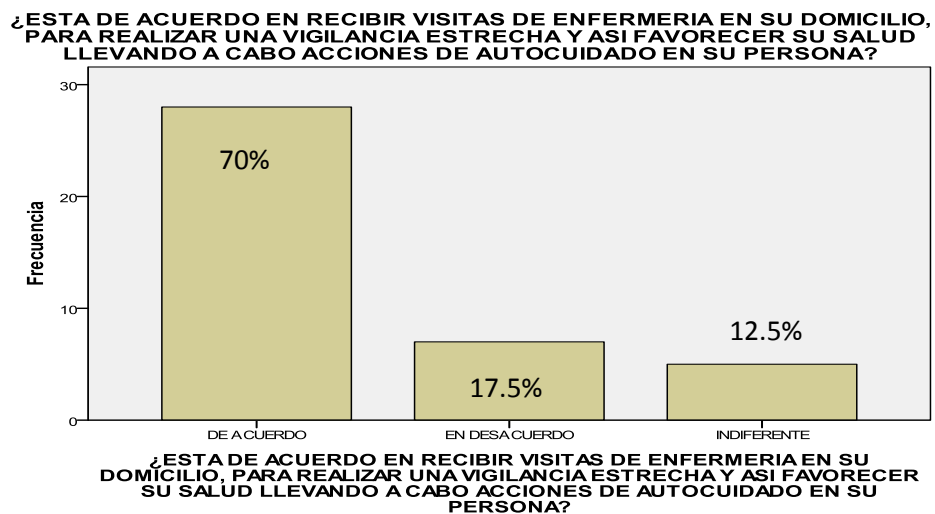
**CUADRO N°19**

**¿ESTA DE ACUERDO EN RECIBIR VISITAS DE ENFERMERIA EN SU DOMICILIO, PARA REALIZAR UNA VIGILANCIA ESTRECHA Y ASI FAVORECER SU SALUD LLEVANDO A CABO ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN SU PERSONA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE ACUERDO	28	70,0	70,0	70,0
	EN DESACUERDO	7	17,5	17,5	87,5
	INDIFERENTE	5	12,5	12,5	100,0
Total		40	100,0	100,0	

FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.

**GRAFICA N°19**



FUENTE: Entrevista sobre “Conocimiento de las medidas de autocuidado para evitar las complicaciones de la diabetes mellitus”.

## INFORME DE ATENCION DOMICILIARIA

### Caso 1

Señora Rosa de 75 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. Ella vive en casa de su amiga ya que hace cinco años tuvo una descompensación diabética y como ella vivía sola por lo tanto su amiga se hizo cargo de su atención hasta la actualidad.

Ella fue diagnosticada diabética de tipo 2 desde hace 15 años e hipertensa hace 12 años. Toma medicamentos para su control como es la metformina una antes de desayunar y otra antes de cenar; y también ingiere el captopril una vez después de desayunar. Ella identifica sus medicamentos porque los tiene en su caja correspondiente y siempre encima de su buró. No padece de ninguna alergia.

Su dieta la cuida mucho y procura comer mayor cantidad de verduras hervidas sin sal, procura comer más pollo y pescado ya que sabe que las carnes rojas no son pertinentes para su padecimiento. Solo ingiere frutas para obtener un poco de glucosa y no endulza ni agua ni café o té.

Manifiesta que en algunas ocasiones se estriñe y por lo tanto el médico le recetó senósidos. Aunque refiere que casi no bebe agua sólo 4 o 5 vasos al día. Ella ha perdido algunas piezas dentales y por lo tanto cuenta con una placa que se encuentra en buenas condiciones.

Es totalmente independiente y deambula sin ayuda de dispositivos. A medio día después de realizar su quehacer doméstico, acude a un centro de atención al adulto mayor en donde todos los días realizan actividades dedicadas para ellos y cada 4 meses hacen excursiones en donde ella ha disfrutado salir para descansar y convivir con sus amistades.

La paciente manifestó tristeza, ya que refiere que sus hijos la han olvidado y que ya no la buscan desde hace dos años. Solo una de sus nietas le habla por teléfono una vez a la semana y eso la tranquiliza.

El primer día de la visita presento hipertensión 150/100 mm/Hg, y una glicemia de 153 mg/dl en ayunas, frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto, 22 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, pesa 60 kg y su perímetro abdominal fue de 103 cm, saturando a 98%. Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/30, su fuerza tanto en miembros superiores como inferiores fue de 5/5, no presenta edema pédico, y su llenado capilar en extremidades tanto

superiores como inferiores fue de 2 segundos. Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones.

Se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, continuar con su consumo de vegetales, pollo y pescado pero moderarse en el consumo de frutas sobre todo con las naranjas.

Además se le hizo hincapié en salir a caminar acompañada mínimo 30 minutos diarios y no irse a acostar después de haber comido. También se recomendó que cuando se sintiera triste, que escribiera en un cuaderno todos los momentos alegres que haya pasado con su familia, amigos, y conocidos, esto para que le levante el ánimo.

En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban estables y su glicemia había disminuido, ya que había bajado su ingesta en naranjas (porque refiere que le gustan mucho y no equilibra el consumo entre éstas y otras frutas y por lo tanto aumenta su glicemia). Su estado emocional reflejaba más tranquilidad y ella menciona que agradece a su amiga por brindarle todo el apoyo y eso la hace sentir contenta.

El último día de las visitas domiciliarias hubo mejoría, manifestando 120/60 de tensión arterial, 72 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 22 de respiratoria, 36°C se mantuvo en su peso, y una glicemia de 111 mg/dl y 95% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo. Y comenta que ha podido hacer mejor del baño, ya sin la ayuda de los senósidos.

Al terminar de revisar a la paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos.

Ella quedo muy agradecida por la atención que se le brindó y refiere que le hubiera gustado que continuáramos con las visitas, pero le explicamos que fue sólo por un tiempo determinado ya que estamos elaborando la tesis.

DATOS OBJETIVOS	9/06/10	15/06/10	22/06/10	29/06/10
T/A	150/100	110/70	120/70	120/60
FC	92	82	73	72
FR	22	21	20	22
TEMPERATURA	36	36.2	36	36.5
PESO	60	60	60	60
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	103	103	103	102
GLICEMIA	153	138	146	111
SPO2	98	93	95	95

DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/30	20/30	20/30	20/30
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	5/5	5/5	5/5	5/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	2	2	2	2
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 2

Don Gorgorio de 73 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive con su esposa y dos hijas, refiere que nunca ha sido hospitalizado, actualmente presenta neuropatía y refiere intenso dolor en cuadrante superior izquierdo. Es diabético desde hace 22 años, toma medicamentos como el neuralin, la metformina, ranitidina, y en caso de dolor intenso se toma una carbamazepina una vez al día. Su esposa e hijas le proporcionan sus medicamentos cada vez que los requiere. No padece de ninguna alergia.

En la primera visita nos dimos cuenta que no lleva adecuadamente su dieta, ya que consume más de tres días carne de res o de puerco, le pone sal a sus alimentos aunque su esposa le prepara la comida especialmente para él. Al entrevistar al señor comentó que todos los días por las mañanas bebe su jugo de naranja entero, bebe uno o dos vasos de coca cola en la comida y come mucho pan y tortillas.

Menciona que hace 8 años se jubiló de la policía municipal, y por lo tanto ya estaba acostumbrado a su rutina de trabajo y dice que ahora no tiene ganas de hacer ejercicio y que frecuentemente se siente muy cansado y con mucho sueño durante el día y por las noches ya no puede dormir. Bebe pocos líquidos, su dieta no es adecuada para su padecimiento, y ofrece resistencia a la misma. El ha perdido algunas piezas dentales y por lo tanto cuenta con una placa que se encuentra en buenas condiciones. Es totalmente independiente y deambula sin ayuda de dispositivos. En las tardes sale a trabajar en un taxi y regresa en la noche.

El primer día de la visita presentó hipertensión 130/90 mm/Hg, y una glicemia de 176 mg/dl en ayunas, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, 19 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, pesa 110 kg y su perímetro abdominal fue de 101 cm, saturando a 97%. Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/25, su fuerza tanto en miembros superiores como inferiores fue de 5/5, no presenta edema pédico, y su llenado capilar en extremidades tanto superiores como inferiores fue de +3 segundos. Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones.

Se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, aumentar el consumo de vegetales, pollo y pescado pero moderarse en el consumo de jugo de naranja (debe diluir mitad de jugo y mitad de agua simple). Tomar menos de la mitad de un vasito pequeño de coca cola solo uno al día, para que posteriormente solo tome la mitad de un vasito de coca cola una vez a la semana y después sean solo dos veces al mes. Y posteriormente dejar definitivamente el consumo de la coca cola. También se le recomendó salir a caminar acompañado, todos los días, una hora.

En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban estables y su glicemia había disminuido, ya que había bajado su ingesta de coca cola, pan y carnes. También menciona que cuatro días está saliendo a correr nuevamente como cuando entrenaba en la policía, y eso también le ha ayudado a su autoestima, ya que se ve más seguro de sí mismo y ha disminuido el dolor neuropático que sentía en el cuadrante superior izquierdo.

El último día de las visitas domiciliarias hubo mejoría, manifestando 120/80 de tensión arterial, 85 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 23 de respiratoria, 36°C, perdió un kilo de peso, y una glicemia de 145 mg/dl y 95% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo.

El paciente refiere que ha mejorado sus evacuaciones, y ya no es tan frecuente la gastralgia.

Al terminar de revisar al paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos.

El señor Gorgorio y su esposa nos agradecieron el tiempo dedicado y por la paciencia para con el señor mismo.



DATOS OBJETIVOS	10/06/10	17/06/10	24/06/10	1/07/10
T/A	130/90	110/80	130/80	120/80
FC	87	82	85	85
FR	19	18	20	23
TEMPERATURA	36	36.5	36.2	36
PESO	110	110	109.600	109
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	101	101	99	98
GLICEMIA	176	243	196	145
SPO2	97	90	95	95

DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/25	20/25	20/25	20/25
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	4/5	4/5	4/5	4/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	3	3	3	3
LIC. EN M. INF	3	3	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

### Caso 3

Señor Francisco de 65 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. Él vive con su esposa solamente, refiere que ha sido hospitalizado en dos ocasiones, una por coma diabético y en otra ocasión por pancreatitis. A raíz de esas hospitalizaciones ha modificado sus hábitos alimenticios, sale a caminar todos los días por la mañana, y ha disminuido el consumo del tabaco. Es diabético desde hace 8 años, toma medicamentos como captopril, metformina con glibenclamida y una aspirina diaria.

Su esposa le cuida mucho su dieta, además bebe todos los días por las mañanas jugo de nopal, para así ayudarlo a bajar su glucosa en sangre. También comenta que después de haber sido hospitalizado perdió casi diez kilos de peso, y poco a poco ha disminuido su ingesta de tabaco. No come carnes rojas, ni pan, ni azúcar. Refiere no ser alérgico a nada.

El trabaja casi todos los días en un tianguis, y comenta que no le gusta beber mucha agua para no estar yendo al baño a cada rato. Ha perdido algunas piezas dentales y no cuenta con una placa. Es totalmente independiente y deambula sin ayuda de dispositivos.

El primer día de la visita presento 130/90 mm/Hg, y una glicemia de 115 mg/dl en ayunas, frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, pesa 97 kg y su perímetro abdominal fue de 104 cm, saturando a 98%. Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/15, su fuerza tanto en miembros superiores como inferiores fue de 5/5, no presenta edema pédico, y su llenado capilar en extremidades tanto superiores como inferiores fue de 2 segundos. Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones.

Se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, continuar con el consumo de vegetales, pollo y pescado. Y beber agua de limón, Jamaica o de alfalfa para que le ayude a prevenir infecciones de vías urinarias.

En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban estables y su glicemia al principio estaba bajando, pero posteriormente iba subiendo, y el menciona que ha continuado con su dieta estricta y no ha comido nada de carbohidratos ni azúcares.

El último día de las visitas domiciliarias presento un aumento en su glicemia que fue de 215 mg/dl, manifestando 110/80 de tensión arterial, 74 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 23 de respiratoria, 37°C, perdió un kilo de peso, y 95% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo. Comenta el paciente que durante los últimos días estaba presentando

disuria, y dos días presentó fiebre, lo cual fue a ver a un médico particular y le mandaron tratamiento para infección de vías urinarias.

Al terminar de revisar al paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos. Se le hizo énfasis que debe acudir lo mas pronto con su médico internista para el tratamiento de su IVU.

El señor Francisco y su esposa se encontraban preocupados pero se les mencionó que si continuaba con las molestias de las Vías urinarias, que fuera al Hospital Juárez a ver a su médico para que lo revisará y le dé un tratamiento adecuado.

DATOS OBJETIVOS	8/06/10	17/06/10	24/06/10	1/07/10
T/A	130/90	130/80	110/80	110/80
FC	79	74	76	74
FR	20	19	19	23
TEMPERATURA	36	36.5	36.5	37.2
PESO	97	97	97	95
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	104	104	104	102
GLICEMIA	115	110	130	215
SPO2	98	98	97	92

DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/15	20/15	20/15	20/15
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	5/5	5/5	5/5	5/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	2	3	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

#### Caso 4

Don Roberto de 68 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive en casa propia con su esposa y un hijo. Fue diagnosticado diabético de tipo 2 desde hace 15 años e hipertensa hace 16 años. Toma medicamentos para su control como es la metformina una antes de desayunar y otra antes de cenar; y también ingiere el captopril una vez después de desayunar. También utiliza el combivent, cada doce horas y necesita del apoyo de oxígeno a tres litros por minuto por lo menos doce horas en el transcurso del día. Refiere que es alérgico a las fresas solamente.

Su dieta la cuida mucho y procura comer mayor cantidad de verduras hervidas sin sal, procura comer más pollo y pescado ya que sabe que las carnes rojas no son pertinentes para su padecimiento. Solo ingiere frutas para obtener un poco de glucosa y no endulza ni agua ni café. Y una vez al mes le gusta salir al parque con su nieto y come un poco de nieve de limón.

Manifiesta que en algunas ocasiones se estriñe y por tal motivo toma senósidos una tableta en la noche. Ha perdido algunas piezas dentales y por lo tanto cuenta con una placa que se encuentra en buenas condiciones. Es totalmente independiente y deambula sin ayuda de dispositivos solo lleva consigo un tanque pequeño de oxígeno, por si llega a requerir.

Todos los días por la mañana le gusta reunirse en la iglesia con varios amigos y realizan diversas actividades, no obstante, en ciertos momentos manifiesta tristeza ya que refiere que tiene miedo de morir y no quiere dejar sola a su esposa ni a su hijo.

El primer día de la visita presento 130/90 mm Hg, y una glicemia de 140 mg/dl en ayunas, frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, 25 respiraciones por minuto, temperatura de 36.5 °C, pesa 82 kg y su perímetro abdominal fue de 94 cm, saturando a 90%. Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/20, su fuerza tanto en miembros superiores como inferiores fue de 5/5, no presenta edema pédico, y su llenado capilar en extremidades tanto superiores como inferiores fue de 2 segundos. Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones.

Se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, continuar con su consumo de vegetales, pollo y pescado.

Además se le sugirió salir a caminar acompañado, mínimo 30 minutos diarios y no irse a acostar después de haber comido. También se le mencionó que cuando se sintiera triste, que escribiera en un cuaderno todos los momentos alegres que haya

pasado con su familia, amigos, y conocidos, esto para que le levante el ánimo. Y que siempre le demostrara su afecto tanto a su esposa como a su hijo.

En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban estables y su glicemia había disminuido. Su estado emocional reflejaba más tranquilidad en ocasiones pero otros días si se le veía triste y se le exhortó visitar a un tanatólogo para que lo tratara mejor.

El último día de las visitas domiciliarias hubo mejoría, manifestando 130/80 de tensión arterial, 77 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 24 de respiratoria, 36.5°C y perdió un kilo de peso, y una glicemia de 133 mg/dl y 93% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo.

Y comenta que han mejorado sus evacuaciones, aunque continúan consumiendo los senósidos y se prepara dos veces al día agua de nopal con papaya.

Al terminar de revisar a la paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos.

Quedaron muy agradecidos por la atención que se le brindó y acepto el señor Roberto en buscar apoyo de una tanatóloga para que le ayude a mejorar emocionalmente.

DATOS OBJETIVOS	8/06/10	16/06/10	23/06/10	30/06/10
T/A	130/90	130/80	130/90	130/80
FC	79	74	76	77
FR	25	27	24	24
TEMPERATURA	36.5	36	36.2	36.5
PESO	82	82	82	82
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	94	94	94	94
GLICEMIA	140	137	153	133
SPO2	90	88	90	93
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/25	20/25	20/25	20/25
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	5/5	5/5	5/5	5/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	2	3	2	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 5

Don Rafael de 67 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive con su esposa e hija, refiere que ha sido hospitalizado en dos ocasiones, la primera por coma diabético, y la segunda por infección en vías urinarias. Es diabético tipo 2, desde hace 18 años e hipertenso desde hace 7 años, toma medicamentos como el metoprolol, la glibenclamida. El mismo siempre está pendiente de sus propios medicamentos y los guarda en el cajón de un mueble de la sala. Presenta disminución en su uresis y de color paja. Refiere que le cuesta trabajo ver de lejos, y usa una dentadura postiza que hace un mes le entregaron y dice que aun le cuesta trabajo acomodarse a esta. Hace mes y medio se le infectó una herida del pie, estuvo en tratamiento en la clínica de ostomias, y cada tercer iba para que le dieran seguimiento y prevenir que se dañara mas su dedo pulgar del pie derecho. Afortunadamente no perdió su dedo pero tiene dificultad para deambular y por lo tanto usa un bastón. Aun así él continua siendo independiente.

Menciona que frecuentemente se siente muy cansado y con mucho sueño durante el día y por las noches ya no puede dormir. Bebe pocos líquidos, su dieta no es adecuada para sus padecimientos. Ya que en ocasiones ingiere alimentos enlatados y por lo tanto están altos en sodio.

En ocasiones esta triste por su enfermedad y él desearía poder recuperar su salud. Aunque el reconoce que su familia le ayuda mucho y siempre están al pendiente de él.

El primer día de la visita presento 140/100 mm Hg, y una glicemia de 147 mg/dl en ayunas, frecuencia cardiaca de 73 latidos por minuto, 21 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, pesa 82 kg y su perímetro abdominal fue de 911 cm, saturando a 93%. Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/25, su fuerza tanto en miembros superiores como inferiores fue de 4/5, presenta signo de Godet +, edema pédico leve, y su llenado capilar en extremidades tanto superiores como inferiores fue de +3 segundos. Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones.

Se le recomendó beber mínimo de 6 a 8 vasos de agua al día, aumentar el consumo de vegetales, pollo y pescado y nada de enlatados o embutidos ya que son rico en sodio y esto hace que su presión este alta además de sus pies edematizados.

En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban sin alteración y al parecer estaban disminuyendo tanto su glicemia que se encontraba en 145 promedio, También menciona que diario está saliendo a caminar y que hace un poco de calentamiento corporal.



El último día de las visitas domiciliarias hubo mejoría, manifestando 140/80 de tensión arterial, 73 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 21 de respiratoria, 36°C, y una glicemia de 130 mg/dl y 95% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo.

Al terminar de revisar al paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos.

Nos agradecieron por la disponibilidad y entusiasmo que tenemos para salir adelante y que nunca perdamos esa amabilidad con nadie.

DATOS OBJETIVOS	11/06/10	18/06/10	25/06/10	2/07/10
T/A	140/100	140/90	130/90	130/80
F/C	73	74	76	73
F/R	21	22	22	21
TEMPERATURA	36	36.5	37	36
PESO	82	82	82	82
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	91	91	91	91
GLICEMIA	147	145	140	130
SPO2	93	94	93	95

DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/20	20/20	20/20	20/20
FUERZA M.SUP	4/5	4/5	4/5	4/5
FUERZA M. INF	4/5	4/5	4/5	4/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	3	3	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 6

Señor Bonifacio de 69 años, paciente entrevistado acerca del conocimiento de las medidas de auto cuidado en pacientes con diabetes mellitus, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive con su esposa y 2 hijos solteros, fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 hace 3 años y agregado a este diagnostico tiene reuma gotosa desde hace 5 años. Toma medicamentos para su control como es la metformina una tableta después de cada comida, es alérgico a la penicilina, actualmente no trabaja por lo que se siente desanimado y deprimido.

Su dieta es adecuada y su tratamiento no tiene interrupción, ya que es muy disciplinado; el dolor de sus articulaciones lo maneja con analgésicos, su glicemia está constantemente elevada aun en ayuno y le es muy molesto realizar ejercicio por lo que procura leer y entretenerse con otras actividades, su cuidadora primaria es su esposa quien lo mantiene activo y le hace compañía. Manifiesta que en algunas ocasiones se estriñe ya que bebe poca agua e ingiere poca fibra, además no realiza actividad física constantemente, y por lo tanto el médico le recetó senósidos.

Durante las visitas y la captación de sus signos vitales así como de la glucosa, los signos estuvieron dentro de los rangos normales y no variaron a lo largo de las visitas, la glucosa se mantuvo elevada casi siempre, la mínima de 136 ml/dl y la mayor fue de 147mg/dl, con una buena visión a pesar de la enfermedad y su edad, la fuerza de sus extremidades fue baja pero sin preocupación ya que su actividad esta disminuida de igual manera su fuerza; para su problema de estreñimiento se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, continuar con su consumo de vegetales, pollo y pescado pero moderarse en el consumo de frutas sobre todo con las frutas muy dulces y aumentar la ingesta de fibra, se recomendó que asistiera a terapia psicológica dentro del hospital o particularmente con el fin de encontrar un sentido de vida aun a pesar de sus enfermedades.

La última visita se mostro muy contento, su glicemia disminuyo y el estreñimiento ya no era problema pues la última semana tomo agua más de lo normal su dieta fue rica en fibra y el pudo observar los cambios y por ende se dio cuenta de que si se lo propone puede lograr un buen control de su glicemia y evitar el estreñimiento. El dolor de sus articulaciones disminuyo, ya que realizo algunos ejercicios que le recomendamos para favorecer su circulación.

Se le proporcionó un cartel en tamaño plotter (90x60 cm) y un plan de alta donde se encuentran observaciones y cuidados específicos para el adulto mayor con diabetes mellitus,

Al final nos refirió algunas dudas que le fueron aclaradas nos dio las gracias y mencionó que tratará de seguir el tratamiento médico y las actividades y nuevos conocimientos que adquirió en estas visitas domiciliarias además de que realizará su auto cuidado en su casa.

DATOS OBJETIVOS	11/06/10	18/06/10	25/06/10	2/07/10
T/A	120/70	120/80	120/90	120/70
FC	76	73	75	73
FR	20	21	19	20
TEMPERATURA	36	37	36.5	36.4
PESO	97	97	97	97
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	81	81	81	87
GLICEMIA	140	147	139	136
SPO2	93	95	92	94
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/20	20/20	20/20	20/20
FUERZA M.SUP	4/5	4/5	4/5	4/5
FUERZA M. INF	4/5	4/5	4/5	4/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	3	2	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 7

Señora María Elena de 65 años, paciente entrevistada acerca del conocimiento de las medidas de auto cuidado en pacientes con diabetes mellitus, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. Ella vive con su esposo y 3 hijos, fue diagnosticada diabética tipo 2 hace 7 años y agregado a este diagnóstico tiene hipertensión arterial desde hace 5 años. Toma medicamentos para su control de glucosa como es la metformina una en después de cada comida, y enalapril para controlar su hipertensión, no es alérgica a nada, siempre ha sido ama de casa y vende dulces afuera de su casa para ayudar a su esposo a comprar sus medicamentos aunque siempre se los dan en el centro de salud de su comunidad. Su dieta es adecuada y su tratamiento no tiene interrupción ya que es muy constante ya que no le gusta sentirse mal.

Durante las visitas y la captación de sus signos vitales así como de la glucosa los signos estuvieron un poco elevados, siempre estuvo hipertensa a pesar de tomar su medicamento correctamente, realiza ejercicio de bajo impacto y no presenta problemas de estreñimiento, su visión es normal, la fuerza de sus extremidades es adecuada a su edad y actividad, no tiene problemas de circulación, su glicemia estuvo elevada casi siempre ya que dice que no puede dejar el refresco y la sal le gusta mucho, a todo le pone sal de mas.

Se le recomendó evitar la sal o utilizar su sustituto, así como dejar de tomar refresco, posteriormente en las siguientes visitas su presión y su glucosa disminuyeron en la siguiente visita.

La última visita se mostro muy contenta, dijo que ella se había sentido a gusto con nuestra atención.

Se le proporcionó un cartel en tamaño plotter (90x60 cm) y un plan de alta donde se encuentran observaciones y cuidados específicos para el adulto mayor con diabetes mellitus.

Al final nos refirió algunas dudas que le fueron aclaradas nos dio las gracias y mencionó que procurara seguir las medidas de auto cuidado.

DATOS OBJETIVOS	8/06/10	14/06/10	21/06/10	28/06/10
T/A	140/90	130/90	150/100	130/90
FC	77	76	73	76
FR	21	20	21	22
TEMPERATURA	36	36.5	36	36
PESO	80	80	80	80
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	91	91	91	91
GLICEMIA	136	145	130	140
SPO2	97	96	95	98
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/25	20/25	20/25	20/25
FUERZA M.SUP	4/5	4/5	4/5	4/5
FUERZA M. INF	5/5	5/5	5/5	5/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	3	2
LIC. EN M. INF	2	2	3	2
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 8

Don Ricardo de 78 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive en casa propia con sus dos hijos que están a cargo de su atención y siempre se preocupan por él.

El fue diagnosticado diabético de tipo 2 desde hace 8 años. No toma medicamentos, sólo sigue adecuadamente su dieta y procura salir a caminar, no obstante hace un mes, salió a caminar con su hijo, en una zona donde había muchas piedras y tierra y en ese momento pierde el equilibrio, él se resbala y sufre de fractura de tibia derecha.

Acude una vez por semana a terapia de rehabilitación de miembros pélvicos, y al parecer ha tenido progreso con su deambulación, sólo se apoya con un bastón. Es un hombre que acepta bien las pérdidas, ya que hace mas de 20 años sufrió de accidente laboral y le amputaron el brazo izquierdo, pero esto no ha sido un impedimento para salir adelante, ya que comenta que él mismo se hace de comer, se baña y se viste solo, hace el aseo en su casa, va de compras, etc. Y al parecer pronto va a ser dado de alta de rehabilitación.

Alergias preguntadas y negadas. Solo ha perdido algunas piezas dentales superiores y por lo tanto tiene una placa que se encuentra en las mejores condiciones.

El quiere seguir siendo independiente pero por el momento no es recomendable por sus condiciones de deambulación porque puede volver a sufrir alguna caída.

El primer día de la visita presento 110/70 mm/Hg, y una glicemia de 113 mg/dl en ayunas, frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, pesa 66 kg y su perímetro abdominal fue de 94 cm, saturando a 95%.

Al realizarse el examen de la vista a través de la carta de Snell su calificación fue de 20/20, su fuerza en miembro superior derecho es de 5/5 y de miembros pélvicos es de 4/5, sólo presenta edema en extremidad inferior derecha es de +++, y su llenado capilar en extremidades superiores es de 2 segundos y en miembro pélvico derecho es de +3 segundos.

Al revisarle ambos pies se encuentran íntegros sin laceraciones. Se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua, continuar con su consumo de vegetales, pollo y pescado pero moderarse en el consumo de todos los azúcares.

Además se le hizo hincapié en salir a caminar acompañado mínimo 30 minutos diarios.



En las siguientes visitas sus signos vitales se encontraban estables y su glicemia había disminuido.

El último día de las visitas domiciliarias hubo mejoría, manifestando 120/80 de tensión arterial, 89 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 20 de respiratoria, 36°C se mantuvo en su peso, y una glicemia de 104 mg/dl y 96% de saturación de oxígeno. No presenta edema, ni laceraciones en ningún lado de su cuerpo.

Y comenta que ha podido hacer mejor del baño, ya sin la ayuda de los senósidos.

Al terminar de revisar al paciente y de resolverle sus dudas, se le entregó un plan de alta enfermero, en donde a través de un cartel con información sobre la diabetes; alimentación, higiene, ejercicios, signos de alarma, complicaciones y el uso y cuidado de los medicamentos.

El señor Ricardo quedo agradecido por la atención que se le brindó y que le gustaría que en verdad se abriera un departamento de atención domiciliaria y que muchas personas tuvieran la misma oportunidad de ser atendidos de forma inmediata, con calidez humana y calidad.

DATOS OBJETIVOS	10/06/10	16/06/10	23/06/10	30/06/10
T/A	110/70	110/60	110/80	120/80
FC	67	64	67	89
FR	20	19	20	20
TEMPERATURA	36	36	36.4	36.5
PESO	75	75	75	75
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	96	96	96	96
GLICEMIA	113	107	123	104
SPO2	95	95	96	96
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/25	20/25	20/25	20/25
FUERZA M.SUP	5/5 MSD	5/5 MSD	5/5 MSD	5/5 MSD
FUERZA M. INF	3/5	3/5	3/5	3/5
SX DE GODET	_____	_____	_____	_____
LIC. EN M. SUP	3	3	3	3
LIC. EN M. INF	3	3	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 9

Señora Margarita de 65 años, entrevistada acerca del conocimiento de las medidas de auto cuidado en pacientes con diabetes mellitus, se le realizó visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. Vive con su esposo y un hijo soltero, fue diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 hace 5 años y agregado a este diagnostico tiene reuma gotosa desde hace 5 años.

El toma medicamentos para su control como es la glibenclamida una tableta después de cada comida, es alérgica a la penicilina, y para su hipertensión toma enalapril una vez al día.

Su dieta es adecuada y su tratamiento no tiene interrupción, ya que es muy disciplinada; el dolor de sus articulaciones lo maneja con analgésicos, su glicemia está constantemente elevada aun en ayuno

Su cuidador primario es su esposo e hijo quien la mantiene activo y le hace compañía. Manifiesta que en algunas ocasiones se estriñe ya que bebe poca agua e ingiere poca fibra, además no realiza actividad física constantemente, por lo tanto necesita la ayuda de senósidos para una mejor evacuación.

Durante las visitas se le tomo los signos vitales así como de la glucosa, los signos estuvieron dentro de los rangos normales y no hubo mucha diferencia entre estos en las siguientes visitas y su presión se mantuvo en 130/90 mm Hg la mayor parte de las mismas , la glucosa se mantuvo elevada, inicio de 140ml/dl y ya el ultimo día bajo a 135 mg/dl, su visión se encuentra en 20/25, la fuerza de sus extremidades superiores fue de 5/5 y de sus miembros inferiores ligeramente esta disminuida ya que su actividad física ha disminuido con el tiempo y se encuentra de 4/5. Y se detecto ligero edema en miembros pélvicos, por lo tanto se le recomendó que al acostarse subiera sus piernas a 30 grados y si podía que usara diario medias de baja o de mediana compresión.

Para su problema de estreñimiento se le recomendó beber mínimo 8 vasos de agua al día, continuar con su consumo de vegetales, pollo y pescado pero moderarse en el consumo de frutas y no consumir azúcar o dulces ni refrescos. Aumentar la ingesta de fibra y dar ligero masaje circular en su abdomen en contra de las manecillas del reloj. Caminar y realizar ejercicios de calentamiento por lo menos 30 minutos diariamente.

La última visita se mostro muy contenta, su glicemia disminuyo y el estreñimiento ya no era tan frecuente.

Se le proporcionó un cartel en tamaño plotter (90x60 cm) y un plan de alta donde se encuentran observaciones y cuidados específicos para el adulto mayor con diabetes mellitus.

Al final la paciente nos dio las gracias y reconoció que llevar a cabo el autocuidado siempre a su vida diaria, le da grandes beneficios a su salud y también a su familia.

DATOS OBJETIVOS	7/06/10	14/06/10	21/06/10	2/07/10
T/A	130/90	130/80	130/90	130/90
FC	76	78	76	74
FR	21	20	19	20
TEMPERATURA	36	36.5	37	36
PESO	79	79	79	79
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	85	85	85	85
GLICEMIA	140	145	137	135
SPO2	98	95	96	94
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/15	20/15	20/15	20/15
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	4/5	4/5	4/5	4/5
SX DE GODET	++	+	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	3	3	3	3
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

## Caso 10

Roberto Laborie de 66 años, se le realizaron visitas domiciliarias durante un mes, una vez a la semana. El vive en casa únicamente con su esposa, que está a cargo de su atención y siempre está pendiente de él. Fue diagnosticado diabético tipo 2 desde hace ya 11 años.

Toma medicamentos para su control como es la glibenclamida 5 mg una tableta después de cada alimento; bezafibrato 200mg que es cada 8 horas vía oral.

Es alérgico a la penicilina y sulfas. Su dieta es rigurosa ya que su esposa todos los días prepara comida para su enfermedad y ella también come lo mismo aunque no sea diabética y eso lo anima a él para cooperar con su tratamiento. Con el tiempo ha perdido algunas piezas dentales superiores y otras inferiores y por lo tanto tiene una placa que le ayuda a masticar los alimentos.

Es una persona totalmente independiente, tiene su propio taller de imprenta y va todos los días excepto fines de semana.

Durante las visitas se le tomo los signos vitales así como de la glucosa, los signos estuvieron dentro de los rangos normales y no hubo mucha diferencia entre estos en las siguientes visitas y su presión se mantuvo en 120/70 mm Hg la mayor parte de las mismas, la glucosa estuvo elevada los dos días primeros que lo visitamos (subió hasta 165 mg/dl en ayunas) y ya los últimos dos días bajo a 150 mg/dl. Su visión fue de 20/20, la fuerza de sus extremidades tanto superiores como inferiores fue de 5/5. Y se detecto ligero edema en miembros pélvicos (Godet ++), por lo tanto se le recomendó que al acostarse subiera sus piernas a 30 grados y que usara diario calcetines de mediana compresión, no obstante se le recordó que debe realizar alguna actividad física de bajo impacto para que ayude a mejorar la circulación de sus piernas. Y el último día se notó que el edema ya no estaba presente en sus piernas.

Se le proporcionó un cartel en tamaño plotter (90x60 cm) y un plan de alta donde se encuentran observaciones y cuidados específicos para el adulto mayor con diabetes mellitus.

Al concluir con las visitas, el paciente nos dio las gracias así como su esposa y él mismo recordó las medidas de autocuidado que debe siempre tener encuentra para prevenir complicaciones y que a la larga van a dañar su salud y la de su esposa; y por lo tanto hará todo lo posible por cuidarse a sí mismo.

DATOS OBJETIVOS	8/06/10	15/06/10	22/06/10	29/06/10
T/A	100/70	110/70	120/70	120/80
FC	84	76	94	84
FR	20	21	20	22
TEMPERATURA	36	36	36	36.2
PESO	110	110	110	110
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	128	127	126	126
GLICEMIA	144	165	160	150
SPO2	90	92	95	90
DATOS SUBJETIVOS				
CARTA DE SNELL	20/20	20/20	20/20	20/20
FUERZA M.SUP	5/5	5/5	5/5	5/5
FUERZA M. INF	5/5	5/5	5/5	5/5
SX DE GODET	++	+	_____	_____
LIC. EN M. SUP	2	2	2	2
LIC. EN M. INF	2	2	2	2
GRADO DE ULCERAS POR PRESION.	_____	_____	_____	_____

### GRÁFICA DE GANT

Calendarización de las actividades programadas que se realizaron de Noviembre 2009 a Julio 2010.

ELEMENTOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	13 nov.	26 nov	27 nov	4 dic	11 dic	7 ene	22 ene	1º feb	26 feb	4 mar	8 mar
HOJA FRONTAL	X					X	X				
INDICE											
INTRODUCCIÓN											
JUSTIFICACIÓN	X	X	X			X	X				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X	X	X				X	X		X	
HIPÓTESIS	X	X	X				X	X		X	
VARIABLES					X			X		X	
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES							X	X	X	X	
INDICADORES					X		X	X	X	X	
MARCO TEÓRICO	X	X	X	X		X	X				
DISEÑO METODOLÓGICO:					X		X	X		X	
TIPO DE ESTUDIO					X		X	X		X	
POBLACIÓN O UNIVERSO					X		X			X	
MUESTRA					X		X			X	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN					X		X			X	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN					X		X			X	
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN					X		X			X	
MODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS										X	
PROCEDIMIENTOS										X	X
ENTREVISTA										X	X



### GRÁFICA DE GANT

ELEMENTOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	5	19	3	17	31	1	28	2	7	15	23
	abr.	abr.	muy	may	may	jun.	jun.	jul.	jul.	jul.	jul.
MODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	X										
PROCEDIMIENTOS		X									
ENTREVISTA			X	X	X	X	X				
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS							X		X		
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS							X	X	X		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN								X	X		
RESUMEN										X	
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES										X	
REPORTE FINAL											X

## PROGRAMACION DE VISITAS DOMICILIARIAS DEL 7 DE JUNIO AL 2 DE JULIO

HORARIO	LUNES 7,14,21,28 DE JUNIO	MARTES 8,15,22,29 DE JUNIO	MIERCOLES 9,16,23,30 DE JUNIO	JUEVES 10,17,24 DE JUNIO Y 1º DE JULIO	VIERNES 11,18,25 DE JUNIO Y 2 DE JULIO
9:00  A  11:00	MARGARITA MAGNO  Juventino Rosas 3, Cuautepec B. Alto, GAM	ROBERTO LABORIEL  Calle 631, núm. 78, unidad Sn Juan de Aragón 4º. 5º SECC. GAM	ROSA HERNADEZ  Oriente 103, núm. 3716, Ampliación E. Zapata. GAM	RICARDO GUERRERO  Calle 30, núm. 18, Progreso Nacional, GAM	BONIFACIO LOPEZ  Calle 340, Liberación, Azcapotzalco
12:00  A  14:00	MA. ELENA LOPEZ  Olmos, Mz 6, Lt 5  Hank González, Ecatepec	FRANCISCO BERMUDES  Calle 13, núm. 210 Jardines Santa Clara, Ecatepec	ROBERTO LUNA  Puerto Cozumel, 154  Casas Alemán, GAM	GORGORIO SANCHEZ  Calle 10, núm. 23 Jardines Santa Clara Ecatepec	RAFAEL CUEVAS  Sta. María 82  Sta. María Malinalco, Azcapotzalco

### Propósitos

- ✿ Proporcionar orientación y enseñanza a la familia sobre los métodos y recursos existentes para proteger y mejorar la salud del Adulto mayor Diabético.
- ✿ Vigilar el cumplimiento de órdenes médicas, citas subsecuentes.
- ✿ Proporcionar atención integral de enfermería en el hogar al Adulto Mayor Diabético.

### Actividades que comprende la visita domiciliaria

- ✿ Planeación: análisis de las necesidades en materia de salud, así como los factores sociales y culturales que afectan al Adulto Mayor Diabético que se va a entrevistar.
- ✿ Introducción al hogar: llamar de manera gentil, presentarse y pedir permiso para acudir al domicilio
- ✿ Ejecución: comprende procedimientos enseñanza, resumen y despedida.
  - Toma y registro de glucemia capilar

- Toma y registro de Signos Vitales y somatometría.
- Revisión de los pies.
- Revisión de los sitios de aplicación de insulina.
- Cuidados de heridas si es que presenta
- Eliminación (Estreñimiento o diarrea, incontinencia urinaria)
- Nutrición (instrucción a los familiares de la alimentación y que alimentos son más recomendables para los Adultos mayores Diabéticos).
- Ejercicios (de cuello, brazos, cintura y piernas)
- Medicamentos
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional<sup>175</sup>

✿ Informe: se anotara la situación encontrada, actividades realizadas y los resultados.<sup>176</sup>

---

<sup>175</sup> Biblioteca Cochrane Plus (ISSN 1745-9990).


<sup>176</sup> Ma. Concepción López Luna —“Enfermería sanitaria”

## PLAN DE ALTA AL ADULTO MAYOR DIABÉTICO

<b>ALIMENTACIÓN</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Es importante el reparto en 5 tomas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena).</li> <li>✿ Procurar que el paciente coma siempre acompañado. En algunas ocasiones cuando viven solos y no tienen compañía, prefieren no comer o utilizan alimentos que no satisfacen sus requerimientos nutricionales y recomendaciones dietéticas.</li> <li>✿ Se deben evitar las temperaturas extremas en las comidas.</li> <li>✿ Los alimentos que se suministran a los adultos mayores deben contener salsas para que sea más fácil su deglución.</li> <li>✿ Se sugiere comer siempre sentados y evitar acostarse inmediatamente después de las comidas, para prevenir el reflujo y se ahoguen, camine 15 minutos después de comer.</li> <li>✿ Deben servirse porciones pequeñas, de colores cálidos para estimular el apetito.</li> <li>✿ Se deben evitar las comidas muy condimentadas e irritantes, se recomienda condimentar con hierbas naturales.</li> <li>✿ Es necesario no ingerir la misma clase de alimentos al tiempo, por ejemplo dos o tres porciones de harina o dos o tres porciones de grasa, porque pueden ocasionar intolerancia.</li> <li>✿ Es importante tener en cuenta que durante la vejez se reducen los requerimientos de proteínas y calorías y se incrementan los de fibra y calcio. Las porciones de alimentos recomendados para satisfacer las necesidades nutricionales en la vejez son:</li> <li>✿ 6 porciones de líquido los cual incluye agua, te, otros líquidos, sin sal, azúcar ni grasa. Porción: 1 taza</li> <li>✿ 4 porciones de frutas y verduras.</li> <li>✿ Por lo menos un cítrico al día.</li> <li>✿ 4 porciones de carbohidratos o cereales. Preferiblemente complejos, 1 porción equivale a una papa mediana, 3 cucharadas de arroz, 1cucharadita de</li> </ul>

	<p>azúcar de mesa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ 2 porciones de proteína animal, preferiblemente grasa y retirándole la piel. 1 porción equivale a una pieza de pollo mediana y un huevo (2 semanales).</li> <li>✿ 2 porciones de lácteos descremados. 1 porción equivale a una taza de leche, a una rebanada mediana de queso panela.</li> <li>✿ Hay que seleccionar cortes de carne roja magros es decir sin grasa, y utilizar productos lácteos de bajo contenido de grasas.</li> <li>✿ Comer raciones pequeñas de proteínas (carne roja, pollo o pescado)</li> <li>✿ Vigilar el peso corporal. En caso de tener sobrepeso, puede resultar útil disminuir incluso unos cuantos kilos.</li> </ul>
--	--

### INDICACIONES DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

	<p>En el caso de padecer diabetes tipo 2 y experimentar dificultades para lograr el control del azúcar en sangre con la dieta y el ejercicio, el médico podría recetar uno de varios medicamentos orales. Estos fármacos ayudan a que el páncreas produzca más insulina y a que esta funciones de manera más eficiente. Si los medicamentos orales no generan una respuesta adecuada, lo idóneo es la aplicación de insulina. El control adecuado de la concentración de azúcar en la sangre es la clave para prevenir complicaciones. Ingiera su medicamento, con la dosis y a la hora correcta según su médico le haya indicado.</p> <p>Reforzar las instrucciones verbales con instrucciones escritas mediante impresos de letra grande y pronunciación fácil. Si es necesario utilizar código de color en lugar de nombre de medicamentos mejor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir medicamentos recetados por el médico.</li> <li>• Evitar la automedicación.</li> <li>• Verificar que sea el medicamento correcto, la hora correcta, la vía correcta y la dosis correcta.</li> <li>• Verificar si existe alguna reacción no esperada (comezón, ronchas, enrojecimiento, dificultad para respirar, aumento de la temperatura, etc.)</li> </ul> <p>En caso de alguna reacción suspender el medicamento y acudir al servicio de urgencias</p>
---	--

## ACTIVIDAD / EJERCICIO



- Se recomienda al paciente que valore su azúcar antes de realizar ejercicio.
- Explicar al paciente que el ejercicio prolongado puede requerir mas alimento al acostarse para evitar la baja de azúcar nocturna.
- La intensidad del ejercicio debe estar en relación con las condiciones físicas del paciente. Dada la alta incidencia de problemas de mala circulación en la población diabética de edad avanzada, deben desaconsejarse ejercicios intensos, o realizar pruebas de esfuerzo y entrenamiento progresivo bajo supervisión cuidadosa.
- La selección de calzado adecuado para todo paciente adulto mayor ya que tiene pies de riesgo porque puede sufrir heridas sin sentirlos.
- El promover la actividad física sirve para:
- Crear en los adultos mayores oportunidades de socialización.
- Promover la confianza, independencia y sensación de bienestar, al mejorar la fuerza, tono muscular y agilidad.
- El programa de ejercicios debe tener en cuenta las características individuales de cada anciano. La duración del ejercicio debe ser de por lo menos treinta minutos o más de actividad física moderada en lo posible diariamente o por lo menos tres veces a la semana. Se debe evitar permanecer sentado por periodos superiores a 30 minutos cada vez.
- Se recomiendan algunas medidas de protección articular, especialmente para aquellas articulaciones, sometidas a mayor esfuerzo como son las de las manos, caderas, rodilla y región lumbar, utilizando los músculos largos o varios grupos musculares la realizar una actividad. Por ejemplo:
- No sostener las cazuelas por la oreja sino tomarlos con la mano completa.
- Al recoger objetos del suelo, agacharse doblando las rodillas.
- No empujar las puertas con la mano sino con la cara lateral del brazo.
- Al alzar objetos pesados, no cogerlos con las manos, sino abrazarlos, estas medidas permiten redistribuir el peso reduciendo la tensión en la articulación.
- Para promover el sueño, se recomienda utilizar la habitación solamente para dormir, es decir acostarse más tarde, solo cuando la persona tenga sueño, para

	<p>evitar que la persona se duerma muy temprano y despierte durante la noche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Si al acostarse no puede dormir es preferible que se levante y realice alguna actividad.</li> <li>✿ Es importante tratar de establecer un horario de sueño.</li> <li>✿ Mantener al adulto mayor activo durante el día, evitar las siestas.</li> <li>✿ Procure que el ambiente de la habitación sea agradable (sin ruidos intensos, calor excesivo, cama cómoda)</li> <li>✿ Los adultos mayores deben evitar la fatiga y mantener un equilibrio apropiado del cuerpo y del ejercicio.</li> </ul>
--	--


### HIGIENE



- ✿ Baño diario y cambio de ropa interior y exterior de acuerdo a sus posibilidades.
- ✿ Uñas cortas y limpias
- ✿ Aseo bucal después de cada comida.
- ✿ Lavado de manos antes y después de ir al baño y antes y después de cada comida
- ✿ No comer en la calle.
- ✿ No fumar, ya que suele provocar mala circulación.
- ✿ El cuidado de los pies disminuye el riesgo de lesiones e infecciones
- ✿ Hay que inspeccionar diariamente los pies. Debe buscarse heridas, cambios de color o sensaciones de adormecimiento. Debe solicitarse ayuda a otra persona o usar un espejo para observar toda su superficie.
- ✿ Lavar diariamente los pies. Debe usarse agua tibia con jabón. Después, hay que secarlos perfectamente.
- ✿ Cortarse las uñas de los pies en ángulo recto y limar los bordes afilados.
- ✿ No utilizar removedores u objetos puntiagudos, ni cortar los callos personalmente. Debe consultarse a un médico o pedicurista o una persona que pueda ayudarle.
- ✿ Procurar que el calzado que utilicen sea lo suficientemente amplio para que no ejerza presión sobre los dedos.
- ✿ Verificar diariamente el interior de los zapatos en busca de bordes afilados. No caminar descalzo.
- ✿ Aplicar una crema humectante para mantener la flexibilidad y evitar cuarteaduras en su piel.
- ✿ Evitar la ropa ceñida en las piernas o los tobillos.
- ✿ Revisión de los dientes frecuentemente.
- ✿ Aseo diario de los dientes con hilo, cepillo y crema dental que ayuden a proteger la integridad de las encías.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Limpiar la lengua con un cepillo suave y agua antes de las comidas, esto ayuda a eliminar los residuos que pueden quedar alrededor de la papila gustativa y amplía la superficie para la percepción de los sabores.</li> <li>✿ Evitar la exposición directa a los rayos del sol y utilizar bloqueadores solares</li> <li>✿ Lubricar la piel con cremas humectantes en lo posible no perfumadas, que irriten la piel y aplicarla en forma de toquecitos. Procure no aplicar talcos.</li> <li>✿ Evitar la fricción de la piel con toallas, estropajo, esponjas o al movilizar al adulto mayor en la cama.</li> <li>✿ Evitar la exposición a temperaturas extremas porque tienen menor capacidad para percibirlos.</li> <li>✿ Es importante que consuma líquidos adicionales en climas cálidos o en época de verano.</li> <li>✿ Cubrir la cabeza con un gorro para proteger de los rayos del sol.</li> </ul>
--	--


### ELIMINACIÓN

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Si va continuamente al baño, procure beber abundantes líquidos, para prevenir la deshidratación.</li> <li>✿ En caso de estreñimiento, aumentar la ingesta de agua y alimentos ricos en fibra (cereales, frutas, ciruela pasa, etc.)</li> <li>✿ Realizar masaje abdominal en forma circular el contra de las manecillas del reloj.</li> <li>✿ Si la persona presenta episodios de incontinencia urinaria es importante el control médico (ginecólogo y urólogo), para establecer su causa.</li> <li>✿ Suspender el consumo de líquidos a partir de las 5 o 6 p.m. según la hora en que la persona se acueste, esto para reducir levantarse por la noche.</li> <li>✿ Ejecutar los ejercicios de kegel para el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico:</li> <li>✿ Estos se realizan suspendiendo la salida de orina dos o tres veces cada vez que va al baño, o contrayendo los músculos imaginándose que está en el baño y que no desea que salga la orina.</li> <li>✿ Evitar pujar o hacer esfuerzos, estando con la vejiga llena.</li> <li>✿ Establecer horarios de eliminación con base en la frecuencia con que cada persona siente deseos de eliminar. Recuerde que en ocasiones se presentan episodios de incontinencia por trastornos de la movilidad que les impiden llegar al baño a tiempo, por alteraciones del estado mental como es el caso de los pacientes con demencia.</li> </ul>
---	---




	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ El estreñimiento es un problema frecuente en la vejez y se relaciona con los cambios asociados al proceso del envejecimiento en el aparato digestivo y a los hábitos alimenticios. De allí la importancia de establecer con los ancianos algunas estrategias para prevenirlo de acuerdo con sus gustos y con su situación de salud:</li> <li>✿ Los cereales cocidos como el trigo, arroz o la avena no ayudan a aliviar la constipación, por el contrario tienden a endurecer la materia fecal.</li> <li>✿ Consumir 6 a 8 porciones del líquido al día.</li> <li>✿ Incrementar la actividad física</li> <li>✿ Establecer horarios para la eliminación intestinal.</li> </ul>
--	---

**IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Hipoglucemia (concentración baja de azúcar en la sangre). Puede presentarse cuando el exceso de insulina, el ejercicio o la falta de alimentos hacen que disminuyan los valores de azúcar en la sangre. Los síntomas usualmente aparecen varias horas después de haber comido e incluyen temblores, debilidad y sentirse adormilado seguidos de confusión, mareos y visión doble. En ausencia de tratamiento, las concentraciones bajas de azúcar en la sangre pueden producir convulsiones o pérdida de la conciencia.</li> <li>✿ Si la situación se torna grave o no manejable al presentar también los siguientes síntomas como son: fiebre, náusea, vómito y diarrea estos aumentan la deshidratación.</li> <li>✿ bien si presenta datos de infección como enrojecimiento, hinchazón y secreción, requieren de atención médica inmediata.</li> <li>✿ (Hiperglucemia) se presenta cuando el nivel de azúcar en la sangre es demasiado elevado. La náusea, vomito, dolor abdominal, debilidad, sed, aliento dulce y respiraciones rápidas y profundas preceden a la confusión y pérdida de la conciencia.</li> <li>✿ Prevenir las complicaciones por inmovilidad. Esto es cambiar de posición cada dos horas así evitando las contracturas, se estimula la circulación y se previenen las úlceras por presión, también se evitan la tromboflebitis y las embolias pulmonares se favorece la expansión pulmonar y evitar neumonías y disminuir el edema de las extremidades.</li> </ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Si se observa que el paciente ha dejado de comer y está perdiendo peso.</li> <li>✿ Si orina en exceso o no orina nada durante el día y refiere dolor y salida de sangre al orinar.</li> <li>✿ Si lleva varios días con estreñimiento y tiene dolor abdominal.</li> <li>✿ Si desconoce a la familia u observa que se le olvidan las cosas.</li> <li>✿ Si observa heridas en la espalda, cadera o pies y que tengan mal olor.</li> <li>✿ Si presenta cualquiera de estos síntomas acudir al médico de inmediato.</li> </ul>
--	--

<b>OTRAS RECOMENDACIONES</b>	
	<p>Tomar sus medicamentos correctos, a la hora correcta y por el sitio correcto.</p> <p>Vigilar su glucosa diariamente</p> <p>Acudir al médico para revisión de los ojos</p> <p>Alguna persona deberá revisar muy bien sus pies para prevenir infecciones.</p> <p>Prevenir caídas, colocando los objetos que mas utiliza en lugares que son fácilmente accesibles.</p> <p>Evitar que transiten por pisos húmedos o resbalosos.</p> <p>Utilizar cera antideslizante.</p> <p>Evitar colocar tapetes en el baño.</p> <p>Colocar cinta antideslizante en la ducha.</p> <p>Iluminar los corredores y los baños en la noche.</p> <p>Si la marcha es inestable se recomienda el uso apropiado de bastones o caminadores según el caso.</p> <p>Evitar el consumo de bebidas con cafeína en las horas de la tarde y las comidas abundantes, reducir la ingesta de líquidos a las 5-6p.m. para no tener la necesidad de levantarse al baño durante la noche.</p> <p>Promover la incorporación del adulto mayor a la comunidad para que desarrolle ejercicios independientemente.</p>

**Cuidado e Higiene**



**Otras recomendaciones**



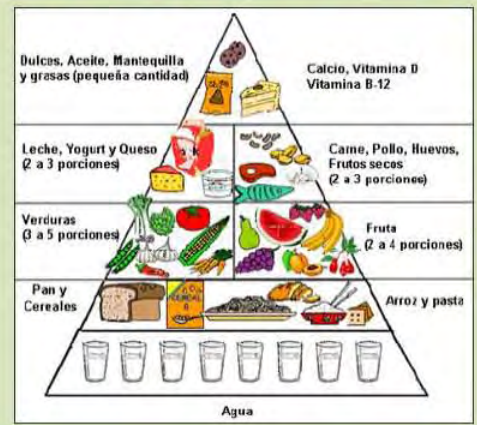
**Uso de medicamentos**



**Complicaciones**



# Diabetes Mellitus



**Ejercicio**



**Preste atención a la deshidratación**



Hacer ejercicio por 30 minutos al día puede contribuir a la pérdida de peso, lo cual a su vez puede reducir la presión sanguínea