



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Validez de la guía de valoración para pacientes adultos
mayores de grado de dependencia III durante la visita
domiciliaria de urgencias del Programa de Atención
Domiciliaria-EsSalud**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencia
y Desastres

AUTOR

Janet Liliana FLORES ROMO

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Flores J. Validez de la guía de valoración para pacientes adultos mayores de grado de dependencia III durante la visita domiciliar de urgencias del Programa de Atención Domiciliar-EsSalud [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2011.

*Dedico este trabajo a mis padres
y a mi esposo e hija, por su
apoyo incondicional en todo.*

Mi sincero agradecimiento a cada uno de los profesionales de enfermería que me apoyaron en el estudio por su incondicional colaboración y facilidades proporcionadas.

INDICE

	Pág.
Índice de Tablas	vii
Resumen	viii
Summary	x
Introducción	1
 CAPITULO I	
A. Planteamiento y Delimitación del Problema	3
B. Justificación	5
C. Objetivo del Estudio	6
D. Propósito	6
E. Marco Teórico	7
E.1 Antecedentes	7
E.2 Base teórica	10
F. Hipótesis	86
G. Definición Operacional de Términos	86
 CAPITULO II	
A. Nivel, Tipo y Método	88
B. Descripción del Área de Estudio	89
C. Población	90
D. Técnica e Instrumento	90
E. Plan de Recolección de Datos	90
F. Validez y Confiabilidad	91
G. Plan de Procesamiento de Datos	91
 CAPITULO III	
A. Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	92

CAPITULO IV

A. Conclusiones	99
B. Recomendaciones	100
C. Limitaciones	100
Referencia Bibliográfica	102
Bibliografía	103
Anexos	

INDICE DE TABLAS

TABLA N°	Pág.
1. Validez de la Estructura de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria según las Enfermeras de Urgencias Del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD	93
2. Validez del Contenido según Sistemas para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD	95

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación tiene su origen en los sucesos actuales de nuestro país, donde se va incrementando el interés del Profesional de Enfermería en realizar estudios de investigación. Uno de los enfoques que cuenta es la llamada investigación metodológica que la orienta a elaborar y demostrar la validez de instrumentos que garantice la recolección de datos confiables, precisos, objetivos y útiles para planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

En nuestro medio, específicamente en el área de la geriatría que maneja el servicio de Prestaciones de Atención Domiciliaria (PADOMI), donde constituye la atención preferencial que brinda EsSALUD en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los Centros Asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y brindarles una atención digna.

Surge de esta manera la necesidad de investigar sobre “Cual es la Validación de la Guía de Valoración para pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, 2009”

Determinar la Validez de la guía de valoración para pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, 2009.

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental transversal ya que permitirá obtener la Validez de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria-EsSalud.

El área en que se realizara el estudio es en Urgencias-PADOMI el cual pertenece a EsSalud, ubicado entre Arenales y Domingo Cueto del Distrito de Lima Cercado. Dicha institución ofrece los servicios de

atención de salud a pacientes geriátricos con enfermedades crónica. Para el desarrollo de los servicios mencionados, se cumple un horario de dos turnos que son guardia de día y guardia de noche.

La población estará constituida por todas las enfermeras del área de Urgencias-PADOMI, son 35 enfermeras(os) por lo cual se tomara a todas y no se realiza muestra.

Palabras claves: Guía de valoración, Valoración del paciente, Enfermera.

SUMMARY

In the present research is rooted in current events in our country, which is also growing interest of Professional Nursing in research studies. One approach to consider is the so-called methodological research that aims to develop and demonstrate the validity of instruments to ensure the collection of reliable, accurate, objective and useful for planning, implementing and evaluating nursing care.

In our area, specifically in the area of geriatrics who runs one of the Home Care Allowance (PADOMI), which is the preferential treatment provided at home EsSALUD the inability to move patients to the medical facilities with the objective to improve their quality of life and provide decent care.

Thus arises the need for research on "What is the validation of the Patient Assessment Guide Grade Aging Unit III during the Emergency Home Visit Home Care Program - ESSALUD, 2009"

Determine the validity of the assessment guide for elderly patients Grade III Unit at the Emergency Home Visit Home Care Program - ESSALUD 2009.

The study is an application level, quantitative, quasi-experimental method which will produce transverse Validity Assessment Guide for Older Patients Unit Grade III for the Emergency Home Visit Home Care Program-EsSALUD.

The area in which they conduct the study is in the ER, which belongs to PADOMI EsSALUD, located between Arenales and Domingo Cueto District of Lima Cercado. This institution offers health care services to elderly patients with chronic diseases. For the development of the services mentioned, it plays a schedule of two shifts that are guard day and night guard.

The population is made up of all emergency nurses-PADOMI area, there are 35 nurses (I) and hence will be taken to all and not done shows.

Keywords: valuation guide, rating the patient, Nurse.

PRESENTACION

La enfermería como profesión joven, ha sido durante largo tiempo, considerada como un arte y una practica basada, en una filosofía general, que solo en el transcurso de estos últimos decenios, tomando su lugar entre las profesiones de la salud a tenido la necesidad de disminuir su dependencia histórica frente a las otras disciplinas para desarrollar un marco conceptual que le sea propia y de esta manera ser reconocida como una disciplina académica.

Actualmente la necesidad de un marco conceptual para enfermería se hace cada vez mas evidente y necesario ya que como cualquier disciplina debe desarrollar sus esfuerzos para implementar y crear sus propios conocimientos porque esta le dará fundamentos científicos para guiar su acción tanto en los de servicios asistenciales, como de enseñanza y de investigación en enfermería.

En nuestro medio, específicamente en el área de la geriatría no se han realizado estudios de validez de guías de valoración, no contando la enfermera con instrumentos validos en nuestra realidad y los que reportan la literatura.

El envejecimiento como proceso conlleva cambios que afectan las esferas biológicas, físicas y psicoemocionales. Si bien el envejecimiento no es una enfermedad, estos cambios son progresivos, declinantes, involutivos que conducen en algún momento a la disminución de las capacidades funcionales y sino se toman medidas que permitan mantener, conservar los niveles de capacidad que aun existen en el estos cambios incidirán negativamente sobre su desenvolvimiento en la vida cotidiana. Es así que uno de los objetivos esenciales que orienta a la enfermera en su trabajo con los pacientes de edad avanzada, es el de mantener y promover la independencia fortaleciendo esos niveles de capacidad aun existentes. Se hace pues

necesario que la enfermera cuente con guías estructuradas que la orienten hacia la identificación de esos niveles de capacidad funcional. El presente estudio de investigación consta de cuatro capítulos. Capítulo I: planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, marco teórico, hipótesis, operacionalización de variables y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, el cual se expone el nivel, tipo, método, población, descripción del área de estudio, técnica e instrumento, validez y confiabilidad, procedimiento y análisis de datos; Capítulo III: Resultado y Discusión; Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

A. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Actualmente en nuestro país se va incrementando el interés del Profesional de Enfermería en realizar estudios de investigación. Uno de los enfoques que cuenta es la llamada investigación metodológica que la orienta a elaborar y demostrar la validez de instrumentos que garantice la recolección de datos confiables, precisos, objetivos y útiles para planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

En nuestro medio, específicamente en el área de la geriatría que maneja el servicio de Prestaciones de Atención Domiciliaria (PADOMI), donde constituye la atención preferencial que brinda EsSALUD en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los Centros Asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y brindarles una atención digna.

La labor de la enfermera en PADOMI es realizar un adecuado proceso de atención de enfermería en donde la etapa de valoración es muy importante para el paciente geriátrico discapacitado, al realizar una

adecuada valoración se puede brindar una atención de calidad hacia el adulto mayor con la colaboración de todo el personal de salud.

El Proceso de Atención de Enfermería constituye el instrumento científico que la enfermera utiliza para evidenciar la ciencia de enfermería en la práctica profesional, utiliza sus capacidades y sus habilidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales para recolectar la información, diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia y la comunidad identificando problemas reales o potenciales de salud.

La finalidad de la etapa de valoración es la recogida y el registro de los datos relevantes sobre los cuidados de salud de una persona, grupo o comunidad. Esta etapa del proceso de cuidados es fundamental para poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad y adecuados a las necesidades reales de la persona o grupo.

Una valoración adecuada sobre el estado de la persona es imprescindible para concluir en el diagnóstico correcto que facilite el diseño del plan de cuidados y la resolución del mismo. Como base para desarrollar la valoración son imprescindibles los registros de valoración inicial, que es el objetivo de este trabajo.

La valoración como primera fase del Proceso de Atención de Enfermería se relaciona con las fases restantes: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Actualmente en el servicio que brinda PADOMI de Urgencia no se cuenta con un buen instrumento de valoración para recolectar datos hacia el adulto mayor con grado de dependencia III. La institución cuenta con una ficha de evaluación geriátrica, en donde se evalúa al adulto mayor en forma muy general, calificando al paciente en dependiente e independiente, no precisando con exactitud las indicaciones o categorías que le permita a la enfermera llegar a esa conclusión.

Al contar con una guía científicamente validada y de fácil manejo permitirá la recopilación de información segura, real, objetiva y confiable con lo que se podrá realizar una adecuada valoración.

B. JUSTIFICACION

El profesional de enfermería desempeña un rol importante dentro del equipo de salud ya que cumple con una serie de actividades para identificar y solucionar los problemas y/o necesidades de salud del paciente geriátrico, así también permanece el mayor tiempo junto a él. Para ello, debe aplicar el proceso de enfermería, siendo su primera etapa la valoración. La valoración es la clave para determinar los cuidados de enfermería, en cantidad y calidad, lo que conlleva a planificar con criterio, la atención que reciba el paciente geriátrico. Por lo que es importante que las actuales y futuras enfermeras tomemos la iniciativa de mejorar nuestras guías de valoración, donde se recoja información trascendental del estado del paciente.

Durante el desempeño laboral al interactuar con los enfermeros de PADOMI ellos refieren: “No tenemos una adecuada guía de valoración del paciente adulto mayor, y que solo nos remitimos hacer lo que el medico nos indica en el tratamiento”.

Por lo anteriormente expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre “Cual es la Validación de la Guía de Valoración para pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, 2009”

C. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la Validez de la guía de valoración para pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, 2009.

Objetivos Específicos:

- Identificar la validez de la estructura de la guía de valoración para pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD.
- Identificar la validez del contenido según sistemas para pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD.

D. PROPOSITO

El propósito esta orientado a que con la realización del presente estudio se proporcione una guía de valoración fácil de utilizar de comprender y con base científica que permita a la Enfermera brindar la calidad y cantidad de cuidados al adulto mayor según su capacidad funcional. Igualmente al contar con esta guía permitirá evaluar periódicamente al adulto mayor en base a necesidades o problemas

identificados y poder observar si es que se brinda una intervención adecuada.

E. MARCO TEORICO

E.1 ANTECEDENTES

Se realizo la revisión de antecedentes encontrándose algunos relacionados. Así tenemos que:

Florence S. Downs y Joyce Fitzpatrick en New York E.E.U.U. en 1975 titulado “Investigacion Publica de la Factibilidad y Validez de una Prueba para determinar la Posición Corporal y la Actividad Motora”, cuyo objetivo fue el de demostrar la factibilidad y validez de una Prueba en la determinación de la Posición Corporal y Actividad Motora. El método que se utilizo fue cuantitativo de corte transversal. La población estaba conformada por 14 niños entre 4 y 5 años de edad de la “Escuela Elemental Metropolitana Pequeña”. Para la selección de la muestra como primer paso se informo a los padres sobre la intención y objetivos del estudio, participando aquellos niños cuyos padres autorizaron dicha participación. El instrumento que utilizaron fue una escala del desarrollo de la actividad motora (MARS), prueba que grafica la posición corporal, la actividad motora gruesa y la intensidad de esta actividad. La escala fue probada en diferentes situaciones cuyos resultados fueron positivamente validos. El instrumento fue valido por otros investigadores en otros tipos de pruebas. La demostración de la validez del instrumento fue establecida por la correlación entre los puntajes obtenidos utilizando actometro (reloj que mide intensidad de movimientos) Vs los puntajes obtenidos de cada movimiento asignado y los ejercicios específicos. El resultado del

coeficiente de correlación fue 0.78 – 0.95, es decir todo significativamente superiores. Llegando a la siguiente conclusión:

“La investigación realizada fue que el instrumento era valido para determinar y señalar la posición corporal, movimientos corporales e intensidad del movimiento corporal”. (1)

Edda Ortiz Córdova, en 1980, en Lima-Perú, realizaron un estudio sobre “Efectividad de un Instrumento de Valoración en la identificación de un Diagnostico de Enfermería”. El objetivo fue: Demostrar la validez y sistematización de datos que ayude a la enfermera a la identificación de un diagnostico de enfermería. El método que se utilizo fue experimental de dos grupos. La población estuvo formada por 8 enfermeras del Hospital General Dos de Mayo que trabajaban en la unidad de recuperación Post – anestesia. La selección de la muestra para el grupo control y experimental fue al azar simple. El instrumento fue una guía de valoración del paciente en la unidad de recuperación post anestesia, la cual fue elaborada con criterio de otras guías y la base teórica. Llegando a la siguiente conclusión entre otros:

“El instrumento de valoración desarrollado no es valido para la recolección de datos en pacientes que se encuentran en el post-operatorio inmediato de cirugía abdominal, ya que las enfermeras del grupo experimental no identificaron diagnósticos mas validos que aquellas que no utilizaron el instrumento.

El instrumento empleado por las enfermeras ayudo a la recolección de datos mas completos pero no a identificar el diagnostico de enfermería”. (2)

Gloria Marlene Arquinego Jaimes, en 1987, en Lima-Perú, realizó un estudio sobre "Validación del Instrumento de Valoración de la Capacidad Funcional del Anciano Albergado para satisfacer sus necesidades Básicas". El Objetivo fue: Elaborar y demostrar la validez de un instrumento que le permitan a la enfermera medir la capacidad funcional que tiene el anciano albergado para satisfacer sus necesidades básicas específicamente de alimentación, eliminación, abrigo, higiene y movilización. El método que se utilizó descriptivo. La población estuvo conformada por 117 ancianos de los cuales 73 eran de sexo masculino y 44 del sexo femenino, la muestra fue de 90 sujetos. El instrumento fue la técnica de recolección de datos fue por un libro de códigos, luego se confeccionó la hoja individual y finalmente se elaboró la matriz tripartida la que permitió contener la información de todas las unidades. Llegando a la siguiente conclusión entre otros:

" El instrumento Guía de Valoración utilizado por las enfermeras en el albergue, es válido para que ella determine la capacidad funcional que tiene el anciano albergado para satisfacer sus necesidades básicas fisiológicas ya que en cada una de las categorías evaluadas los resultados fueron significativamente superiores al valor teórico planteado por la tabla, lo que nos permite aseverar que el instrumento si discrimina la capacidad funcional de un grupo de ancianos separándolos en capacitado e incapacitados, se acepta por lo tanto la hipótesis de investigación." (3)

Pilar Rosario Alvarado Huamanlazo, Juana Rosario Callupe Chávez, en 1993, en Lima-Perú, realizó un estudio sobre: "Validación de un Instrumento guía propuesto para ser aplicado durante la admisión del paciente adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital Central F.A.P. y Hospital Nacional Edgardo

Rebagliati Martins, IPSS". El método que se utilizó es el de intervención cuasi experimental, prospectivo transversal con enfoque descriptivo. La población estuvo conformada por enfermeras del hospital Central F.A.P. y hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que laboran en los servicios y/o unidades de medicina y cirugía con más de un año de experiencia. El instrumento propuesto fue un formulario estructurado y un cuestionario opinario. Llegando a la siguiente conclusión entre otros:

“Que el instrumento guía de admisión propuesto es validado inicialmente para recolectar información en forma sistemática e integral, relacionando a los datos básicos sociales, fisiológicos y psicológicos y que para la recolección de la información con el Instrumento Guía durante la admisión del paciente adulto no es necesario la instrucción previa.” (4)

Por lo expuesto se evidencia que existen trabajos relacionados con la validez de la guía de valoración del adulto mayor.

A continuación se expone la base teórica que dará sustento a los hallazgos.

E.2 BASE TEORICA

1. PACIENTE DE PADOMI

1.1 DEFINICION DE PADOMI

Significa Prestaciones de Atención Domiciliaria y constituye la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los Centros Asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y brindarles una atención digna.

PADOMI logra la participación de la familia en la atención del paciente; fomentando el autocuidado y aplicación de los niveles de prevención.

PADOMI esta dirigida a las Personas Dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismo y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, uso de servicios higiénicos entre otros. La población inscrita a PADOMI esta conformada mayoritariamente por Personas Adultas Mayores de más de 70 años, Personas con Discapacidad y Pacientes en situación Terminal.

1.2 DEFINICION DE PACIENTE

a. Paciente de PADOMI

Todo adulto mayor de 70 años y con enfermedad crónica discapacitante que no le permita movilizarse a los centros hospitalarios.

b. Paciente de Grado de Dependencia III

La Ley de Dependencia, (aprobada en diciembre del 2006), es una Ley Universal a la que tienen derecho todos los ciudadanos y ciudadanas españoles que no pueden valerse por sí mismos por encontrarse en situación de dependencia. Con esta Ley nace el cuarto pilar del Estado de Bienestar, que configura el **Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia**, conocido como el SAAD. A través de esta ley se pretende alcanzar la autonomía personal de las personas dependientes y de sus cuidadores. Para ello, el Estado y las Comunidades Autónomas, se han dotado de unos recursos y prestaciones a los que podrán acceder todas aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la Ley de Dependencia

De la Ley de Dependencia extraemos las siguientes definiciones que nos ayudan a comprender qué se entiende por Autonomía, por Dependencia y cuales son los Grados de Dependencia.

- ***Definición de Autonomía***

Se entiende por Autonomía a "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

- ***Definición de Dependencia***

Se entiende por Dependencia al "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

- ***Grados de Dependencia***

La Ley clasifica las situaciones de dependencia en tres grados.

Los organismos competentes de cada Comunidad Autónoma serán los encargados de aplicar el baremo de medición oficial y común a todo el estado. Este grado de dependencia sirve para repartir los recursos y prestaciones según las necesidades de cada caso.

Los grados de dependencia estipulados por la Ley de Dependencia son los siguientes.

- ❖ Primer Grado o dependencia moderada: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, (por ejemplo, para comer y beber, controlar la micción o la defecación, lavarse, vestirse...), o

necesitan ayuda intermitente o limitada para mantener la autonomía personal.

- ❖ Segundo Grado o dependencia severa: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador, o necesitan mucha ayuda para mantener la autonomía personal.
- ❖ Tercer grado o gran dependencia: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o bien tienen necesidad de ayuda total para mantener la autonomía personal.

Con el fin de poder asignar los recursos de forma justa en cada caso, y calificar cada situación, cada grado se ha subdividido en dos niveles. Mediante el Baremo de Medición oficial, a cada caso se le asignará una de las seis categorías. La Ley de Dependencia repartirá equitativamente sus recursos entre estas seis categorías.

c. Adulto Mayor

Las personas adultas mayores, (definidas por la Organización Panamericana de la Salud como personas de 60 años o más), son poseedoras de derechos inalienables en tanto que persona humana, como el derecho a la vida, a tener un nombre, etc. Las personas adultas mayores son poseedoras también de derechos como ciudadanos, en tanto que son protegidos por un estado sujetándose a deberes y derechos.

Pero por constituir un grupo social en aumento y que en contextos como el nuestro pueden verse vulnerados sus derechos, nuestras leyes han contemplado derechos especialmente dirigidos a este grupo poblacional que van de acuerdo a sus necesidades como persona adulta mayor.

Aquí les brindamos los derechos específicos para personas adultas mayores contemplados en las leyes peruanas.

Las Personas Adultas Mayores tienen derecho a:

- La atención preferente en los establecimientos públicos y privados que prestan servicios al público. (Ley 27408)
- A contar con asientos reservados en los vehículos de transporte público de pasajeros Resolución. (D.M. 081-2001/ MMLDMTU)
- A la igualdad ante la Ley y a no ser discriminados. (Constitución Política del Perú, Art. 2)
- A participar en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la Nación. (Constitución Política del Perú, Art. 2, inciso 17).
- A ser protegido por el estado. (Constitución Política del Perú, Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006)

1.3 MODALIDAD DE ATENCION POR VISITA DOMICILIARIA

La atención de Urgencia a pacientes inscrito en el Programa de PADOMI es según el llamado a la central y el grado de urgencia, se realiza como una pequeña hospitalización en casa en donde se le administra sus antibióticos y se orienta a la familia de cómo debe cuidar al paciente.

2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

2.1 VALORACION

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al

expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, estos requisitos previos son:

- ✓ Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- ✓ Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- ✓ Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- ✓ Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- ✓ Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- ✓ Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✓ Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ✓ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ✓ Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Métodos para obtener datos:

a) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

b) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La

observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

c) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando

se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- ❖ Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ❖ Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ❖ Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Dentro del contexto de la Atención de Enfermería, se destaca la valoración física, en otros términos, es realizar un examen físico, donde se toman datos antropométricos, signos vitales al paciente, de una manera integral e individual, solo que el caso de esta entidad nos abocáremos a realizar la evaluación cefalo-caudal.

La exploración física encuentra entre sus técnicas preliminares; la entrevista, observar, medir, palpar, percutir, auscultar y registrar. Como soporte del principio metodológico del proceso de Atención de

Enfermería (definición, planificación, ejecución y evaluación) de la valoración de necesidades.

2.2 DIAGNOSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- ✓ La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- ✓ La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y

tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- ✓ Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

a. Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

b. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

2.3 PLANEAMIENTO

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de

planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- a. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- b. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.
- c. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que

se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- d. Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con

intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- e. Documentación y registro

2.4 EJECUCION

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- a. Continuar con la recogida y valoración de datos.
- b. Realizar las actividades de enfermería.
- c. Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- d. Dar los informes verbales de enfermería,
- e. Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y

tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

2.5 EVALUACION

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- ✓ Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- ✓ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- a. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica
- b. Señales y Síntomas específicos
 - Observación directa
 - Entrevista con el paciente.

- Examen de la historia
- c. Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente
 - Cuestionarios (test),
- d. Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad
- e. Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal
- f. Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :
 - Entrevista con el paciente.
 - información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ❖ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ❖ En relación a los objetivos marcados.

- ❖ Como resultado de la intervención enfermera
- ❖ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

3. EVALUACION POR SISTEMAS

3.1 SISTEMA NEUROLÓGICO

3.1.1 Definición

La evaluación del estado mental se hace desde el primer contacto con el sujeto, con la observación del comportamiento y la evaluación de las respuestas a las preguntas que usted realizó durante la entrevista o en su comunicación con la persona, desde el comienzo del examen físico. Solo tiene que tener en cuenta que cuando usted pregunta, por ejemplo, el nombre, la edad, la dirección, u ordena al sujeto optar determinada posición, está también evaluando el estado mental del sujeto. Si la comunicación y las respuestas son adecuadas, no tiene necesidad de repetir cada una de las preguntas o técnicas de exploración del estado mental, cuando esté realizando el examen

particular del sistema nervioso. Pero si en estos primeros momentos usted detecta alguna alteración que pueda interferir con el buen desenvolvimiento del examen físico, es recomendable evaluar primero el estado mental, e incluso todo el examen del sistema nervioso, para poder conocer cómo enfocar el resto del examen físico y sus limitaciones en cuanto a las técnicas que necesiten de la comunicación adecuada con el sujeto.

Si bien es cierto que las técnicas de la evaluación mental se realizan detalladamente en los sujetos que se sospecha o ya tienen alteraciones neurológicas, es necesario conocerlas desde ahora, para poder concluir que el examen del estado mental es normal, para poder llevarlo hasta el final, si se detecta alguna anomalía y para poder evaluar adecuadamente el estado mental de individuos con alteraciones psiconeurofisiológicas, pero por lo demás, orgánicamente sanos, como sucede en los ancianos.

El examen del estado mental es el proceso de evaluación de las funciones que son controladas por la corteza cerebral, como la habilidad de pensar, entender e interactuar con el medio.

Los signos indicativos del estado mental pueden revelarse por la apariencia y la conducta de las personas, así como por las respuestas a ciertas preguntas o instrucciones.

3.1.2 Examen Físico

Una forma de evidenciar tales signos es realizar el examen del estado mental de una forma ordenada que comprende lo siguiente:

a. Nivel de conciencia

La conciencia se refiere al nivel de vigilia y de respuesta y está regulada por el sistema reticular activador ascendente (SRAA) en el

tallo cerebral. Debe tenerse claro que en el sentido estricto, la conciencia no es lo mismo que orientación. Una persona puede estar consciente, pero desorientada en tiempo y espacio.

El nivel de conciencia se evalúa observando el desenvolvimiento de la persona, la habilidad de hablar y cumplir órdenes verbales, y las habilidades motoras.

De forma primaria, se clasifica y describe en relación con la intensidad de los estímulos sensoriales requeridos para despertar a una persona.

Los términos que pueden utilizarse para describir el nivel de conciencia son:

- Alerta.
- Consciente, vigil o totalmente despierto.
- Obnubilado.
- Estuporoso.
- Comatoso.

Aunque estos términos están estandarizados y representan observaciones específicas, algunos sujetos no pueden incluirse exactamente en una de estas categorías. En estos casos, el nivel de conciencia puede documentarse con una descripción detallada del tipo de estímulo que se aplicó para hacerlo reaccionar y las respuestas verbales o motoras de este.

- **Alerta o vigilante.** Es el nivel de conciencia más alto, caracterizado por la capacidad de responder a todos los tipos de estímulos sensoriales de intensidad mínima, cuando las condiciones externas necesitan que el individuo reaccione lo más rápido posible, y se manifiesta incluso en modificaciones electroencefalográficas. Este nivel más alto que el de la conciencia normal o vigil, puede ser incluso patológico.

- **Totalmente despierto, consciente o vigil.** Nivel de conciencia en el cual el individuo está completamente despierto y orientado en tiempo, lugar y persona. Además, la persona es capaz de responder a las órdenes verbales.
Sin embargo, insistimos, un individuo puede estar completamente consciente, pero continuar desorientado.
- **Obnubilado.** El sujeto se muestra somnoliento, o dormido la mayor parte del tiempo, pero es capaz de realizar movimientos espontáneos. Es posible despertarlo, pero habitualmente se requiere una suave palmada o sacudida adicional, para que diga su nombre. Un sujeto obnubilado tiende a volver a dormirse fácilmente y puede estar desorientado.
- **Estuporoso.** El sujeto duerme casi todo el tiempo y realiza pocos movimientos corporales espontáneos. Se necesitan estímulos más vigorosos como gritarle o sacudirlo para poder despertarlo. Él es aun capaz de responder verbalmente a estos estímulos, aunque lo hace erróneamente y por poco tiempo, pero está menos apto o es incapaz de cumplir órdenes y, si pretende hacerlo, sus respuestas son equivocadas. Un sujeto estuporoso raramente se orienta o se despierta completamente, incluso cuando el examinador le esté realizando pruebas de respuesta a estimulaciones sensoriales.
- **Comatoso.** El sujeto está inconsciente la mayor parte del tiempo y no muestra actividad motora espontánea. Se necesitan estímulos nocivos fuertes como el dolor, para provocar una respuesta motora, que habitualmente es un intento dirigido a quitar el estímulo. Las respuestas verbales están limitadas a algún monosílabo o ausentes. Si no ocurre respuesta refleja, el individuo está en coma profundo.

b. Exploración del nivel de conciencia

Las técnicas de exploración del nivel de conciencia están basadas en la Escala de Coma de Glasgow que es una prueba rápida, objetiva y reproducible, donde se evalúan tres parámetros del nivel de conciencia: la apertura de los ojos, la mejor respuesta motora y la respuesta verbal.

c. Alteraciones Sensoriales

- **Deficiencia Visual**

El concepto de deficiencia visual hace referencia tanto a la ceguera propiamente dicha como a otras afecciones de la vista que no llegan a ella. La ceguera es la pérdida de la percepción visual medida a través del campo y de la agudeza visual, con el mejor ojo no se sobrepasa el 1/10 de agudeza visual o no se conserva en ninguno de los dos el 1/20 de la visión normal. La ambliopía es la deficiencia visual de aquellas personas que mantienen un resto visual por debajo de los criterios anteriores. Dentro de la ambliopía hay que diferenciar las personas que han adquirido la deficiencia tardíamente (cuentan con experiencia sensoriales) de aquellas que son amblíopes de nacimiento.

- **Deficiencia Auditiva**

Las deficiencias auditivas son las disfunciones o alteraciones cuantitativas en una correcta percepción auditiva. Se entiende por hipoacusia la disminución de la capacidad auditiva que permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva. La pérdida total de la audición recibe el nombre de cofosis (sordera), el lenguaje no se puede adquirir por vía oral pero sí por vía visual.

- **Deficiencia del Olfato**

Suele disminuir según avanza la edad, aunque no implica perjuicios para el gato a no ser una ligera pérdida del apetito en algunos casos.

- **Deficiencia del Gusto**

No es frecuente su pérdida. Debemos sin embargo comprobar periódicamente el estado de la boca de nuestro gato: los problemas más frecuentes son la aparición de *gingivitis* y *sarro*, que si no son corregidos con limpiezas de boca, pueden degenerar en *enfermedad periodontal* (infección de encías grave) y alteraciones cardíacas debido al paso continuo de bacterias de la boca a la circulación sanguínea. Podremos además detectar la presencia de halitosis (mal olor) y *úlceras* en lengua, que harán que a nuestro gato le resulte muy doloroso comer, lo que indica alteraciones renales importantes.

3.1.3 Patologías

a. Desorden Cerebro Vascular (DCV)

El término cerebro vascular se refiere a los vasos sanguíneos que irrigan el tejido cerebral.

La causa más frecuente de enfermedad cerebro vascular es el ictus. El ictus es una causa líder en mortalidad entre los adultos. Este se presenta cuando se produce un bloqueo de la irrigación cerebral, bloqueo que puede producirse por arteriosclerosis, hemorragia por ruptura de un vaso cerebral, aneurisma o por un embolo que obstruye un vaso cerebral y otras múltiples causas en menor medida.

La mayor parte de las enfermedades cerebro vasculares pueden atribuirse a aterosclerosis e hipertensión; hasta que encontremos caminos para enfrentarnos a ellos, la enfermedad vascular cerebral continuará siendo una causa principal de morbilidad.

La HTA y aterosclerosis interactúan en varios caminos. La aterosclerosis al reducir la elasticidad de las grandes arterias, induce hipertensión. La estenosis aterosclerótica de las arterias renales,

causa isquemia renal, produciendo hipertensión como mecanismo compensador. Por contra la HTA empeora la aterosclerosis, actuando en las paredes de las pequeñas arterias. Además desorganiza las paredes de los pequeños vasos cerebrales (0,5 mm o menos) que quedan impregnados de un material lipodihialinoide, proceso que Fisher llama lipohialinosis. El segmento afectado puede permitir la formación de pequeños aneurismas disecantes, que algunos neuropatólogos hacen responsables de la hemorragia cerebral hipertensiva. La lipohialinosis también resulta en trombosis de las pequeñas arterias perforantes, dando lugar al estado lagunar.

La aterosclerosis en las arterias cerebrales es similar al de la aorta, coronarias y otras arterias. En general el proceso en las arterias cerebrales corre paralelo pero menos severamente, por regla general, que en aorta, corazón y extremidades inferiores. Hay excepciones a esta regla clínica, pues a veces las arterias cerebrales están afectadas cuando no existen o son muy ligeros los signos clínicos de enfermedad coronaria o de arteriopatía de las extremidades inferiores. La HTA, hiperlipidemia y diabetes agravan el proceso.

b. Enfermedad de Alzheimer

Es un trastorno degenerativo del encéfalo que aparece en el adulto de edad mediana o en el anciano. Se caracteriza por atrofia de la corteza cerebral habitualmente difusa. No se conoce la causa de la enfermedad pero existen pruebas de que hay una predisposición genética. Son signos frecuentes la temprana de memoria, una desintegración de la personalidad, la desorientación completa, el deterioro del lenguaje y la inquietud. En el examen microscópico aparecen cambios en toda la corteza cerebral. Se observan muchas placas seniles en la corteza atrófica.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se hace con la TC o RM que muestra una corteza cerebral atrófica adelgazada y ventrículos laterales dilatados. El uso reciente de la tomografía por emisión de positrones muestra pruebas de un metabolismo cortical disminuido.

c. Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad neurológica que se asocia a rigidez muscular, dificultades para andar, temblor y alteraciones en la coordinación de movimientos.

Es una enfermedad muy frecuente que afecta a 2 de cada 1000 personas, y se desarrolla más a partir de los 50 años, de igual forma a hombres y mujeres.

La enfermedad de Parkinson es un proceso neurológico crónico cuyas causas son la alteración progresiva en la sustancia negra del mesencéfalo (ganglios basales y área extrapiramidal). Estas áreas son zonas nerviosas que controlan y coordinan los movimientos. Y la disminución de la dopamina cerebral. La dopamina es un sustancia neurotransmisora, que transmite impulsos de unas células nerviosas a otras.

La enfermedad de Parkinson tiene unos síntomas muy característicos, los cuales son:

- Rigidez muscular.
- Temblor, puede ser de diferentes intensidades.
- Hipocinesia, falta de movimientos.
- Dificultades al andar, parece que se siguen a sí mismos.
- Mala estabilidad al estar parado, parece que pendulan.
- Al comenzar a andar tienen problemas, les cuesta empezar.

- Si un movimiento no se termina tiene dificultades para reiniciarlo, o terminarlo.
- Cara de pez o máscara, por falta de expresión de los músculos de la cara.
- Lentitud de movimientos.
- Acatisia, se dice de una falta de capacidad de estar sentado sin moverse.
- Movimiento de los dedos como si estuvieran contando dinero.
- Boca abierta, con dificultad para mantenerla cerrada.
- Voz de tono bajo, y monótona.
- Dificultad para escribir, para comer, o para movimientos finos.
- Deterioro intelectual, a veces.
- Estreñimiento
- Depresión, ansiedad, atrofia muscular.

El Parkinson no tratado es incapacitante y lleva a una muerte prematura. Los pacientes tratados mejoran claramente de los síntomas, la variabilidad de respuesta a los tratamientos es diversa y por ello el pronóstico de cada caso dependerá de la tolerancia a los tratamientos y su eficacia en cada caso.

d. Epilepsia

La epilepsia es un síntoma en el cual hay una alteración transitoria súbita de la fisiología normal del encéfalo que cesa en forma espontánea y tiende a repetirse. En general el trastorno se asocia con una alteración de la actividad eléctrica normal. En crisis parciales la anomalía sólo ocurre en una parte del encéfalo y no pierde la conciencia. E las crisis generalizadas en algunos pacientes puede haber ataques no convulsivos en los cuáles el paciente súbitamente se

queda con la mirada en blanco. En la mayoría hay pérdida total de la conciencia con espasmo tónico y contracciones clónicas de los músculos.

En la mayoría, la causa se desconoce; en algunos parece existir una predisposición hereditaria, en otros la causa es una lesión local como un tumor cerebral o una cicatriz en la corteza luego de un traumatismo.

3.2 SISTEMA RESPIRATORIO

3.2.1 Definición

El aparato respiratorio es el encargado de realizar el intercambio de gases entre el aire y la sangre. Este constituido por:

a. Vías respiratorias: Conducen el aire del exterior a los pulmones y viceversa.

- Fosas nasales: Son las dos cavidades de la nariz. En ellas el aire es filtrado, calentado y humedecido.
- Faringe: Forma parte a la vez de las vías respiratorias y del tubo digestivo: comunica con la laringe y el esófago. Tiene la misma misión que las fosas nasales.
- Laringe: En su interior se encuentran las cuerdas vocales, cuya vibración, al paso del aire, produce la voz. Cuando tragamos el alimento, la laringe queda cerrada por una especie de lengüeta llamada epiglotis.
- Tráquea: Es un largo tubo que posee anillos cartilagosos incompletos en forma de C que lo mantienen siempre abierto. Se halla situada delante del esófago.
- Bronquios: Son los dos tubos en los que se divide la tráquea. Penetran en el interior de los pulmones donde se ramifican repetidamente, formando los bronquiolos. Su pared interior

posee cilios (especie de pelillos que vibran) y moco para filtrar el aire y atrapar las partículas que lleva en suspensión.

b. Pulmones: Son dos masas esponjosas recubiertas de un tejido de doble pared llamado pleura, con una fina capa de líquido entre ambas para suavizar los movimientos respiratorios. El pulmón derecho está dividido en tres lóbulos y el izquierdo en dos. Están constituidos por los bronquiolos que se dividen repetidamente en ramas cada vez más finas que terminan en unas bolsas llamadas alvéolos, recubiertas de capilares sanguíneos.

- Ventilación pulmonar

Así se llama a la entrada y salida de aire de los pulmones. Consta de dos movimientos respiratorios: inspiración y espiración.

- ❖ Inspiración: Se produce por contracción del diafragma (desciende) y de los músculos que elevan las costillas. Esto provoca un aumento de la cavidad torácica que permite la entrada de aire en los pulmones.
- ❖ Espiración: Ocurre lo contrario que en la inspiración: diafragma y los músculos de las costillas se relajan, disminuyendo la capacidad torácica. Esto provoca la salida pasiva del aire.

- Intercambio de gases

El intercambio de gases entre el aire y la sangre tiene lugar a través de las finas paredes de los alvéolos y de los capilares sanguíneos. La sangre venosa proveniente de la arteria pulmonar se libera del dióxido de carbono, procedente del metabolismo de todas las células del cuerpo, y toma oxígeno. La sangre oxigenada regresa por la vena pulmonar al corazón que la bombea a todo el cuerpo.

3.2.2 Examen Físico

En el examen del tórax se consideran tres partes:

- **Anterior**

- Fosa supra e infra clavicular.
- Región intercostal.
- Región mamelonar.

- **Posterior**

- Zona superior o supraespinosa (situada por encima de la espina de la escápula) que va desde la línea vertebral hasta la línea escapular.
- Zona escapular extema, que continúa la anterior hasta la línea axilar posterior.
- La zona inferior, situada por debajo de la línea que pasa por debajo del omóplato y que se llama base.

- **Lateral**

- Zona superior o hueco axilar por encima de una línea horizontal que pasa por el mamelón,
- Zona inferior o subaxilar.

Las demarcaciones del tórax incluyen:

- Las doce vértebras torácicas
- Las doce costillas a cada lado
- La horquilla supraesternal, (en la parte superior del esternón entre las clavículas, y el ángulo esternal de Louis), que es una proyección ligeramente hacia fuera, palpable, del esternón, en el punto de unión del manubrio con el cuerpo y donde se articula a cada lado, la segunda costilla.
- El ángulo de Louis es el punto de partida para contar las costillas y los espacios intercostales.
- Estos últimos tienen números que se corresponden con el número de la costilla suprayacente.

- La identificación de las costillas por palpación es habitualmente más fácil a nivel de la línea medioclavicular que en el borde esternal, donde pueden interferir los cartílagos esternales proximales.
- El reborde costal se refiere a la superficie proximal de la costilla que desciende y se aleja del esternón y el ángulo costal se forma por las intersecciones de los rebordes costales.

3.2.3 Patologías

a. Neumotórax

El neumotórax es la entrada de aire en el espacio pleural, que produce el despegamiento de las capas parietal y visceral, provocando la compresión y el colapso del parénquima pulmonar.

Causas

Por causa espontánea, en jóvenes sanos (ruptura de bullas apicales) o en pacientes con EPOC

Por causa traumática, por traumatismo abierto o cerrado.

Hipertensiva, cuando, por un mecanismo valvular, el aire penetra en el espacio pleural durante la inspiración y queda retenido durante la espiración.

Catamenial, en mujeres jóvenes en relación con la menstruación.

Sintomatología

La repercusión clínica depende de la reserva ventilatoria del paciente y del grado de colapso pulmonar consecutivo a la entrada de aire en la cavidad pleural.

Generalmente, presenta dolor tipo punta de costado, disnea (dificultad para respirar), tos seca, sudoración, taquicardia y palidez. Si la afectación es grave, puede haber cianosis y shock.

b. Neumonía

La neumonía es un proceso infeccioso del tejido pulmonar en el que los gérmenes invaden el pulmón por aspiración de microorganismos que colonizan la orofaringe, o por vía sanguínea a través de un foco no pulmonar, o por contigüidad. La infección supone el fallo de los mecanismo de defensa (movimiento ciliar, secreción de moco, respuesta inmunitaria, etc.) o de una cantidad de microorganismos muy alta.

Causas

En los adultos, los gérmenes que con más frecuencia producen neumonía son el *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella* y *Haemophilus influenzae*. Los virus, como los de la gripe y la varicela, pueden ser también agentes causales. El *Mycoplasma pneumoniae* es una causa particularmente frecuente de neumonía en niños mayores y en adultos jóvenes. El consumo de alcohol, el tabaquismo, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la EPOC son factores predisponentes. Los niños y las personas de edad avanzada tienen mayor riesgo de desarrollarla, así como los individuos con alteraciones del sistema inmunitario.

Se clasifican en extra hospitalarias, si se desarrollan en la población general o hasta las 72 horas del ingreso hospitalario, o

intrahospitalarias, si se presentan en el paciente ingresado por otra patología.

Sintomatología

La presentación típica de una neumonía extra hospitalaria consiste en un cuadro agudo de fiebre, escalofríos, tos productiva y dolor tipo pleurítico, con elevación del recuento de leucocitos en sangre periférica. La forma denominada atípica se presenta de manera subaguda, con fiebre, cefalea (dolor de cabeza), mialgias (dolor muscular), artralgias (dolor articular) y tos seca. La clínica de las neumonías intrahospitalarias queda solapada por la enfermedad de base, por lo que debe sospecharse en pacientes con fiebre y aparición de nuevos infiltrados radiológicos.

c. Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón representa la primera causa de muerte por cáncer. La supervivencia de 5 años después del diagnóstico es menor del 50% en casos de enfermedad localizada, y menor del 25% si está extendida. Se reconocen cuatro variedades fundamentales: carcinoma de células pequeñas, adenocarcinoma, carcinoma escamoso y carcinoma de células grandes.

Causas

Existe una clara relación con el tabaquismo. El riesgo relativo es 10 veces mayor en fumadores de cigarrillos y 1,5 veces mayor en

fumadores pasivos. Entre los no fumadores, es más frecuente el adenocarcinoma.

Sintomatología

Los síntomas pueden permanecer silentes durante meses. Los tumores de localización central aparecen como masas tumorales que afectan a bronquios grandes. Clínicamente, pueden dar tos con expectoración hemoptoica (expectoración con trazas de sangre). Los de mayor tamaño pueden dar lugar a atelectasias (colapso de una región pulmonar periférica o bien de todo el pulmón) por obstrucción de la luz bronquial. Los de localización periférica generalmente dan síntomas en fases avanzadas, normalmente derrame pleural maligno.

La afectación de estructuras vecinas puede dar lugar a obstrucción traqueal, disfagia, disfonía por compresión del nervio recurrente laríngeo, parálisis del nervio frénico, síndrome de la vena cava superior, etc. Son frecuentes las metástasis por vía sanguínea y los síndromes paraneoplásicos.

d. Faringitis

La faringitis es una inflamación de las membranas mucosas y del tejido linfoide de la faringe, normalmente como resultado de una infección.

Causas

Esta enfermedad es causada comúnmente por infecciones bacterianas o virales, como el virus de la gripe, *Streptococcus pyogenes* o *Mycoplasma pneumoniae*. Ocasionalmente, la causa es la difteria o *Candida albicans*.

Sintomatología

El síntoma principal es el dolor de garganta. También hay fiebre, dolor muscular y dolor al tragar.

e. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Trastorno permanente y lentamente progresivo, caracterizado por una disminución del flujo en las vías aéreas, causado por la existencia de bronquitis crónica y enfisema pulmonar. La bronquitis crónica es una entidad clínica definida por la presencia de tos y expectoración durante más de 3 meses al año, durante 2 o más años consecutivos.

El enfisema pulmonar es un concepto anatomopatológico caracterizado por el agrandamiento anormal y permanente de los espacios aéreos más allá del bronquiolo Terminal, asociado a destrucción de las paredes alveolares. La limitación del flujo aéreo espiratorio se produce por lesión de la pequeña vía aérea por inflamación y fibrosis, junto con la destrucción de la arquitectura alveolar. La dificultad en la espiración se traduce en hiperinsuflación pulmonar.

Causas

El principal factor de riesgo para la EPOC es el tabaquismo, que actúa alterando la motilidad ciliar, inhibiendo la función de los macrófagos, produciendo hipertrofia hiperplasia glandular y broncoconstricción aguda. Además se han señalado factores genéticos (déficit de alta-1-antitripsina), la exposición laboral y el tabaquismo pasivo.

Sintomatología

Los síntomas aparecen a partir de los 45 a 50 años en individuos susceptibles que han fumado alrededor de 20 cigarrillos al día durante 20 años o más.

Característicamente, los pacientes presentan tos crónica, productiva, de predominio matutino, expectoración mucosa o mucopurulenta, ruidos bronquiales (sibilancias) y sensación de falta de aire (disnea). Es frecuente la evolución con agudizaciones por infecciones respiratorias. En estadios avanzados, se observa disnea en reposo o al esfuerzo mínimo, edemas en los tobillos. A la exploración física, destaca un tórax insuflado, la coloración azulada de la piel (cianosis), y el aumento de tamaño del hígado.

f. Hipertensión Pulmonar

La hipertensión pulmonar es una entidad definida por la elevación de la presión media de la arteria pulmonar mayor de 25mm/Hg durante el reposo o mayor de 30mm/Hg durante el ejercicio. Existe hipertensión pulmonar primaria e hipertensión pulmonar secundaria.

Causas

La hipertensión pulmonar primaria es poco frecuente y de causa desconocida. Se produce por afectación de los vasos pulmonares de pequeño calibre (arterias musculares pequeñas y arteriolas).

La hipertensión pulmonar secundaria es más frecuente y generalmente se producen en el contexto de enfermedades respiratorias o cardiovasculares crónicas que cursan con bajos niveles de oxígeno en sangre (hipoxemia). La causa más frecuente es la EPOC (véase la

entrada de EPOC) y otras causas son la hipertensión portal, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), fármacos, cocaína, exposición crónica a grandes alturas, etc.

La hipoxemia induce constricción de la vasculatura pulmonar (para mantener el equilibrio del intercambio gaseoso), que, junto con el remodelado de la pared vascular y la trombosis, mantienen el aumento de la presión arterial pulmonar. El cor pulmonale es el aumento del tamaño del ventrículo derecho por hipertensión pulmonar crónica, que puede asociarse a insuficiencia ventricular derecha.

Sintomatología

En la hipertensión pulmonar primaria el síntoma más frecuente es la disnea (dificultad para respirar) progresiva, aunque pueden pasar unos años hasta que el paciente la refiera. También se observa fatiga y debilidad junto con dolor torácico y, en ocasiones, puede empezar con un síncope (pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad, debida a la suspensión súbita y momentánea de la acción del corazón) o hemoptisis (expectoración de sangre proveniente de la tráquea, los bronquios o los pulmones).

En la hipertensión pulmonar secundaria, los síntomas se superponen a los del proceso causal.

3.3 SISTEMA CARDIOVASCULAR

3.3.1 Definición

El corazón, situado en medio del tórax, es un órgano muscular formado por dos cavidades superiores, llamadas aurículas, y dos cavidades

inferiores, llamadas ventrículos. La aurícula recibe la sangre y la envía al ventrículo, el cual se encarga de expulsarla.

La pared del corazón está formada por tres capas: endocardio, miocardio y pericardio. El miocardio es la capa muscular y es la que se contrae para expulsar la sangre del corazón. Para que la contracción sea normal es necesario que el miocardio reciba suficiente provisión de oxígeno y de nutrientes a través de las arterias coronarias.

Para que la corriente sanguínea siga la dirección adecuada (desde las aurículas a los ventrículos y desde estos a las arterias), existen una serie de válvulas que se abren cuando han de permitir el paso de sangre y se cierran después, para evitar que refluya de nuevo en su interior. Las válvulas auriculoventriculares ponen en comunicación las aurículas y los ventrículos y las válvulas semilunares, ponen en comunicación los ventrículos con las arterias.

La función principal del corazón consiste en proporcionar oxígeno a todo el organismo y, al mismo tiempo, liberarlo de los productos de desecho (anhídrido carbónico). Para hacer esto, el corazón recoge la sangre del cuerpo, pobre en oxígeno, y la bombea hacia los pulmones, donde se oxigena y se libera del anhídrido carbónico; después, el corazón empuja esta sangre rica en oxígeno hacia todos los tejidos del organismo.

Con cada latido, al tiempo que las cavidades del corazón se relajan, se llenan de sangre (período llamado diástole) y cuando se contraen, la expulsan (período llamado sístole). Las dos aurículas se relajan y se contraen juntas, al igual que los ventrículos.

El gasto cardíaco es la cantidad de sangre que bombea el corazón hacia la aorta en cada minuto y varía mucho en función del grado de actividad.

3.3.2 Examen Físico

La exploración Cardiovascular como herramienta diagnóstica está basada en la inspección, palpación, percusión y auscultación.

En la **Inspección** podemos observar la simetría antero - posterior y las Deformaciones Torácicas como Tórax de Tonel, Esternón Bífido, Pectus Excavatum, Cifosis, Escoliosis y otros.

Los siguientes métodos de Exploración Física como la **palpación**, son realizadas acostando el paciente en Semi - Flower, para determinar con la palma de la manos, el frémitos y con lo dedos identificar los pulsos distales y proximales al corazón , con la mano podemos determinar la amplitud del latido , tamaño, localización , intensidad y duración , la ubicación de la mano se le conoce como punto de máximo impulso que se encuentra en el quinto espacio intercostal izquierdo, en el centro de la media clavicular, este método requiere ser bien manejado sobre todo y existen variables de tamaño y masa corporal . Con los dedos podemos identificar los ruidos de la válvulas cardiacas tales como : foco aórtico ubicado en el espacio intercostal derecho , foco pulmonar ubicado entre el segundo y tercer espacio intercostal izquierdo, foco tricuspideo ubicado en el quinto espacio intercostal y el foco mitral ubicado en el quinto espacio intercostal izquierdo, a nivel de la media medioclavicular dicho método es conocido también como APAMATE que quiere decir la técnica de exploración de auscultación Aórtico, Pulmonar, Mitral y Tricúspide.

La exploración de los vasos sanguíneos se debe explorar las venas yugulares, arterias carótidas, occipital, braquial, radial, cubital, aórtico abdominal, femoral, poplíteo. tibial y pedíos , donde se verifican y se comparan en el caso de cabeza , cuello y extremidades; la frecuencia, calidad, fuerza y ritmos. En esta exploración tenemos métodos más específicos, para determinar la permeabilidad de la

arteria como el caso de I TEST DE ALLEN técnica esta , que se utilizan la medición de los pulsos de las arteria radio y cubital.

La **percusión** de la caja Torácica es una de las técnicas de exploración, que podemos orientar para un diagnostico del tamaño del corazón, se corrobora con una imagen radiológica, también podemos establecer la ubicación y densidad de los órganos anexos al corazón , determinándolos por sonidos , claros a mates, el mismo se requiere un buen entrenamiento de la ubicación anatómica de la técnica de auscultación, palpación y .realizando la localización de los espacios intercostales para percusión por ejemplo, el cuarto espacio intercostal izquierdo, que va en la posición paralela del esternón , entre las costillas, en relación de la línea media axilar, otra ubicación para localizar el borde cardíaco, es la ubicación de la percusión a lo largo de la línea axilar y por último, se percute el quinto y sexto espacio intercostal izquierdo estableciendo así dimensiones, estructuras imaginariamente entre otros.

Adicional a la palpación realizada anteriormente, podemos verificar con la auscultación los mismos puntos de exploración , solo que debemos calentar con la mano la campana o colocar un protector especial, sobre todo cuando se usa en niños y realizar la descripción de los ruidos de baja frecuencia como soplos y roces, la alta frecuencia como los focos cardíacos, analizando de estos la frecuencia y ritmo .

La identificación de los problemas cardíacos por medio de esta exploración son varios, como la Estenosis mitral, Regurgitación, IM, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Pericarditis, y la clasificación de los soplos cardíacos, clasificándolos desde grado uno hasta seis.

3.3.3 Patologías

a. Insuficiencia Cardíaca (ICC)

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre rica en oxígeno a las células del organismo. El débil bombeo del corazón permite que se acumule líquido en los pulmones y otros tejidos del cuerpo, lo que se denomina «congestión».

La ICC es generalmente un proceso lento que empeora con el tiempo. Es posible no tener síntomas durante muchos años. Esta lenta manifestación y progresión de la ICC se debe a los esfuerzos del corazón por compensar por su debilitamiento gradual. Lo hace aumentando de tamaño y esforzándose por bombear más rápidamente para que circule más sangre por el cuerpo.

La insuficiencia cardíaca tiene muchas causas distintas. Algunas veces no se puede encontrar la causa exacta. Las causas más comunes de la insuficiencia cardíaca están anotadas abajo:

- Enfermedad de las arterias coronarias (cuando el suministro de sangre que llega al corazón está parcial o completamente bloqueado) con o sin un ataque previo al corazón
- Problemas del músculo cardíaco en sí; es decir, cardiomiopatía.
- Presión arterial elevada (hipertensión)
- Problemas en cualquiera de las válvulas cardíacas
- Ritmos del corazón anormales; arritmias
- El uso de sustancias tóxicas, tales como alcohol o drogas ilegales de abuso
- Enfermedad cardíaca congénita; es decir, un problema o defecto cardíaco con el cual usted nació.
- Diabetes

- Problemas tiroideos

Algunas personas que tienen insuficiencia cardiaca tienen pocos problemas o síntomas. La siguiente es una lista de los síntomas que las personas con insuficiencia cardiaca podrían experimentar:

- Sensación de "falta de aire" por ejemplo al caminar, subir escaleras o estar activas
- Sensación de "falta de aire" al estar acostados
- Falta de apetito
- Despertarse de noche y de repente sentir la falta de aire
- Sensación general de cansancio o debilidad, incluso una capacidad disminuida para hacer ejercicio.
- Hinchazón de los pies, piernas o tobillos
- Hinchazón del abdomen
- Latidos del corazón acelerados o irregulares
- Aumento de peso acelerado; de una a dos libras al día durante tres días seguidos.
- Tos o ruidos como silbidos (sibilancias) crónicos
- Sentir náuseas

b. Fibrilación Auricular (FA)

La Fibrilación Auricular (FA) es una arritmia cardiaca en la que hay una activación auricular desorganizada, no hay coordinación en la sístole auricular y el llenado ventricular es inefectivo. El ritmo irregular que se produce puede llegar a tener una frecuencia de 160 a 180 latidos por minuto (lpm). En el electrocardiograma (ECG) no hay onda P, en su lugar aparecen ondas rápidas de fibrilación de distinta forma, tamaño y ritmo, que llevan a una respuesta ventricular irregular. En el ecocardiograma (ECC) la onda A del movimiento valvular mitral está ausente.

La FA es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica, genera gran número de visitas a los servicios de urgencia y muchos ingresos hospitalarios. La FA afecta al 0.4% de la población general, su prevalencia aumenta con la edad, en las personas mayores de 65 años es del 4-5% y del 9% en los mayores de 80 años.

La mayoría de las veces es asintomática, con frecuencia se detecta por sus complicaciones, como ictus o insuficiencia cardiaca. Es un factor de riesgo independiente muy importante para el ictus. Se puede presentar asociada a diabetes, hipertensión arterial (HTA) o cardiopatía isquémica por lo que es prudente el despistaje oportunista de la FA ante estos casos.

Se clasifica según la forma de presentación clínica:

De diagnóstico reciente. Incluye la FA detectada por primera vez, la de aparición reciente y la de comienzo desconocido. Algunos autores la denominan FA aguda (Lip G, 2008). Puede ser sintomática y o asintomática.

Paroxística. Sin tratamiento remite a los 7 días o menos (con frecuencia a las 48 horas). Sigue un patrón recurrente (2 ó más episodios).

Persistente. Los episodios tienen una duración superior a 7 días, es un límite a partir del que es poco probable que ocurra una remisión espontánea. Puede recurrir una vez controlado el ritmo con tratamiento.

Permanente. Ritmo estable en FA, no es eficaz la cardioversión o, si es eficaz de manera inicial, recidiva a las 24 horas. Se incluyen en este grupo los casos de FA de larga evolución en los que no se ha indicado

la cardioversión, no se ha intentado o no ha sido aceptada por el paciente (algunas veces se le denomina FA permanente aceptada). La FA paroxística, persistente o permanente también se conoce como FA crónica.

3.4 SISTEMA GASTROINTESTINAL

3.4.1 Definición

La finalidad del sistema gastrointestinal es la digestión de los alimentos y su absorción. Para hacer eso, el sistema gastrointestinal tiene un sistema complejo de regulación: nervioso (inervación simpática y parasimpática) y el SN entérico propio (neuronas colinérgicas y adrenérgicas).

Además, otros mediadores y neurotransmisores como la serotonina, purina, péptidos, somatostatina, CCK.

Además, hay glándulas endocrinas que liberan gastrina, paracrinas que liberan histamina.

Es un sistema muy complejo y bien regulado con acciones de todo tipo: acciones antagónicas. Existen algunos aspectos en los que se puede intervenir en farmacología. Interesa modificar la secreción gástrica, para controlar el reflejo del vómito, regular la motilidad intestinal y la regulación y excreción de la bilis.

La secreción gástrica puede ser ácida, sistemas para proteger la mucosa de este exceso de secreción ácida (bicarbonato y moco que forman un gel y tapizan la mucosa y la protegen de la propia secreción ácida).

La acetilcolina aumenta las secreciones, la histamina y la gastrina.

La PG E₂ y la PG I₂ controlan los excesos de secreción. Hay individuos con más facilidad para sufrir llagas o úlceras o lesiones de la mucosa.

Esta facilidad para sufrir lesiones en la mucosa viene muy unida a la secreción ácida. Se intenta controlar el exceso de secreción ácida en la mucosa. Los fármacos que inhiben la secreción ácida pueden actuar a diferentes niveles.

3.4.2 Examen Físico

Forma: plano, excavado, distendido, abombado, globuloso, en delantal

Ombiligo: aspecto

Perímetro abdominal: simetría, coloración, cicatrices, lesiones, circulación colateral, dolor, resistencia, masas, ruidos hidroaéreos, matidez. Timpanismo, ascitis, organomegalias

Zona glútea, interglútea y anal: hemorroides, edema lumbosacro

3.4.3 Patologías

a. Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

Es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde la orofaringe al ligamento de Treitz. Por su volumen de pérdida puede ser:

- Hemorragia digestiva leve (anemia crónica)
- Hemorragia digestiva moderada
- Hemorragia digestiva masiva (pérdida de más del 30-40% del volumen sanguíneo).

Puede presentarse como:

- ❖ Hematemesis: Vómitos de sangre fresca no digerida por la secreción gástrica, por Hemorragia entre Orofaringe y Treitz y puede acompañarse de Melena.

El carácter de la hemorragia depende:

- Del sitio de la hemorragia
 - De la rapidez de la hemorragia
 - De la velocidad del vaciamiento gástrico
 - Puede ser: Macroscópica y microscópica.
- ❖ Melena: Expulsión de heces negras –sólo se necesitan 50-150 ml de sangrado para producirla. Color alquitranado de la hemorragia del tubo gastrointestinal se debe a la producción de Hematina ácida por la acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina o la producción del sulfuro a partir del HEM. Por acción del sulfuro de hidrógeno sobre el hierro de la Hb.

La melena sin hematemesis generalmente indica lesión distal del píloro.

b. Cáncer de Estomago

El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del cuerpo.

El cáncer del estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay síntomas, y en muchos casos, el cáncer se ha extendido antes de que se encuentre. Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos. El cáncer del estómago puede causar los siguientes efectos:

- Indigestión o una sensación ardiente
- Malestar o dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento
- Hinchazón del estómago después de comidas
- Pérdida del apetito
- Debilidad y fatiga
- Sangrados inhabituales
- Cambios en el ritmo intestinal o urinario
- Heridas que tardan en cicatrizar
- Dificultad en tragar alimentos
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas
- Tos persistente o ronquera
- Pérdida de peso

Cualquiera de estos síntomas puede ser causado por el cáncer o por otros problemas de salud menos serios, tales como un virus del estómago o una úlcera. Por tanto, solamente un médico puede determinar la causa real. Si una persona tiene cualquiera de estos síntomas debe visitar a su profesional de salud. Después, este doctor, puede enviar a la citada persona a un médico especialista en problemas digestivos. Será éste último gastroenterólogo quien diagnosticará y determinará exactamente el diagnóstico correcto.

c. Cáncer de Colon

El cáncer de colon es una enfermedad en la que las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso. Es un tipo de cáncer bastante común en muchos países, pero también resulta fácil de detectar, tiene un alto grado de curación y tarda mucho en desarrollarse. El colon, junto con el recto (porción final del intestino

grosso), es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo, adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal al máximo.

El cáncer de colon tiene una larga evolución. Empieza con la formación de un pólipo (bulto que se forma junto a alguna membrana corporal) de carácter benigno. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad y pueden ser las siguientes:

- Cambios en los ritmos intestinales.
- Diarrea o sensación de tener el vientre lleno.
- Estreñimiento.
- Sangre en las heces.
- Cambios en la consistencia de las heces.
- Dolor o molestia abdominal.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Pérdida del apetito.
- Cansancio constante.
- Vómitos.

d. Cirrosis Hepática

La cirrosis hepática es una condición ocasionada por ciertas enfermedades crónicas del hígado que provocan la formación de tejido cicatrizal y daño permanente al hígado. El tejido cicatrizal que se forma en la cirrosis hepática daña la estructura del hígado, bloqueando el flujo de sangre a través del órgano. La pérdida del tejido hepático normal disminuye la capacidad que tiene el hígado de procesar

nutrientes, hormonas, fármacos y toxinas. También disminuye la capacidad del hígado para producir proteínas y otras sustancias.

Causas:

- Alcoholismo crónico
- Hepatitis viral (tipo B, C y D)
- Hepatitis auto inmune
- Trastornos hereditarios

Deficiencia de Alfa-1 Antitripsina

Fibrosis quística

Hemocromatosis

Enfermedad de Wilson

Galactosemia

Enfermedades relacionadas con el almacenaje de glicógeno

- Atresia Biliar
- Reacción severa a medicamentos (fármacos)
- Exposición a toxinas ambientales
- Ataques repetidos de fallo cardiaco acompañado de congestión hepática

Síntomas

Primeros síntomas. Las personas que tienen cirrosis con frecuencia tienen pocos síntomas al comienzo de la enfermedad. Los dos problemas principales que eventualmente ocasionan síntomas son pérdida del funcionamiento de las células hepáticas y distorsión del hígado causado por la cicatrización. La persona puede experimentar:

- Fatiga
- Debilidad y agotamiento
- Falta de apetito
- Náuseas
- Pérdida de peso

Síntomas avanzados.

Edema y ascites. Según disminuye la función hepática, menos proteína es producida por el órgano. Por ejemplo, se produce menos albúmina, lo que resulta en acumulación de agua en las piernas (edema) o en el abdomen (ascites).

Sangrado y/o formación de hematomas. Una disminución en las proteínas necesarias para la coagulación sanguínea ocasiona facilidad de sangrado y/o fácil formación de hematomas.

Ictericia. La ictericia se caracteriza por la coloración amarillenta de la piel debido a la acumulación del pigmento de la bilis que pasa del hígado a los intestinos.

Picor intenso. Algunas personas con cirrosis experimentan picor intenso debido a productos de la bilis que son depositados en la piel.

Piedras en la vesícula. Frecuentemente se forman piedras en la vesícula debido a que no llega suficiente bilis a la vesícula.

Encefalopatía. El hígado de las personas con cirrosis presenta dificultad para remover las toxinas, las cuales se acumulan en la sangre. Estas toxinas pueden ocasionar confusión mental, y degenerar en cambios de personalidad y hasta coma. Los primeros signos de acumulación de toxinas en el cerebro pueden incluir descuido en la apariencia personal, dificultad para concentrarse, cambios en los hábitos de sueño, pérdida de memoria e insensibilidad.

Lentitud para metabolizar medicamentos/fármacos. Usualmente los medicamentos/fármacos son metabolizados/filtrados por el hígado. En

la cirrosis este proceso se vuelve más lento. Los medicamentos/fármacos se acumulan en el cuerpo por causa de la inhabilidad del hígado de metabolizar los mismos con la debida rapidez. Con frecuencia, las personas con cirrosis son muy sensitivas a los medicamentos y sus efectos secundarios.

Hipertensión portal y/o várices. Uno de los problemas más serios que presentan las personas con cirrosis es presión en los vasos sanguíneos que fluyen a través del hígado. Normalmente, la sangre de los intestinos y el bazo es bombeada hacia el hígado a través de la vena portal. Sin embargo, en la cirrosis el flujo normal de la sangre se disminuye, causando presión en la vena portal. Esto produce un bloqueo en el flujo normal de la sangre, lo que ocasiona que el bazo se agrande. La sangre que sale de los intestinos trata de buscar salida a través de la formación de nuevos vasos sanguíneos. Algunos de estos vasos sanguíneos se agrandan (várices). Las várices pueden formarse en el estómago y en el esófago (tubo que conecta la boca con el estómago). Las várices tienen paredes muy frágiles y tienen una presión muy alta. Existe gran riesgo de que se rompan y que ocasionen un problema serio de sangrado en la parte superior del estómago o el esófago. Si esto ocurre, la vida de la persona corre peligro y hay que tomar acción rápida para detener el sangrado.

3.5 SISTEMA GENITO-URINARIO

3.5.1 Definición

El aparato urinario comprende: dos glándulas secretoras de orina, los *riñones*; conductos excretorios constituidos en cada riñón por los *cálices*, la *pelvis renal* y el *uréter*; un reservorio, la *vejiga*, en el que se

acumula la orina en el intervalo de las micciones; y un conducto evacuador del contenido vesical, la *uretra*.

Al comienzo de toda maniobra semiológica debemos siempre tener en cuenta las regiones anatómicas que delimitan la zona principal de investigación.

- Región lumbar

Esta región está limitada por la doceava costilla, más exactamente por los ligamentos arqueados y laterales, en el lado externo por el borde lateral del cuadrado lumbar, inferiormente por la cresta iliaca y medialmente por los cuerpos vertebrales. Los músculos de esta región pueden dividirse en tres grupos principales: 1º un grupo medio, situado en el plano esquelético, constituido por los músculos cuadrado lumbar y por la aponeurosis posterior del transversario del abdomen; 2º un grupo posterior, situado detrás del cuadrado lumbar y del transversario, está formado por la porción lumbar de los músculos del dorso; 3º un grupo anterior, situado delante del cuadrado lumbar, está representado por los músculos del psoas.

Los *riñones* son órganos simétricos ubicados en el retroperitoneo lumbar.

Están situados a ambos lados de la columna lumbar, desde la 11ª o 12ª vértebra dorsal hasta la 2ª o 3ª vértebra lumbar, el eje mayor se dirige de arriba hacia abajo y levemente de adentro hacia fuera.

Los riñones se encuentran rodeados de una grasa fluida que constituye el ambiente peri renal y que contribuye a la sustentación de estos órganos. La cara anterior de los riñones está en relación con el hígado, el duodeno y el colon a la derecha, y el bazo, el estómago, el páncreas y el colon a la izquierda. La cara posterior se halla próxima a los

músculos lumbares y al psoas, cerca de ellos transcurren los nervios 12º intercostal y abdominogenitales mayor y menor.

Hay una zona (*el cuadrilátero de Grynfelt*) en la que el riñón está separado de los planos superficiales de la zona lumbar solo por grasa y por una tenue fascia, que constituye una región de debilidad.

3.5.2 Examen Físico

El examen físico de los riñones y las vías urinarias comprende: la **Inspección** del abdomen, de la región lumbar y la de los órganos genitales, la **Palpación** de las mismas zonas, la **Puño Percusión** de la zona lumbar y la **Auscultación** paraumbilical y lumbar.

3.5.3 Patologías

a. Infección Urinaria

La infección de orina está provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinario. Puede producirse por dos vías diferentes: por el extremo inferior de las vías urinarias (abertura en la punta del pene o de la uretra, según se trate de un hombre o de una mujer), que es el caso más frecuente; o bien a través del flujo sanguíneo, en cuyo caso la infección afecta directamente a los riñones. Las infecciones de las vías urinarias más habituales son las producidas por bacterias, aunque también pueden presentarse a causa de virus, hongos o parásitos. De muchas de ellas es responsable la bacteria llamada *Escherichia coli*, que normalmente vive en el intestino. Infección de orina o del tracto urinario son expresiones que engloban diferentes enfermedades infecciosas (producidas por un microorganismo o germen) y que afectan a cualquier parte del sistema urinario (riñón, uréteres, vejiga urinaria o uretra).

Síntomas

Los síntomas de una infección urinaria son bastante expresivos y quien la ha padecido alguna vez los conoce de sobras como para auto-diagnosticarse en una segunda ocasión. Consisten en un escozor al efectuar la micción, unos deseos continuos de ir al lavabo, que se convierten en micciones de escasa cantidad que no dejan satisfecho al enfermo. Si la infección es alta, es decir en las pielonefritis, suele haber además fiebre alta con escalofríos intensos y dolor en la zona de los riñones sobre todo en el del lado afecto.

b. Cáncer de Próstata

El cáncer de próstata es un tumor maligno muy frecuente que aparece generalmente a partir de los 40 años. Uno de cada 10 pacientes puede desarrollar cáncer de próstata y anteriormente se pensaba que 3 de cada 100 podrían morir por dicha causa pero esto a cambiado a medida que se mejoran las técnicas diagnósticas. El cáncer de próstata. Después del cáncer de piel es el más común.

El cáncer de próstata es el desarrollo de células indiferenciadas (malignas) dentro de la próstata, más frecuentemente detectadas en la región posterior cerca del recto pero que pueden localizarse en cualquier lugar de la próstata e incluso fuera de ella (metástasis), como en huesos y ganglios linfáticos.

Las manifestaciones del cáncer de próstata son más evidentes a medida que el cáncer avanza, y en sus etapas iniciales es totalmente asintomático.

Síntomas

Como explicábamos arriba, el cáncer es totalmente asintomático en sus estados iniciales por lo cual es prudente su detección temprana, junto con el mejoramiento del estado general del enfermo para mejorar sus defensas. Usualmente cuanto más avanzado el cáncer, mayor número de síntomas y mayor su intensidad. Los síntomas más frecuentes son:

- dificultad o dolor al orinar
- chorro débil
- goteo
- deseos frecuentes de orinar
- sangre en la orina
- sangre en el semen
- dolor lumbar probable si hay siembras -metástasis- en la columna vertebral.
- dolor al eyacular
- dolor en la cadera
- dolor en los muslos
- dolor en los testículos, o cerca a ellos
- PSA elevado

Estos síntomas pueden aparecer cuando el cáncer de próstata está presente y relativamente avanzado pero también son muy frecuentes en otras enfermedades, por lo cual es indispensable hacer exámenes como el C.M.P. -Próstata suele aclarar la situación.

c. Cáncer de Vejiga

El cáncer de vejiga se presenta alrededor de tres veces más en los varones que en las mujeres. Ciertas sustancias químicas se concentran en la orina y causan cáncer. El cáncer de vejiga se manifiesta en el

cuerpo humano a través de alteraciones al orinar. Si una persona siente dolor al orinar, lo hace de forma exageradamente frecuente o tiene sangre en la orina, debe dirigirse al médico para ser examinada. No obstante, estos síntomas por sí solos no implican necesariamente que la persona que los padezca tenga cáncer de vejiga. El urólogo (médico especializado en enfermedades de las vías urinarias) es el único que puede detectar (diagnosticar) el cáncer de vejiga a través de un examen físico.

Síntomas

El cáncer de vejiga se suele sospechar por primera vez, antes de la aparición de cualquier síntoma, cuando un examen microscópico rutinario de orina detecta glóbulos rojos. Sin embargo, la orina puede ser sanguinolenta a simple vista.

Los síntomas del cáncer de vejiga pueden ser idénticos a los de la infección de la vejiga (cistitis) y ambos problemas se pueden presentar juntos. Se sospecha un cáncer de vejiga cuando los síntomas no desaparecen con el tratamiento para la infección. Un examen microscópico sistemático u otras pruebas de orina pueden detectar sangre y células de pus, y una especial evaluación microscópica (citología) frecuentemente detecta células cancerosas. Los síntomas principales:

- Tener sangre en la orina (la orina presenta un color rojo brillante o rojizo).
- Sufrir dolor al orinar.
- Necesitar orinar de forma exageradamente frecuente.
- Tener la sensación de querer orinar sin poder hacerlo.

3.6 SISTEMA OSEO-MUSCULAR

3.6.1 Definición

El sistema osteo-muscular está constituido por todos los músculos (excepto el corazón), los huesos, los dientes y los cartílagos del cuerpo humano, junto con el tejido conjuntivo asociado (tendones y ligamentos). Las tres funciones principales de este sistema son las siguientes:

- * proporcionar la forma y el movimiento del cuerpo;
- * proteger ciertos órganos y tejidos blandos: el cráneo protege el cerebro, las vértebras (la espina dorsal) protegen la columna vertebral, mientras que las costillas y el esternón protegen el corazón y los pulmones.
- * producir glóbulos en la médula de ciertos huesos (véase la discusión posterior sobre el sistema cardiovascular y la sangre).

El sistema osteomuscular proporciona forma y movimiento al cuerpo, protege ciertos órganos y tejidos y ofrece un marco para la producción de glóbulos.

3.6.2 Examen Físico

- a. La exploración minuciosa del SOMA incluye:
 - Evaluación de la fuerza muscular esquelética
 - Mediciones de los miembros
 - Movilidad articular
- b. Guía para la exploración y el registro escrito:
 - Simetría estructural y alineación
 - Facilidad y amplitud de movimiento
 - Masa y tono muscular

- Fuerza muscular
- Apariencia de la piel sobre las articulaciones
- Dolor, crepitación y deformidades

c. La exploración del SOMA se realiza mediante:

- Inspección
- Palpación
- Mediciones

Inspección: La inspección debe realizarse comparando la simetría ósea, entre el lado derecho y el izquierdo. Debe buscarse la existencia o no de deformidades óseas, de tumefacción o edema de los panes blandos y los cambios de coloración cutánea.

Palpación:

- Debe explorarse la existencia o no de dolor provocado
- Corroborar ausencia de deformidades
- Aumento de volumen difuso o localizado
- Disminución de volumen o depresiones óseas
- Movilidad ósea en los segmentos de miembros donde no hay articulación, para descartar movilidad anormal o crepitación.

d. Examen físico de los músculos

- Inspección. Debe realizarse con el paciente desnudo, comparando un lado con el otro. Exploraremos el volumen muscular, si hay o no atrofas o minoraciones. Movimientos activos de los músculos.
- Palpación. Exploramos si hay o no dolor a la palpación, la consistencia del músculo, la movilidad pasiva y la fuerza muscular oponiéndole resistencia al movimiento efector

e. Examen físico de las articulaciones

Se realiza en forma comparativa. La sistematización puede ser: de las articulaciones superiores, hasta las inferiores, y la columna, que puede explorarse al principio o al final.

En cada articulación debe seguirse la secuencia siguiente: inspección, palpación y movilidad (amplitud del movimiento o arcos de movilidad articular), que puede incluir o no las mediciones con la cinta métrica o el goniómetro.

Durante las maniobras de movilidad articular, mantenga la palma de la mano sobre la articulación de la persona, para detectar crepitación (crujidos) y deformidades.

3.6.3 Patologías

a. Fractura de Cadera

Con el término genérico fractura de cadera se describen las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur.

De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (*fractura capital*, que es muy poco frecuente), al cuello del fémur (*fractura del cuello*), a los trocánteres (*fracturas intertrocantéreas* o *peritrocantéreas*), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (*fracturas subtrocantéreas*) y al trocánter mayor o al trocánter menor (*fracturas aisladas de los trocánteres*).

Mientras que las *fracturas del cuello* son *intracapsulares*, en el sentido de que la línea de fractura se encuentra en el interior de una cápsula articular, las *fracturas trocantéreas* y *subtrocantéreas* son *extracapsulares*, ya que la línea de fractura se encuentra fuera de la cápsula de la articulación de la cadera.

Causas

La mayoría de las *fracturas de cadera* son el resultado funesto de una **caída** o de un **mal paso**, mientras que tan sólo en el 5% de los casos de *fracturas de la cadera* no se encuentran datos de una acción traumática.

La *fractura de cadera*, dada la avanzada edad de los pacientes, tiene un origen multifactorial: tendencia a caerse, fallo de los reflejos protectores de la caída y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis. El porcentaje de *fracturas de cadera* es tres veces más elevado en los individuos que viven en residencias geriátricas.

Clasificación

La mayoría de las *fracturas de cadera* son diagnosticadas tras recogerse la historia de una caída que trajo como consecuencia dolor en la cadera, imposibilidad de caminar, o bien, estando el paciente acostado, cuando la extremidad afectada muestra el pie rotado hacia fuera. Las radiografías simples de la cadera confirman la sospecha diagnóstica.

En un 15% de los casos los fragmentos óseos, a ambos lados de la línea de fractura, no se encuentran desplazados (se dice que la fractura está “enclavada” o “sin desplazamiento”) y los datos radiográficos pueden ser mínimos. En 1% de los casos, incluso la fractura puede no ser visible en las *radiografías simples*, por lo que son necesarias otras técnicas de diagnóstico mediante imágenes, como la *resonancia nuclear magnética*.

Las *fracturas de la cadera* pueden ser clasificadas mediante las radiografías, en *fracturas intracapsulares* y *fracturas extracapsulares*. Se dividen, además, de acuerdo con el nivel del hueso en el que ha

ocurrido la fractura (*del cuello del fémur, trocantéreas, subtrocantéreas*) y la presencia o ausencia de desplazamiento de los fragmentos óseos. La curación de las *fracturas intracapsulares* se complica por el escaso riego sanguíneo de la *cabeza del fémur*: los vasos que pasan hacia la *cabeza femoral* para irrigarla, a través de la cápsula, pueden ser lesionados, especialmente si los fragmentos de la fractura se desplazan, lo que conduce a la necrosis de la cabeza. Este problema no ocurre en las *fracturas extracapsulares*.

PIEL

Con el envejecimiento, hay adelgazamiento de la epidermis y aplanamiento de interfaz entre esta etapa y la dermis subyacente. Este aplanamiento trae como consecuencia una disminución en la resistencia de la epidermis a las fuerzas de estiramiento, la hace vulnerable y susceptible a lesiones aun ante traumas leves, lo cual explica, en parte, la alta prevalencia de úlceras por presión en este grupo poblacional.

Con el paso de los años, hay una disminución en el número de melanocitos a una tasa del 10% al 20% por década después de los treinta años, lo cual se traduce en una menor protección contra los rayos ultra violetas del sol. La pérdida cuantitativa y cualitativa de melanocitos se hace evidente en encanecimientos del cuero cabelludo de casi todos los viejos, así como en la disminución del número de lunares a medida que se envejece.

La dermis también tiende adelgazarse. En esta capa se encuentran las fibras del colágeno, las cuales sufren cambios sustanciales con la edad. Al comparar las capas de colágeno de niños con ancianos, se aprecia que en los primeros estas fibras presentan un patrón altamente organizado mientras que en los segundos se distribuyen de manera

desordenada. Los cambios en la microvasculatura de la piel son prominentes, los vasos sanguíneos se tornan tortuosos y dilatados, lo cual contribuye a una disminución en el flujo sanguíneo y altera la termorregulación de la piel.

El mecanismo reparador de heridas se torna más lento en el anciano, pero la cicatrización conserva su eficacia aun para heridas extensas.

Una buena cantidad de tejido celular subcutáneo, que actúa como aislante térmico, se pierde con el envejecimiento, especialmente en manos, pies y cara. Este es uno de varios factores que predispone al anciano a hipotermia.

a. Úlcera por Presión

La Úlcera por Presión (UP) puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Se desecha en la actualidad el término úlcera por decúbito por no hacer referencia a la presión, factor determinante en su aparición, y por excluir a la que no han aparecido en decúbito.

Es un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Lo más importante es que el 95% de las UP son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima

que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las UP ocurren en mayores de 70 años.

- ***Etiopatogenia y Fisiopatología***

El factor más importante en el desarrollo de las UP es la presión mantenida. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente.

Las UP precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acúmulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico incluso en menos de dos horas.

Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), disminuyen la presión requerida para provocar daño tisular.

Se han descrito una serie de factores de riesgo en la aparición de la UP dependientes de las condiciones del paciente. De todos ellos la inmovilidad es el más importante.

- ***Clasificación y Localización***

En la evolución de las UP pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR), basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

- ❖ Estadio I:

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

- ❖ Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

- ❖ Estadio III:

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

- ❖ Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de

compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos.

Las localizaciones de UP más frecuentes son el sacro y trocánter.

b. Celulitis

La celulitis es una infección bacteriana profunda de la piel. La infección suele afectar la cara o los brazos y piernas. Si bien puede presentarse en la piel normal, suele producirse después de que algún tipo de traumatismo provoca una abertura en la piel. Esta abertura puede resultar en infección.

3.7 ESTADO PSICOEMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

3.7.1 Definición

No es difícil presuponer que una franja de los Adultos Mayores puedan tener diagnósticos de enfermedades sean o no compatibles con la edad a la cual nos estamos refiriendo.

Pero, salvo en determinado tipo de patologías en donde no exista la plena conciencia, es necesario estimular al adulto mayor en ella. Para ello, ya sea en el hogar o en las instituciones creadas para tal fin, el Adulto Mayor, deberá ser tratado como una “PERSONA HUMANA IMPORTANTE”, esto en apariencia parece un concepto simple, y lejos de mí está en hacer de esta temática una cuestión simplista.

Para ello sugiero tener en cuenta que cada persona, es “diferente a otra”, y por ello “necesita ser estimulada” de diferentes formas.

La evaluación psíquica-emocional-cultural del estado del adulto mayor, nos dará idea de: ¿Cómo es? ; ¿Qué necesita? , ¿Qué reclama o

demanda, o, le falta?. A que o quién teme? ; Todo ello logrado a partir de estar atento a lo que manifiesta en sus comportamientos.

De esta manera diseñamos un plan para estimular la Autoestima: en colaboración con el núcleo familiar, brindando un espacio de contención, escuchando y sugiriendo revalorizar los aspectos más conservados de los mismos.

Desde el plano institucional, proponiendo actividades que estén a su alcance realizar, como dije anteriormente, o en colaboración con un asistente o un familiar que los visite.

En cuanto a su aspecto personal, no descuidar formas de vestirse, tipo de ropa a utilizar, cuidado de su cabello, uñas, manos, modales. Estimular las reglas de cortesía entre los Adultos Mayores, promoviendo un entorno y facilitando la convivencia.

Estimular el gusto por la música, o las actividades guiadas por una trapista ocupacional, como son las manualidades, artesanías, carpintería, cuero.

Por otro lado el cuidado del cuerpo, higiene personal, tiene que ver con la imagen que el adulto mayor visualiza de su “cuerpo” actual, más allá de que éste, haya sufrido la involución natural de los años.

3.7.2 Patologías

a. Demencia Senil

La demencia es un proceso propio de la ancianidad senil que se manifiesta por encima de los 70 años de edad y que implica una pérdida global de las funciones psíquicas, e irreversible, así como también de las propiedades intelectuales superiores.

Se trata de un proceso que guarda grandes diferencias con el envejecimiento normal en el cual la declinación de la vitalidad es

evidente pero sin la característica de la pérdida de las funciones de la actividad psíquica.

En la demencia, también designada como psicosis senil hay graves alteraciones de la conducta que se acompañan de un estado deficitario caracterizado por embotamiento afectivo con desinterés y abulia, desorientación temporal y espacial, y atención pobre y lábil que se fija dificultosamente, por lo cual el enfermo se distrae fácilmente sin prestar interés (desorientación apática) a lo que sucede en su entorno.

Hay déficits menésicos globales tanto de la memoria de fijación como la evocación, el lenguaje es pobre y de temática insustancial que puede girar en perseveraciones monótonas alrededor de ciertos temas, puede haber ecolalias o pararespuestas, en la que el paciente responde algo diferente a lo que se le había preguntado, dificultad en nombrar sustantivamente a los objetos, dificultades en la resolución de cuestiones simples (trastornos del juicio), acompañadas de pueriles intentos de rectificar sus errores.

Aparece una suerte de incontinencia emocional que revela una afectividad inadecuada a la situación, con episodios de llanto o risas inmotivados, explosiones de emotividad verbal o celotipias absurdas.

La conducta manifiesta explícitamente los trastornos que mencionamos.

El sujeto deambula incesantemente o se pierde en ambientes para él familiares, son frecuentes las agitaciones nocturnas, las incontinencias urinarias o fecales y los automatismos motores sin sentido práctico alguno, alteraciones en la locomoción que se torna temblorosa ó difícil, a pequeños pasos; la vestimenta es descuidada, sucia, desaliñada, incoherente, suelen guardar alimentos en el ropero, al igual que el dinero que esconden cuidadosamente olvidando después su localización.

Las formas clínicas pueden adoptar formas psicopáticas, con tendencia a la acción frecuentemente violenta, carácter irritable e intemperante, trastornos en la sexualidad (exibicionismo, masturbación). A veces asume una modalidad depresiva, con inhibición psicomotora, tristeza, autoreproche.

Está descrita una modalidad llamada Presbiofrénica, con estado de exaltación, euforia, ideas deliroides, amnesia de fijación, desorientaciones temporoespacial y fabulaciones compensadoras, falsos reconocimientos, locuacidad verborrágica y un estado general de excitación.

En la fase final permanecen mudos e indiferentes, reducidos a funciones meramente vegetativas. No es infrecuente la muerte por accidentes cerebrovasculares, por fallos cardíacos, por infecciones intercurrentes o por simple extinción de la vitalidad.

La etiología es frecuentemente arteriosclerótica, interesando a los grandes y pequeños vasos. Suele manifestarse de comienzo bajo las formas de accidentes cerebrovasculares (ictus) focales pero reiterados.

El tratamiento es sintomático requiriendo usualmente de medicación neuroléptica (haloperidol, levomepromazina), como modo de inhibir los estados de excitación, las deambulaciones nocturnas, la irritabilidad agresiva. Estos medicamentos deben ser cuidadosamente dosificados, habida cuenta de las dificultades de desintoxicación y excreción que presentan los ancianos, que hacen que se prolonguen los tiempos de vida útil de la droga.

El resto del tratamiento pertenece a la neurología y a la Clínica médica, cuyos controles deben ser permanentes, como también a las áreas de la fisioterapia de rehabilitación y enfermería, para cuidados higiénicos y de supervisión.

4. GUIA DE VALORACION

La Oficina General de Defensa Nacional (AGDN), dentro de sus objetivos funcionales de preparación y prevención, ha considerado necesaria la elaboración de guías de valoración de enfermería para emergencias, a fin de que sean una herramienta eficaz para la intervención oportuna del profesional de enfermería del sector salud.

Los profesionales de enfermería, parte del equipo de salud, deben mejorar permanentemente sus procesos de atención, teniendo como base instrumentos técnicos que le facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención de salud en situaciones de emergencia. En tal sentido las guías de intervención son un instrumento importante para promover una mejor y más eficiente práctica clínica.

Estructura

La estructura de la guía de valoración esta formada por dos partes que son: Los datos personales del paciente y la valoración por sistemas, el cual esta dividido por siete sistemas que son: neurológico, respiratorio, cardiológico, gastrointestinal, genito-urinario, osteo-muscular y psicoemocional, en donde la valoración por sistemas se oriento según las diferentes teorías de enfermería: Virginia Henderson (14 necesidades) en 1971, Jean Watson (Teoría del Cuidado Humano) en 1979 y Majori Gordon (Patrones Funcionales) en 1988.

a. Virginia Henderson

Es un modelo de suplencia o ayuda, parte del concepto de las necesidades humanas de **Maslow**.

Virginia Henderson define al ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

Independencia será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

Funciones de enfermería

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas

actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

b. Jean Watson

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de **Nightingale y Henderson**, Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

c. Majori Gordon

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

5. VALIDEZ

En la investigación científica en general el concepto de *validez* es la columna principal de la metodología. Ya se puede tratar de investigación preliminar, exploratoria o confirmatoria, investigación básica o aplicada, cualitativa o cuantitativa, el centro de la preocupación es la validez, con múltiples denominaciones.

La validez es una característica específica. No es correcto afirmar que un objeto (un diseño, un experimento, una técnica de control) es válido o no en sí mismo, sino con respecto a una tarea o a un objetivo para el que se utiliza. La validez se aplica sobre entes que sirven para algo; es decir, sobre instrumentos en cuanto que lo son.

Así pues, la validez se plantea únicamente sobre instrumentos. Pero no *directamente* sobre ellos, puesto que éstos pueden ser utilizados para objetivos diversos y en contextos diferentes. Lo que hemos estado respondiendo hasta ahora ha sido a cuestiones que se refieren al *uso* de los instrumentos. No nos planteamos la validez del carro, por tanto, sino del *uso* que hacemos de él, considerando el objetivo y el contexto.

La validez, pues, se refiere al grado en que el uso que hacemos de un instrumento sirve para un objetivo planteado en un contexto de aplicación, como se ha indicado ya más arriba, se mide en función de los objetivos de la investigación y del contexto de aplicación.

Usualmente, las personas que nos dedicamos a la investigación solemos interrumpir la reflexión sobre validez llegados al objetivo del estudio. No obstante, no es difícil observar que hay quien va más allá y se plantea la investigación en un contexto más amplio que implica un modelo teórico o una línea de trabajo. Así, la cuestión abarca un horizonte más amplio: ¿sirve el objetivo que se plantea en esta investigación para poner a prueba, robustecer o ampliar el marco teórico? ¿Sirve ese objetivo para continuar avanzando en esta línea de

investigaciones? Son preguntas inteligentes por que centran la atención en la trascendencia del trabajo: si éste no sirve, abandónese la idea de abordarlo por muy bien que se haga.

Retomemos las preguntas principales en el concepto de validez. No sólo nos interesa si la investigación sirve o no como instrumento a unos objetivos más amplios que nacen en un marco teórico o una línea de trabajo. Nos interesa también la cuestión del grado. En otros términos, lo que nos preocupa es si los esfuerzos que estamos dedicando a realizar una investigación (metodológicamente impecable, posiblemente) podrían ser más beneficiosos aplicados a otros estudios, más urgentes o trascendentes desde el punto de vista del marco o línea en la que nace la idea de hacer el trabajo.

Recurriendo a los mismos términos que hemos venido utilizando, lo que nos planteamos en esta ampliación es observar a la investigación no como un objetivo, sino como un instrumento de un objetivo más amplio. Con ello, procede aplicar la preocupación capital de la metodología y preguntar en qué medida la investigación es válida, con respecto al marco teórico, a los interrogantes académicos o científicos, a los objetivos que motivaron iniciar esa línea de trabajo, etc. Seamos más precisos: la investigación, convertida ahora en instrumento en lugar de meta, no es el objeto de interés para la validez, sino *el uso que hacemos de ella*. ¿Para qué se ha puesto en marcha? ¿Procede dedicar esfuerzos en ello? ¿No existen otras vías más urgentes o prioritarias?

Puestos en ello, no nos limitemos al marco teórico o al papel de la investigación en una línea de trabajo. Tanto ésta como aquél no deberían ser concebidos como fines en sí mismos, como objetivos últimos. En tal caso, extendamos la pregunta: ¿para qué sirve ese modelo teórico y esa línea de investigaciones? ¿A qué objetivo obedece implicar esfuerzo de tantos medios temporales, materiales,

humanos y económicos en tales menesteres? Alguien podría sospechar que hablamos de la CIENCIA (así, con mayúsculas). Es decir, todo lo que hacemos la comunidad científica es, finalmente, incrementar el cuerpo de conocimiento, generar conocimiento, aumentar el conocimiento global.

F. HIPÓTESIS

- La guía de valoración por la enfermera contribuirá en brindar una atención integral del adulto mayor de grado de dependencia III durante la visita domiciliaria de Urgencia.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Validez de la Guía de Valoración: la guía de valoración es un documento que permite a las enfermeras recoger información de salud de forma ordenada y prioritaria de los pacientes que pertenecen en el Programa de Atención Domiciliaria.

Adulto Mayor de Grado de Dependencia III: son los pacientes ancianos femenino o masculino mayor de 70 años asegurados que pertenece al programa de PADOMI del seguro EsSalud, que se encuentran postrados por enfermedad crónica bajo el cuidado de sus familiares o personal especial, que necesitan el servicio de PADOMI..

Urgencia: es el estado en que los familiares comunican por teléfono las complicaciones agudas que requiera una actuación del equipo de salud.

Programa de Atención Domiciliaria: es un servicio de EsSalud, que se brinda las 24 horas del día, atendiendo pacientes a través de la visita domiciliaria para brindar una atención de calidad y restablecer la salud del paciente adulto mayor de grado de dependencia III y se atiende a pacientes según prioridad de la urgencia.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental transversal ya que permitirá obtener la Validez de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria-EsSalud.

El área en que se realizó el estudio es en Urgencias-PADOMI el cual pertenece a EsSalud, ubicado entre Arenales y Domingo Cueto del Distrito de Lima Cercado. Dicha institución ofrece los servicios de atención de salud a pacientes geriátricos con enfermedades crónicas. Para el desarrollo de los servicios mencionados, se cumple un horario de dos turnos que son guardia de día (7:00am-19:00pm) y guardia de noche (19:00pm-7:00am).

La población estuvo constituida por todas las enfermeras del área de Urgencias-PADOMI, son 35 enfermeras(os) por lo cual se tomara a todas y no se realiza muestra, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

1. Que las enfermeras acepten participar en el trabajo de investigación.
2. Enfermeras mayores de un año trabajando en Urgencia-PADOMI
3. Pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III

Criterios de Exclusión:

1. Que las enfermeras no acepten participar en el trabajo de investigación.
2. Enfermeras menores de un año trabajando en PADOMI

La técnica de recolección de datos fue la guía de valoración la cual será aplicado a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y el instrumento que se utilizo fue un formulario tipo cuestionario el cual fue aplicado en forma individual a cada enfermera, con el objetivo de obtener información sobre si fue útil la guía de valoración para la recolección de datos.

La estructura del cuestionario consta con las siguientes partes: introducción, datos generales y contenidos (valoración según sistemas), relacionados con la validez de la guía de valoración.

La guía de valoración y el cuestionario fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de experto, conformado por 10 enfermeras(os), los cuales luego de las observaciones respectivas se realizaron los ajustes necesarios. (Ver Anexo D)

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos con el área de capacitación de PADOMI, posteriormente se solicitó una entrevista con el Director de Urgencia para dar a conocer los objetivos del estudio, determinar la fecha de inicio para la recolección de datos y tiempo de duración de la recolección, con el fin de obtener las facilidades pertinentes para llevar a cabo el estudio. El cual fue realizado durante un periodo de dos semanas (15 de diciembre-31 de diciembre) en los diferentes turnos de cada enfermera ya sea guardia de día o de noche.

Posteriormente se realizó la validez y confiabilidad estadística.

El procesamiento de datos se realizó en forma mecánica a través de una tabla matriz a fin de luego presentar la información en cuadros estadísticos. (Ver Anexo F)

Para la medición de la variable validez se utilizó según el criterio del investigador categorizando en válido con una puntuación de 2-3 y no válido con una puntuación menor de 2.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados en forma mecánica, presentándose en tablas estadísticas para su respectivo análisis e interpretación.

A. Datos Generales

De un total de 35(100%) enfermeras, 21(60%) se encuentran entre 31-40 años (Ver Anexo J), en cuanto al sexo 33(94%) son de sexo femenino(Ver Anexo J), respecto al tiempo de experiencia laboral 14(40%) tienen de 9 años a mas (Ver Anexo K) y respecto al tiempo que labora en el servicio 21(60%) tienen de 1 a 4 años(Ver Anexo K).

Datos Específicos

1. Validez de la Estructura de la Guía de Valoración para Pacientes ; Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita

Domiciliaria según las Enfermeras de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD.

En cuanto a la Validez de la Estructura de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, en la tabla N° 1 se puede observar que de un total de 35(100%) enfermera, 27(77.1%) enfermeras consideran valido la estructura.

La enfermera como profesión cumple con un rol muy importante que es el cuidado de la persona en todo su ámbito ya sea físico y espiritual, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud, por esto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan.

Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica que es el Proceso de Atención de Enfermería, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es la primera fase del proceso de Enfermería pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de

Tabla N°1

Validez de la Estructura de la Guía de Valoración para Pacientes
Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita
Domiciliaria según las Enfermeras de Urgencias Del
Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD
Lima – Perú
2009-2010

Validez de la Estructura	Enfermeras	
	N°	%
Valido	27	77.1
No valido	8	22.9
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Para realizar una adecuada valoración es importante la recolección de datos, el cual tiene diferentes métodos que son la entrevista, la observación y el examen físico. Para realizar una adecuada recolección de datos la enfermera necesita tener conocimientos científicos, habilidades técnicas e interprofesionales, convicciones, capacidad

creadora, sentido común, flexibilidad y lo mas importante contar con un adecuado instrumento de recolección de datos.

Un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. Ya adelantábamos que dentro de cada instrumento concreto pueden distinguirse dos aspectos diferentes: una forma y un contenido. La forma del instrumento se refiere al tipo de aproximación que establecemos con lo empírico, a las técnicas que utilizamos para esta tarea. En cuanto al contenido éste queda expresado en la especificación de los datos concretos que necesitamos conseguir; se realiza, por lo tanto, en una serie de ítems que no son otra cosa que los indicadores bajo la forma de preguntas, de elementos a observar. De este modo, el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de investigación: resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto, a las variables o conceptos utilizados; pero también expresa todo lo que tiene de específicamente empírico nuestro objeto de estudio, pues sintetiza a través de las técnicas de recolección que emplea, el diseño concreto escogido para el trabajo.

Es mediante una adecuada construcción de los instrumentos de recolección que la investigación puede manifestar entonces la necesaria correspondencia entre teoría y práctica; es más, podríamos decir que es gracias a ellos que ambos términos pueden efectivamente vincularse. Si en una investigación ellos son defectuosos se producirán, inevitablemente, alguna de las dos dificultades siguientes: o bien los datos recogidos no servirán para satisfacer los interrogantes iniciales planteados, o bien esos datos serán imposibles de obtener, vendrán

falseados o distorsionados, porque el instrumento no se adecua al tipo de hecho en estudio.

Por tal motivo la enfermera debe desarrollar un instrumento que le facilite en su recolección de datos es decir que sea conciso, tenga claridad en la redacción, fácil de contestar, tener un orden en las preguntas y demande poco tiempo.

Al realizar una recogida de datos completos se podrá realizar una adecuada valoración de enfermería y por lo tanto seguir con las diferentes etapas del proceso de atención.

Por lo anteriormente expuesto y considerando los datos o hallazgos podemos deducir que la mayoría de las enfermeras del servicio de Urgencia-PADOMI consideran valido la estructura de la guía. La enfermera esta dedicada al cuidado del paciente en todo su ámbito físico y emocional, mientras cuente con un instrumento valido podrá realizar una completa recolección de datos el cual es importante en la valoración del paciente y de ahí partirá para realizar un buen Proceso de Atención de Enfermería en donde se enfocara los cuidados según sus necesidades prioritarias del paciente.

2. Validez del Contenido según Sistemas para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria según las Enfermeras de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD

En cuanto a la Validez del contenido según Sistemas para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD, en la tabla N° 2 se puede observar que de un total de 35(100%) enfermera, 29(82.9%) enfermeras consideran valido el mismo.

Tabla N° 2

Validez del Contenido según Sistemas para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD
Lima – Perú
2010

Validez del Contenido	Enfermeras	
	N°	%
Valido	29	82.9
No valido	6	17.1
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

Los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población.

Por lo tanto la enfermera debe comprender un conjunto de niveles de atención que desde la óptica sanitaria y social, deben garantizar la calidad de vida de los ancianos habitantes de un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten, el objetivo

principal es conseguir que el anciano permanezca, o se reintegre, en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar (físico, funcional, psíquico y social) y seguridad. Por tal motivo se debe realizar una adecuada valoración del paciente.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. El propósito de esta etapa es identificar los problemas de enfermería del paciente. Estos problemas son expresados ya sea como reales o potenciales.

La sistemática a seguir será la valoración por "sistemas" se valora el aspecto general y las constantes vitales. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de enfermería.

La valoración por sistema fue según las diferentes teorías de enfermería: la de Virginia Henderson que considera las 14 necesidades en donde la enfermera debe atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. La de Jean Watson que estudio el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Y a Majori Gordon que nos dice que la valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o

potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Al tomar referencias de las diferentes teorías de Enfermería, se ha optado por utilizar una valoración por sistemas en donde se separa cada sistema independientemente, en donde la enfermera podrá recolectar los datos de una manera ordenada y completa.

Por lo anteriormente expuesto y considerando los datos o hallazgos podemos deducir que la mayoría de las enfermeras del servicio de Urgencia-PADOMI consideran válido la valoración según sistema, ya que les permite recolectar los datos de una manera ordenada según los signos y síntomas que encuentren en el paciente de grado de dependencia III, por lo tanto la valoración será de una manera general y sistemática. El cual contribuirá en la realización de diagnósticos reales y potenciales, en un adecuado plan de cuidados, en la ejecución de las acciones y en la evaluación del paciente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. Conclusiones

Luego de realizado el estudio se llevo a las siguientes conclusiones:

1. En la Validez de la Estructura de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias el 77.1% de enfermeras consideran valido la estructura. En el cual se llevo a cabo con facilidad la recolección de datos ya que los ítems eran entendibles y demandaba poco tiempo en la utilización de la guía.

2. En cuanto a la Validez del contenido según Sistemas para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias el 82.9% de enfermeras consideran valido, la valoración por sistemas permitió un orden en la recolección de datos y en la priorización de problemas, por tal motivo se realizó un adecuado Proceso de Atención de Enfermería.

B. Recomendaciones

Las recomendaciones formuladas al concluir el presente estudio son:

1. Realizar estudios similares de validez de instrumentos de valoración ya sea geriátrico o pediátrico ya que son edades vulnerables de la persona.
2. Que la enfermera imparta educación sobre una adecuada valoración del paciente en general aprovechando los recursos que posea la institución.

C. Limitaciones

Las limitaciones que se tuvieron en el desarrollo del proyecto de investigación fue:

1. El limitado tiempo que tienen las enfermeras en cada guardia ya que no les permite realizar una valoración adecuada del paciente geriátrico y dejaban para el siguiente turno la realización de la guía y el cuestionario.

2. La escasa motivación y preparación de algunas enfermeras para utilizar la guía de valoración, fue el mayor obstáculo que se encontró, ya que las enfermeras justificaban su falta de colaboración a la pérdida de tiempo que significaba aplicar el instrumento de valoración y posteriormente desarrollar un cuestionario.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- (1) Florence S. Downs y Joyce Fitzpatrick en New York E.E.U.U. en 1975 titulado "Investigación Publica de la Factibilidad y Validez de una Prueba para determinar la Posición Corporal y la Actividad Motora". Tesis 1975

- (2) Edda Ortiz Córdova; "Efectividad de un Instrumento de Valoración en la identificación de un Diagnostico de Enfermería". Tesis 1980

- (3) Gloria Marlene Arquinego Jaimes; "Validación del Instrumento de Valoración de la Capacidad Funcional del Anciano Albergado para satisfacer sus necesidades Básicas". Tesis 1987

- (4) Pilar Rosario Alvarado Huamanlazo, Juana Rosario Callupe Chávez; "Validación de un Instrumento guía propuesto para ser aplicado durante la admisión del paciente adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía en el hospital Central F.A.P. y hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS". Tesis 1993

BIBLIOGRAFIA

- La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano (*Nursing in health care of the elderly*), M.I. Egurza (1), P. Notivol (2). (1). Enfermera. Centro de Salud "Casco Viejo".(2). T.E.U. Universidad Pública de Navarra. Área Enfermería.
- Fundamento de Medicina- "Geriatría". Carlos Alberto Cano G. Jorge Hernan Lopez R. José Fernández Gómez M. Primera Edición. 2006
- Medicina de Urgencias y Emergencias – Guía de Diagnostica y Protocolos de Actuación – L. Jiménez Murillo. F.J. Montero Pérez - Tercera Edicion 2004
- R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Juana Hernández Conesa (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. <http://www.teleline.terra.es>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalizacion de la Variables	I
B	Matriz de Operacionalizacion de Variables	II
C	Guía de Valoración y Cuestionario	III
D	Tabla de Concordancia	VI
E	Libro de Codificación	VII
F	Tabla Matriz	VIII
G	Prueba de Confiabilidad	X
H	Prueba de Validez	XII
I	Validez de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III Durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD	XIII
J	Edad de la Enfermeras y Sexo de las Enfermeras	XIV
K	Tiempo de Experiencia Laboral y Tiempo que Labora en el Servicio	XV

ANEXO “A”

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Validez de la guía de valoración para pacientes adultos mayores de Grado de Dependencia III durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa Atención Domiciliaria.	En la investigación científica en general el concepto de <i>validez</i> es la columna principal de la metodología, es una característica específica, se aplica sobre entes que sirven para algo; es decir, sobre instrumentos. La guía de valoración es importante para la recolección de datos, para continuar con el proceso de atención de enfermería.	<p>Sistema neurológico.</p> <p>Sistema respiratorio.</p> <p>Sistema cardiovascular.</p> <p>Sistema digestivo.</p> <p>Sistema genito-urinario.</p> <p>Sistema óseo-muscular.</p> <p>Sistema Psico-emocional</p>	<p>Estado de Conciencia</p> <p>Nivel de Conciencia</p> <p>Escala Análoga de Dolor</p> <p>Alteraciones Sensoriales</p> <p>Déficit Neurológico</p> <p>Tipo de Respiración</p> <p>Ruidos Respiratorios</p> <p>Secreciones</p> <p>Apoyo Respiratorio</p> <p>Ruidos</p> <p>Ritmo</p> <p>Marcapaso</p> <p>Cianosis</p> <p>Edema</p> <p>Riesgo Periférico</p> <p>Síntomas Gástricos</p> <p>Tipo de nutrición</p> <p>Residuo gástrico</p> <p>Abdomen</p> <p>RHA</p> <p>Ostomias</p> <p>Eliminación</p> <p>Micción</p> <p>Características Genitales</p> <p>Mucosa</p> <p>Piel</p> <p>Lesiones</p> <p>Musculo esquelético</p> <p>Estado emocional</p>	<p>La validez de una guía de valoración permite al personal de enfermería realizar una recolección de datos completa, formulando de una manera adecuada los diagnósticos y las intervenciones a realizar.</p>	<p>Valido</p> <p>No Valido</p>

ANEXO “B”

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Valores que adoptara la variable	Criterios para asignarle valor	Procedencia para la Medición	Aproximación de Técnicas e Instrumentos de Recolección	Escala de Medición
<p>El valor final que adoptara la variable validez hacia la investigación será:</p> <p>Valido</p> <p>No Valido</p>	<p>El criterio para asignar el valor valido y no valido será de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario en el cual el nivel valido será de 2 - 3 y no valido será menor de 2..</p>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicito la autorización del área de estudio, mediante una carta de presentación dirigida al Área de Capacitación a fin de obtener facilidades en la recolección de datos para la realización del presente estudio, los días que las enfermeras tengan turno.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Guía de Valoración</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario</p>	<p>O</p> <p>R</p> <p>D</p> <p>I</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>L</p>

ANEXO "C"



PO	
S.S	

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA: URGENCIAS PADOMI

I. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos del Paciente:.....Edad: Sexo:
Dirección: Fecha: Hora:
Motivo del llamado:
Antecedentes Patológicos: HTA () DM () SECUELA ACV () ENF. ALZHAIMER () ENF. PARKINSON () ASMA () ICC ()
TBC () SECUELA DE FX () HEPATITIS () CA..... () OTROS ().....
Funciones Vitales: PA..... FC..... FR..... T°..... SAT O2.....
Unidad: Medico que Evalúa: Caso Social: SI - NO
Dx Medico:

II. SISTEMA NEUROLOGICO

- Estado de Conciencia: Alerta () Somnoliento () Sopor Superficial () Sopor Profundo () Coma ()
- Nivel de Conciencia: Escala de Glasgow AO () RM () RV () Puntaje:
Pupilas: OD.....mm OI.....mm Isocoricas () Anisocoricas () Midriáticas () Mitóticas ()
Foto Reactivas Si () No ()
- Escala Análoga de Dolor: No Dolor () Leve () Moderado () Severo () Muy Severo ()
- Alteraciones Sensoriales: Visuales () Auditivas () Cenestésica () Verbal () Olfatoria () Otros ().....
- Déficit Neurológico: Hemiplejia () Hemiparesia () Parestesia () Paraplejia ()

III. SISTEMA RESPIRATORIO

Tipo de Respiración: Normal () Disnea () Bradipnea () Polipnea () Otros.....
Ruidos Respiratorios: Crepitantes () Roncantes () Sibilantes () Estertores () Otros.....
Secreciones: Si () No () Características: Transparentes () Amarillentas () Purulentas () Hemoptoicas ()
Cantidad: Abundantes () Escasas ()
Apoyo Respiratorio: Si - No CBN ()...Lit. M. Venturi ()... % M. Reservorio () Tubo ET () Traqueotomía ()

IV. SISTEMA CARDIOVASCULAR

Ruidos: Normales () Soplos () Frote Pericardio ()
Ritmo: Sinusal () Bradicardia () Taquicardia ()
Marcapaso: Si () No () Tiempo:
Cianosis: Si () No () Localización:
Edema: Si () No () Localización:
Riesgo Periférico: - Extremidades Superiores Normal () Cianosis () Frías ()
- Extremidades Inferiores Normal () Cianosis () Frías ()

V. SISTEMA GASTROINTESTINAL

Síntomas Gástricos: Disfagia () Anorexia () Náuseas () Vómitos () Características:

Sonda Nasogástrica: Si () No ()

Tipo de Nutrición: Vía Oral () Enteral () Parenteral () NPO ()) Volumen..... ml/ hr

Residuo Gástrico: Si () No () Volumen.....ml Características.....

Abdomen: Normal () Distendido () Blando () Tenso () Depresible () Timpánico ()
Mate () Doloroso () Ascitis () Otros.....

RHA: Presentes () Ausentes () Disminuidos () Aumentados ()

Ostomias: Gastrostomía () Yeyunostomía () Ileostomía () Colostomía ()

Eliminación: Normal () Estreñimiento () Diarrea () Melena () Rectorragia ()

VI. SISTEMA GENITO-URINARIO

Micción: Espontánea () Sonda Foley () Talla Vesical () Colector Urinario ()

Características: Clara () Colúrica () Piúrica () Hematúrica ()

Polaquiuria () Disuria () Oliguria () Anuria () Incontinencia () Retención ()

Genitales: Normal Si () No () Patologías:

VII. SISTEMA OSEO-MUSCULAR

Mucosa: Húmeda () Seca () Pálida () Cianótica () Ictérica ()

Piel: Turgente () Seca () Escamosa () Fría () Brillosa () Cianótica () Diaforética ()

Lesiones: Equimosis () localización.....
U.P.P. () localización.....
Fístulas () localización.....

Musculo-esquelético: Paresia () Plejía () Flacidez () Rigidez () Contractura ()

VIII. SISTEMA PSICO-EMOCIONAL

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Indiferente () Negativo ()

Firma y Sello

ANEXO "D"

TABLA DE CONCORDANCIA: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ										p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.011
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.011
5	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0.055
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.011
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0.055

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

ANEXO "E"

LIBRO DE CODIFICACION

DATOS GENERALES

Edad: 20 – 30 (3)
31 – 40 (2)
41 – más (1)

Sexo: Femenino (1)
Masculino (0)

Tiempo de Experiencia: 1 – 4 (3)
Laboral 5 – 8 (2)
9 – más (1)

Tiempo que labora en: 1 – 4 (3)
el Servicio 5 – 8 (2)
9 – más (1)

CONTENIDO

EN RELACION AL CONTENIDO	SI	A VECES	NO
17. Permite obtener mayor información			
18. Permite obtener mejores datos			
19. Permite objetivizar mejor los datos			
20. Facilita la identificación de los problemas del paciente			
21. Facilita la priorización de los diagnósticos de enfermería			
22. Facilita la ejecución de las actividades de Enfermería de manera integral			
23. Facilita la evaluación del paciente en forma integral			
24. Favorece la relación enfermera paciente			
25. Facilita el orden de los problemas con los cuidados			
26. Los datos del sistema neurológico son suficientes			
27. Los datos del sistema respiratorio son suficientes			
28. Los datos del sistema cardiovascular son suficientes			
29. Los datos del sistema gastrointestinal son suficientes			
30. Los datos del sistema genito-urinario son suficientes			
31. Los datos del sistema oseo-muscular son suficientes			
32. Los datos del sistema psico-emocional son suficientes			
EN RELACION A LA FORMA			
5. Es fácil de usar			
6. Demanda poco tiempo su aplicación			
7. Es entendible			
8. Facilita la continuidad del cuidado			

SI (3)
A VECES (2)
NO (1)

ANEXO “F”

TABLA MATRIZ

Valoración según Sistemas

Estructura de la Guía

N° Personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total	1	2	3	4	Total
1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	38	3	3	3	3	12
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	31	2	2	2	2	8
3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	30	2	2	2	2	8
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	2	2	2	2	8
5	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44	3	3	3	3	12
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	3	3	3	12
7	2	1	1	2	1	1	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	33	3	2	3	2	10
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	3	3	3	12
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	3	3	3	12
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	46	3	1	3	3	10
11	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	1	2	1	36	3	3	3	3	12
12	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	46	3	3	3	3	12
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	3	3	3	12
14	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	1	3	42	2	2	2	2	8
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	44	3	3	3	3	12
16	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	1	3	1	1	38	3	3	3	3	12
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	46	3	3	3	3	12
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	42	3	2	3	3	11
19	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2	2	40	3	3	3	3	12
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	2	1	3	3	9
21	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	47	3	3	3	3	12
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	2	2	3	2	9

N° Personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total	1	2	3	4	Total
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	45	3	3	3	3	12
24	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	46	3	3	3	3	12
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	2	3	3	11
26	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	46	3	2	3	3	11
27	3	2	2	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	39	3	2	3	1	9
28	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	2	1	2	1	6
29	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	2	1	2	1	6
30	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	36	3	3	3	3	12
31	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	36	3	3	3	3	12
32	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	36	3	3	3	3	12
33	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28	3	3	3	2	11
34	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	3	3	3	2	11
35	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	3	3	3	2	11

ANEXO “G”

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 35 adultos mayores y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems

S_T^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems

N° enfermeras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	suma
1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	50
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	39
3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40
5	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
7	2	1	1	2	1	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	43
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	56
11	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	2	1	48
12	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
14	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	1	3	50
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	56
16	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	1	1	50
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	58
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	3	1	53

N° enfermeras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	suma
19	3	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	52
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	57
21	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	57
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	57
24	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
26	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	57
27	3	2	2	2	1	2	2	1	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	48
28	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	36
29	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	36
30	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	48
31	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	48
32	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	48
33	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	41
34	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	41
35	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	41
suma	92	93	85	87	84	88	84	86	92	97	87	99	90	85	90	94	91	89	86	79	
Si	0.2	0.3	0.5	0.4	0.6	0.4	0.5	0.4	0.2	0.2	0.5	0.1	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.7	7.6
S ² T	23																				

Remplazando valores donde $K=20$ y $\sum(S_i)^2 = 7.6$, $St = 23$

$$\alpha = \frac{20}{19-1} \left(1 - \frac{7.6}{23} \right) = \frac{20}{19} (1 - 0.328) = 1.05(0.67) = 0.71$$

La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente Alfa de Cronbach para las preguntas es de 0.71 indicó que produce datos consistentes internamente.

La consistencia interna de la escala con 20 preguntas fue alta (alfa=0.71).

ANEXO "H"

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ITEM – TEST DE PEARSON

Para la validez de conocimiento en el instrumento se aplicó el coeficiente de correlación de PEARSON a 35 adultos mayores.

$$R = \frac{\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum x)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

X: Valores del ítem i (i: 1 a 20)

Y: valores de la suma total de cada enfermera por ítem

ítem	Corrected Item-Total Correlation
ítem1	0.847
ítem2	0.799
ítem3	0.769
ítem4	0.836
ítem5	0.807
ítem6	0.807
ítem7	0.670
ítem8	0.574
ítem9	0.725
ítem10	0.467
ítem11	0.321
ítem12	0.641
ítem13	0.751
ítem14	0.595
ítem15	0.642
ítem16	0.730
ítem17	0.587
ítem18	0.509
ítem19	0.587
ítem20	0.446

Ítems con coeficiente de correlación $R > 0,20$ son aceptables. Los resultados nos muestran que existe una consistencia en el ítem de instrumento, puesto que los valores presentan coeficiente de correlación mayor que 0.20

ANEXO "I"

Validez de la Guía de Valoración para Pacientes Adultos Mayores de Grado de Dependencia III Durante la Visita Domiciliaria de Urgencias del Programa de Atención Domiciliaria – ESSALUD

Lima – Perú

2009-2010

Validez	Enfermeras	
	N°	%
Valido	30	85.7
No valido	5	14.3
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

ANEXO “J”

Edad de las Enfermeras de Urgencias del Programa De Atención Domiciliaria – EsSALUD

Lima – Perú

2010

Edad	Enfermeras	
	Nº	%
20 - 30	7	20
31 – 40	21	60
41 – más	7	20
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

Sexo de las Enfermeras de Urgencias del Programa De Atención Domiciliaria – EsSALUD

Lima – Perú

2010

Sexo	Enfermeras	
	Nº	%
Femenino	33	94
Masculino	2	6
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

ANEXO “K”

Tiempo de Experiencia Laboral de las Enfermeras de Urgencias
Del Programa De Atención Domiciliaria – EsSALUD
Lima – Perú
2010

Tiempo de Experiencia	Enfermeras	
	Nº	%
1 - 4	10	29
5 – 8	11	31
9 – más	14	40
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009

Tiempo que Labora en el Servicio las Enfermeras de Urgencias
Del Programa De Atención Domiciliaria – EsSALUD
Lima – Perú
2010

Tiempo que Labora	Enfermeras	
	Nº	%
1 - 4	21	60
5 – 8	4	11
9 – más	10	29
Total	35	100

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora en el mes de Diciembre 2009