

ENFERMERIA PEDIATRICA

UNIDAD I

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO*

OBJETIVO GENERAL

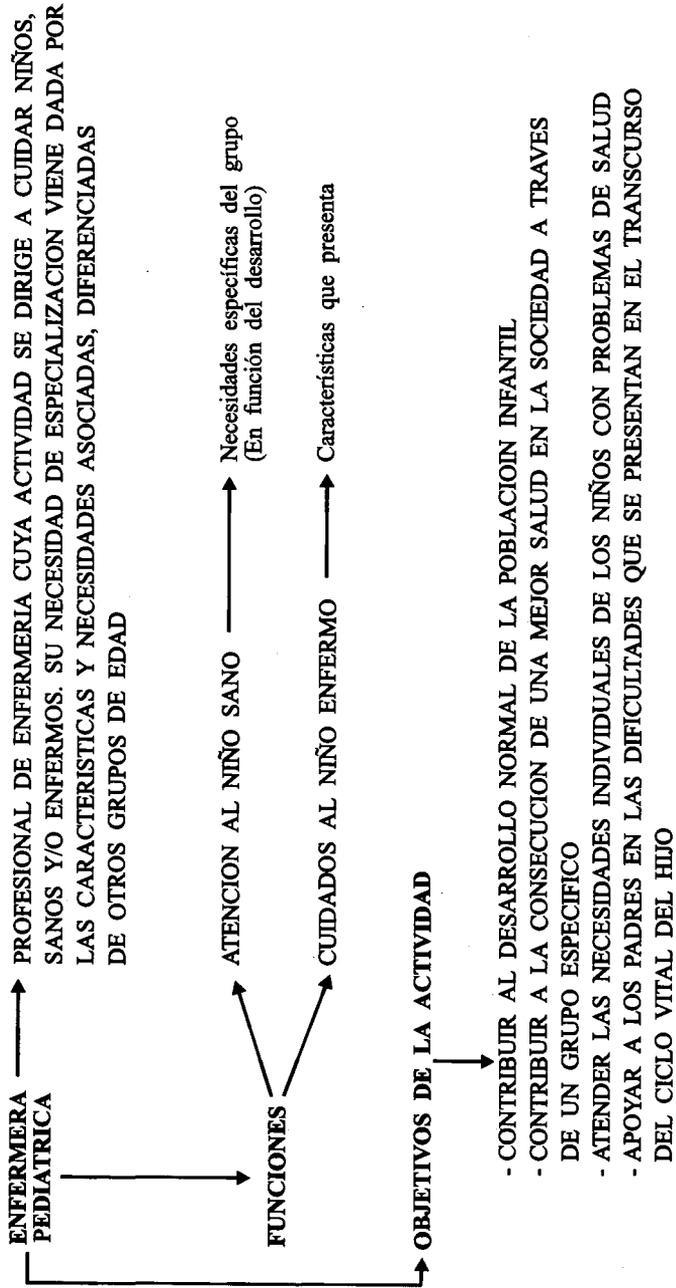
Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capacitan para identificar las necesidades del niño sano y para proporcionar la atención de enfermería para que el niño alcance un desarrollo normal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

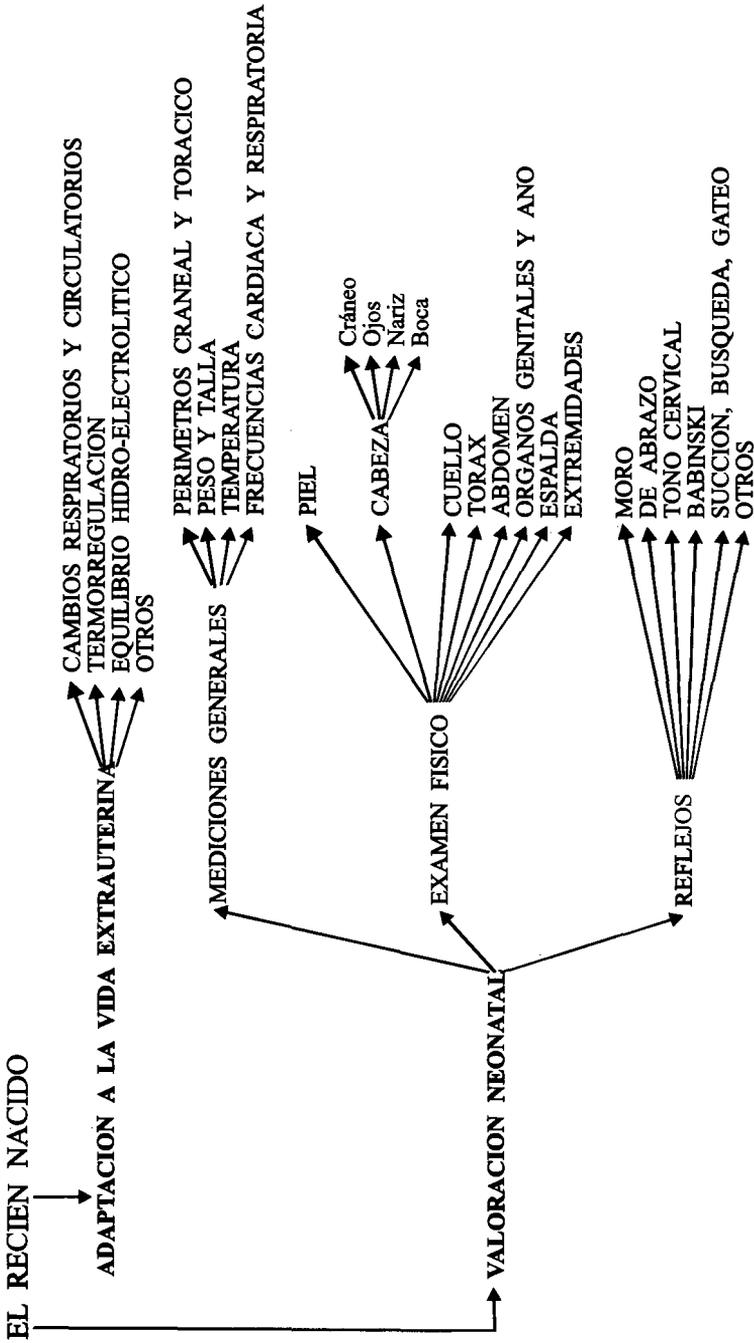
1. Describir las características generales y especiales del recién nacido.
2. Identificar las necesidades del niño sano desde su nacimiento hasta la adolescencia.
3. Detectar los problemas más frecuentes que impiden el desarrollo normal del niño.
4. Explicar las condiciones socioculturales que influyen en el desarrollo del niño.
5. Identificar la función de la enfermera en la atención al niño sano.

* Se describe la unidad completa.

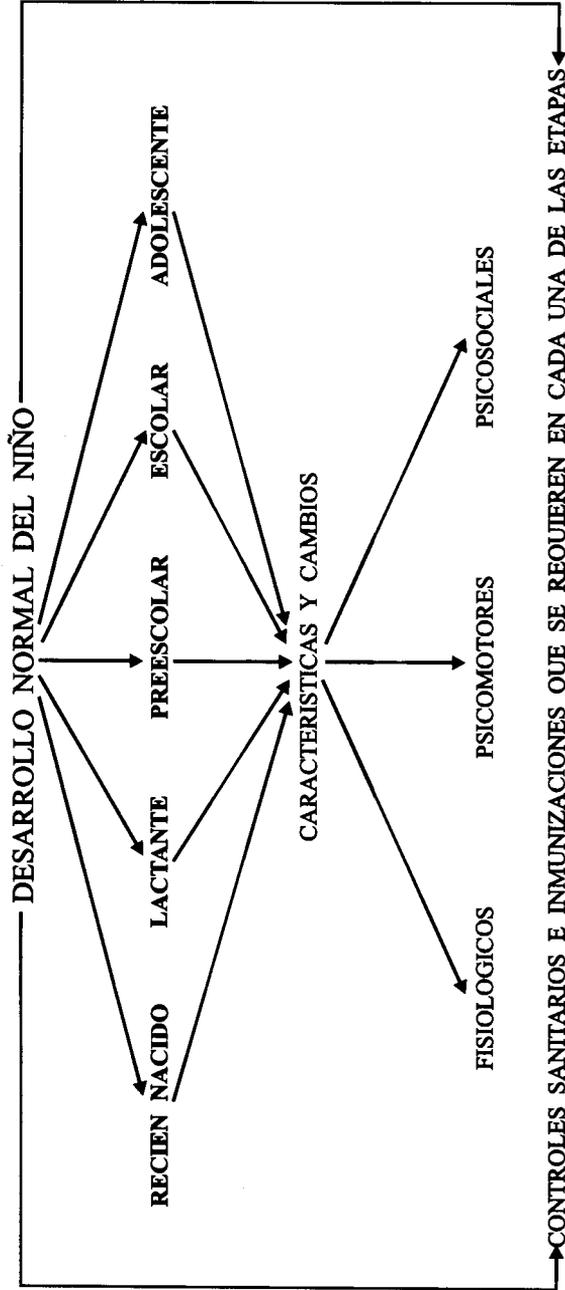
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (I)



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (II)

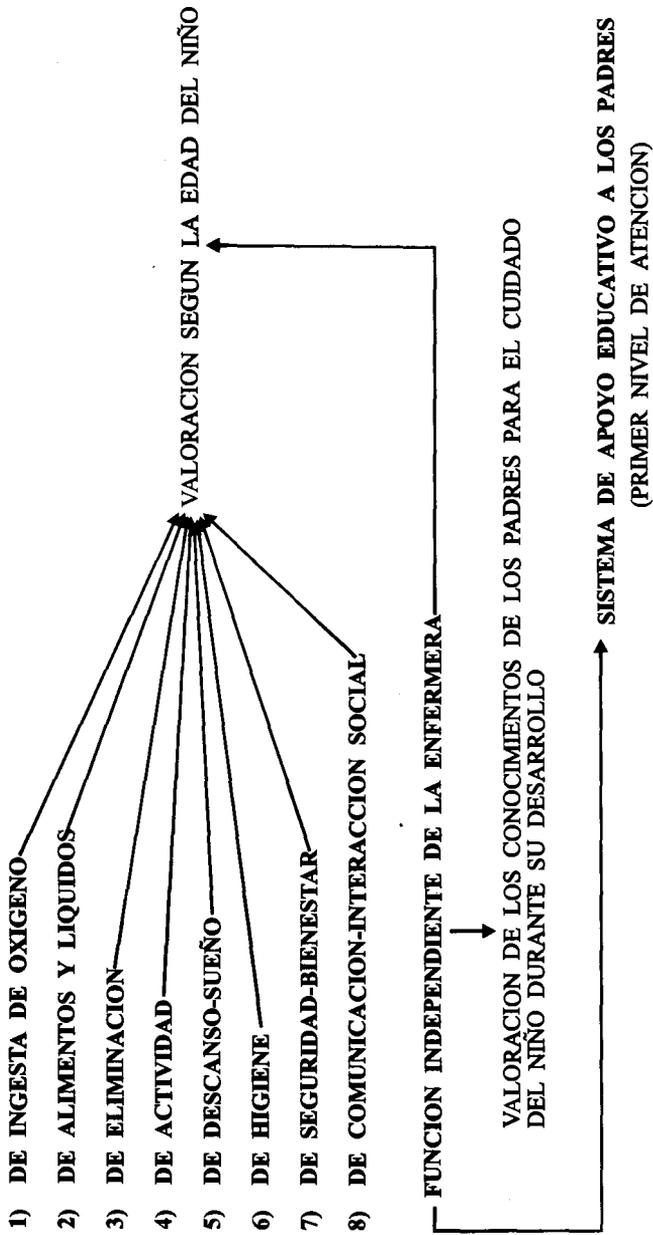


ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (III)



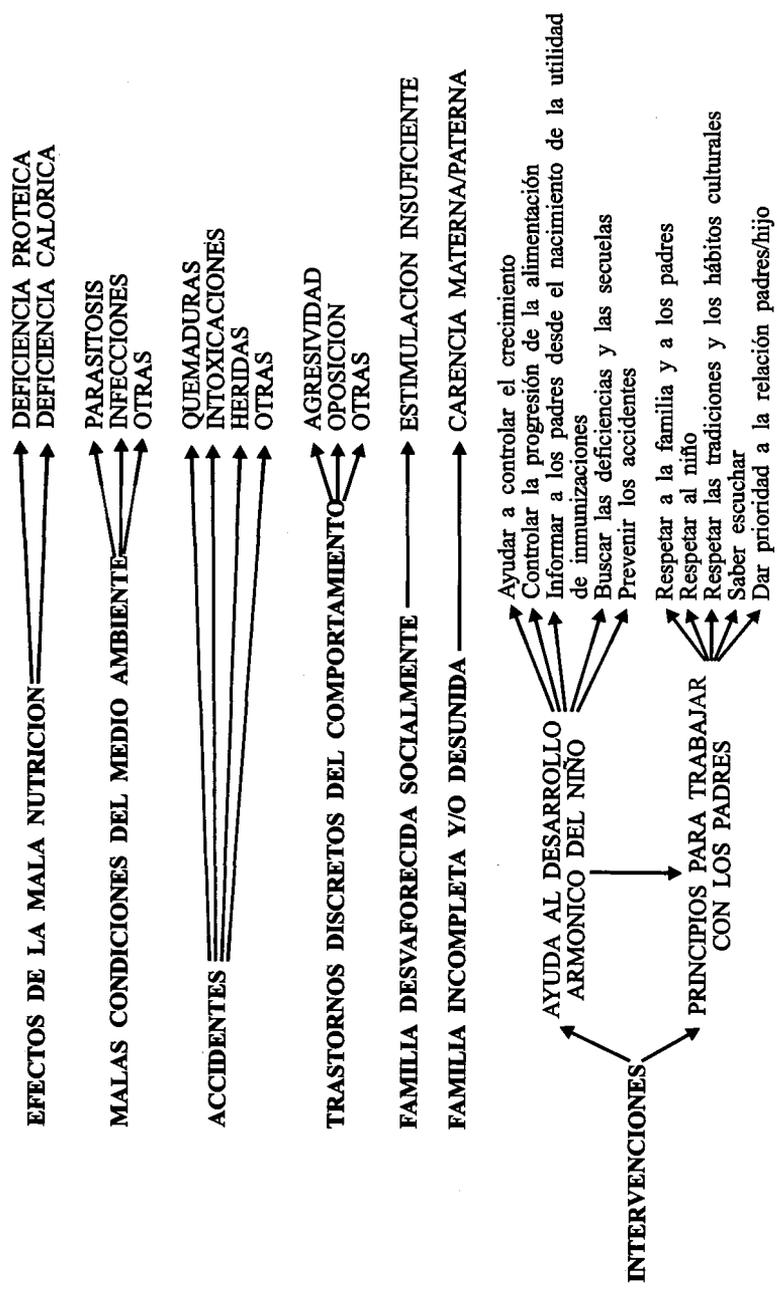
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (IV)

LAS NECESIDADES DEL NIÑO SANO



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (V)

OBSTACULOS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 1

1. Describa el crecimiento del niño.
2. Describa esquemáticamente el desarrollo psicomotor del niño.
3. Describa las normas generales en la alimentación del niño a partir del año de vida.
4. Describa brevemente los trastornos discretos del comportamiento del niño.
5. Describa el papel del adulto en el aporte de los juegos sensoriomotrices, desde el nacimiento hasta los dos años.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

El crecimiento de un niño no es un proceso uniformemente continuado, sino más bien irregular, con períodos de aceleración y períodos de relativo estacionamiento, sin relación con su salud. En líneas generales puede decirse que existen tres grandes períodos de crecimiento acelerado: el primero es continuación del rápido crecimiento del feto y dura hasta el final del primer año, el segundo tiene lugar alrededor de los siete años (estirón de la segunda infancia) y el tercero corresponde al desarrollo de la pubertad.

Aumento de peso: en los cuatro primeros días de vida se produce la *pérdida fisiológica* de peso, alrededor de 250 g., a causa de la desproporción entre la escasa cantidad de alimento ingerido y la eliminación normal del contenido intestinal, excreción renal, pérdida a través de la piel y de los pulmones. Hacia el décimo día se recupera el peso inicial y a partir de ahí comienza la ganancia de peso continua, aunque no uniforme.

Durante el primer trimestre se suele producir un aumento semanal de 200 g. aproximadamente, y a partir del cuarto mes este aumento va siendo progresivamente menor. En condiciones normales, hacia el quinto mes se dobla el peso del nacimiento, se triplica al año y se cuadruplica a los dos años. En niños muy pequeños al nacer este aumento es mayor, en tanto que los niños grandes aumentan relativamente menos. Pueden estacionar temporalmente el peso: la erupción de los dientes, un cambio de alimentación o las vacunaciones.

En los años en que la talla aumenta a mayor velocidad la ganancia de peso es menor, y al revés. El mínimo de aumento de peso recae en los niños de cinco a seis años, en que sólo ganan 1,5 kg. al año. En la pubertad, al igual que en la época de la lactancia, se produce un rápido aumento de peso y talla conjuntamente.

Existen tablas indicadores del promedio normal de peso a cada edad, pero debe

tenerse siempre muy presente que estas cifras admiten amplias variaciones y una desviación «fisiológica» en un niño determinado no tiene porqué indicar alteración de la salud. En este sentido, el mejor índice de una evolución normal lo constituye más que el peso el aspecto sano del niño que se muestra feliz, vigoroso y satisfecho.

Aumento de talla: el crecimiento en longitud es muy considerable durante los primeros meses, después del primer año es bastante más lento. El crecimiento depende tanto de factores endógenos como exógenos. Entre los primeros figuran fundamentalmente las hormonas producidas por las glándulas de secreción interna: así, en los primeros meses el papel del timo parece ser el más importante; hacia el final del primer año es el tiroides el que asume la función primordial en este sentido; a partir del tercer o cuarto año la hipófisis rige todo el crecimiento hasta la época postpuberal. Entre los factores exógenos, la alimentación es el más importante. La vida sana al aire libre, la luz solar, las vitaminas, estimulan el crecimiento, en tanto que las enfermedades agudas o crónicas que inhiben el aumento de peso apenas trastornan el crecimiento en altura.

No todas las partes del cuerpo crecen con el mismo ritmo, puesto que las proporciones de los distintos segmentos del niño con relación al adulto no son todos iguales. Los segmentos proporcionalmente más desarrollados del recién nacido experimentan aumentos menores que aquellos otros que al principio están menos desarrollados. Así, mientras la cabeza aumenta al doble, el tronco triplica su longitud, las extremidades superiores la cuadruplican y las inferiores la quintuplican. Todos los segmentos aumentan, pero cada uno a su ritmo, ya que las proporciones que se deben alcanzar en el adulto difieren mucho de las del recién nacido. En éste la cabeza representa la cuarta parte de la longitud total del cuerpo, mientras que en el adulto es sólo la octava parte. Al nacer el punto medio del cuerpo se encuentra por encima del ombligo, en tanto que el adulto lo tiene a la altura de los trocánteres. Las extremidades, sobre todo las inferiores, son proporcionalmente mucho menores que en el adulto.

2. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO

Al mes:

- El niño sigue con la mirada una luz brillante.
- Entre las cuatro a seis semanas comienza a sonreír.
- Duerme mucho y cuando está despierto hace continuos movimientos incoordinados, con los brazos y las piernas, sin finalidad concreta.

A los dos meses:

- En decúbito prono, levanta la cabeza y la gira para contemplar algún objeto en movimiento.
- Aparece la primera articulación de palabras tartamudeadas.

A los tres meses:

- La cabeza hace movimientos voluntarios.
- Fija la mirada en los objetos y dirige la atención hacia el sonido.
- Reconoce a su madre.
- Comienza a contemplar sus manos.
- Cuando se le habla «contesta» con monosílabos.

A los cuatro-cinco meses:

- Si se le sostiene sentado es capaz de mantener la cabeza erguida y moverla libre.
- Reconoce la voz de sus padres.
- Contempla sus manos y pies.
- Puede coger espontáneamente los objetos que se le ofrecen.
- Ríe.

A los seis meses:

- Se sostiene sentado sin apoyo guardando bien el equilibrio.
- Comienza a jugar con los objetos que le dan, los cambia de mano llevándose los a la boca.
- El balbuceo se hace más variado y expresivo.
- Aprende a reconocer lo que le rodea, aunque su memoria es aún muy escasa, pues basta una separación de pocos días para que lo olvide todo, incluso a su madre.
- Hace intentos para ponerse de pie.

A los nueve meses:

- Se mantiene en pie sin apoyo y estando echado puede sentarse solo. Puede gatear.
- Comienza a repetir las palabras que oye con frecuencia, aunque no comprende su significado; son simple imitación.
- Es capaz de coger un objeto entre el índice y el pulgar y llevárselo a la boca o soltarlos deliberadamente; puede comer solo una galleta.
- Se interesa por su mundo circundante y se asusta ante personas extrañas.

Al año:

- Entre los doce y catorce meses inicia la deambulaci3n.

- Al poder andar conoce su ambiente mucho mejor, iniciando el proceso de adaptación a la sociedad.
- El aprendizaje consciente del habla hace que ya pueda decir unas cuantas palabras conociendo su significado.
- Sabe beber en vaso, destapar una botella y desenvolver el papel de un caramelo.
- Manifiesta sensaciones anímicas simples, como miedo, alergia, ira, desilusión, etcétera.
- Puede aprender algunas «habilidades», como decir adiós con la mano, acariciar, etcétera.

A los dieciocho meses:

- Anda con soltura y trepa a una silla. Puede tirar una pelota y realizar juegos sencillos.
- Sostiene un vaso con seguridad y come solo con cuchara.
- El vocabulario se enriquece (unas 15 palabras) y liga palabras con algún sentido.
- Obedece órdenes simples.

A los dos años:

- Puede correr, sostiene un vaso con una sola mano y puede girar las hojas de un libro una a una.
- Forma frases de tres y cuatro palabras. Su vocabulario asciende a 200 ó 300 palabras.
- Desea compañía y amigos para jugar, pues empieza a desarrollar sus aptitudes sociales.
- Domina su esfínteres, de tal manera que sólo durante la noche se le puede escapar la orina; durante el día pide sus necesidades, siempre que se le haya enseñado a hacerlo.
- Al mismo tiempo aprende a comer solo con limpieza.

A los tres años:

- Puede ir en triciclo, jugar solo y garabatear con un lápiz.
- Conoce los colores, los primeros números y su apellido.
- Reconoce y nombra los objetos existentes en un cuadro o dibujo.
- Ayuda a vestirse y desnudarse.

A los cuatro años:

- Dibuja objetos simples que le son familiares y en sus juegos manifiesta imaginación y fantasía.
- Pregunta el cómo y porqué de las cosas.

A los cinco años:

- Dibuja objetos relacionándolos en una composición; también dibuja un cuadro según una muestra.
- Conoce las letras y puede contar hasta diez.

A los seis años:

- Puede leer palabras cortas, condicionando su aprendizaje al interés que la escuela despierta en él.
- Es capaz de cumplir tres encargos relacionados entre sí.

A los siete años:

- Puede razonar, formar juicios y sacar provecho de su experiencia.
- Diferencia izquierda y derecha.
- Indica lo que falta en un dibujo (boca, nariz).

A los nueve años:

- Desarrolla preferencias, es sagaz en los juegos y puede razonar por sí mismo.
- Sabe contar hasta 100, conoce los días y los meses y sabe su dirección.
- Puede cambiar pequeñas cantidades de dinero.

A los doce años:

- Reacciona bien adaptándose solo, de forma inteligente ante situaciones nuevas que se le plantean.
- Comprende conceptos abstractos, como justicia, bondad, etc.; critica las cosas absurdas y muestra un considerable grado de comprensión.

3. DESCRIBA LAS NORMAS GENERALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO A PARTIR DEL AÑO DE VIDA

Los alimentos presentados en la mesa de un niño no sólo deben cumplir los fríos requerimientos de un equilibrado contenido en principios inmediatos, vitaminas,

etc. Es necesario que estén bien condimentados, adecuadamente presentados y servidos a la temperatura precisa. Deben también variarse, con un cierto ritmo para los distintos días de la semana, y no caer en la monotonía de los mismos alimentos cada día. Esto tiene suma importancia para los niños mayorcitos.

Para conseguir un buen equilibrio se darán proteínas en forma de carnes de animales terrestres y en forma de pescados. Las grasas estarán representadas por las de origen animal (mantequilla, manteca) y las que contienen ciertos vegetales ricos en los ácidos grasos no saturados, linoleico y araquidónico (aceite, frutos secos). Se administrará medio litro de leche diario, o en su lugar derivados lácteos (queso, requesón, nata, etc.), por el calcio que aportan y el alto grado nutritivo de sus proteínas.

Las frutas y verduras se darán, en parte, crudas para evitar la destrucción de sus vitaminas. El contenido de estos alimentos en celulosa estimula el peristaltismo intestinal, asegurando evacuaciones intestinales fisiológicas.

En principio, debe respetarse el apetito de cada niño, sin imponerle cantidades injustificadas.

4. DESCRIBA BREVEMENTE LOS TRASTORNOS DISCRETOS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En el niño pequeño los *fenómenos de ansiedad* son frecuentes, pero habitualmente son benignos. Entre los seis y ocho meses la visión de un rostro desconocido puede provocar una reacción de angustia que cesa inmediatamente en cuanto la madre reaparece en su campo de visión. Más tarde va a aparecer el temor por la oscuridad, el temor de estar solo, el temor de ser abandonado.

El niño que se siente seguro manifiesta muy poca ansiedad. Por otro lado, el niño que vive en un medio inestable, desunido o que se siente poco amado, amenazado, manifiesta mucha más frecuentemente ansiedad, lo mismo que el pequeño que cambia con frecuencia de un medio de vida a otro.

La persistencia de *angustia* más allá de los tres años de edad debe incitarnos a buscar una causa de inseguridad excesiva en la vida del niño.

Las *manifestaciones de agresividad y de oposición* son igualmente banales y puede decirse que entre los dos y cuatro años de edad el niño pasa por un período caracterizado por crisis de cólera violentas y actitudes agresivas. Las crisis de cólera no son anormales, pero ponen a prueba la paciencia y los principios educativos de los padres. La agresividad permite al niño autofirmarse, pero es necesario que ella sea correspondida con una cierta firmeza para habituarlo a afrontar más tarde la agresividad de los otros y a controlar sus reacciones.

Algunos niños carecen de apetito; las causas pueden ser variadas, yendo desde un simple catarro a otras más complejas, como un cambio alimentario, una cierta monotonía o el hecho de que las comidas den lugar a disputas entre los padres o reprimendas. Otros niños se niegan simplemente a comer y en estos casos es necesario no inquietarse para no agravar la anorexia. Los padres deben hacerse los indiferentes y no dejarse llevar por la cólera ni el pánico. Si el niño tiene buena

salud y continúa siendo alegre y juguetón, es necesario tener paciencia y el conflicto finalizará, en la mayoría de los casos, por desaparecer solo.

5. DESCRIBA EL PAPEL DEL ADULTO EN EL APORTE DE LOS JUEGOS SENSORIOMOTRICES DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS

El adulto debe satisfacer la curiosidad natural del niño entregándole los objetos apropiados para estimular sus sentidos y desarrollar sus aptitudes. «El niño conoce el mundo por intermedio de los adultos». Las capacidades y los conocimientos del niño se van enriqueciendo a partir de las novedades que le aporta el medio ambiente. Es necesario, por tanto, cambiar constantemente los objetos que están a su alcance; si no dispone de estímulos ni de experiencias, el deseo de descubrir disminuirá y no podrá progresar. No se puede dejar a los niños vivir de una manera natural; es necesario que ellos sean solicitados constantemente por el medio ambiente para que de este modo puedan experimentar y progresar. El adulto debe igualmente velar por la seguridad del niño, que ignora los peligros del mundo que le rodea (peligro de quemaduras, de ahogo por inmersión, de intoxicaciones, de heridas, de picaduras o mordeduras de animales); durante el primer año de vida hay que preocuparse de la protección total del niño, poniendo a su alcance solamente los objetos que no le hagan correr ningún riesgo. Cuando el niño comienza a desplazarse y a explorar el medio ambiente, es necesario dejarlo efectuar un cierto número de experiencias que le llevarán a descubrir que, por ejemplo, el fuego quema, que el cuchillo tiene una parte cortante, etc. De este modo aprenderá a conocer el riesgo, sea para evitarlo o bien para enfrentarlo. Tanto la sobreprotección como la negligencia deben ser evitadas.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que se hacen a continuación indique si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

1. Al examinar a una niña de ocho meses sería normal encontrar abierta la fontanela anterior, pero cerrada la posterior.
2. Al valorar la memoria inmediata de un niño sano de seis años de edad, la enfermera observa que sólo puede repetir dos números, lo que indica retraso mental.
3. Al valorar a un recién nacido la enfermera nota que está temblando, lo considera normal por el momento, pero lo volverá a examinar pasados cuatro o cinco días.
4. Un bebé que al nacer pesa 3,300 kg. pesará al año 8,300 kg.
5. A los niños debe administrársele la vacuna antisarampión a los tres meses de vida.
6. La inmunidad congénita es de tipo «adquirida transitoria».

RESPUESTAS

1. *Verdadera:* la fontanela anterior se cierra a los doce-dieciocho meses; la posterior entre el primer y segundo mes de vida.
2. *Falsa:* un niño de seis años es capaz de repetir cinco números, pero este hallazgo aislado no puede indicar por sí solo retraso mental.
3. *Verdadera:* los temblores son normales en el recién nacido, especialmente si son de frecuencia alta y poca amplitud. Pueden persistir durante unos días, siendo más habituales durante la crisis de llanto intenso.
4. *Falsa:* el niño deberá pesar al año 9,900 kg., ya que el peso se triplica aproximadamente al año de vida.
5. *Falsa:* la inmunización contra el sarampión debe aplicarse a los quince meses en lugar de a los tres meses.
6. *Verdadera:* generalmente, el lactante no produce su propia gammaglobulina hasta el segundo mes de vida, pero dispone de inmunidad pasiva recibida a través de la circulación materna durante la vida fetal.

UNIDAD II

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para poder atender al niño enfermo en sus necesidades básicas alteradas, identificando los problemas que pueda presentar y aplicando los cuidados en situaciones concretas de enfermedad.

* Temas que se describen:

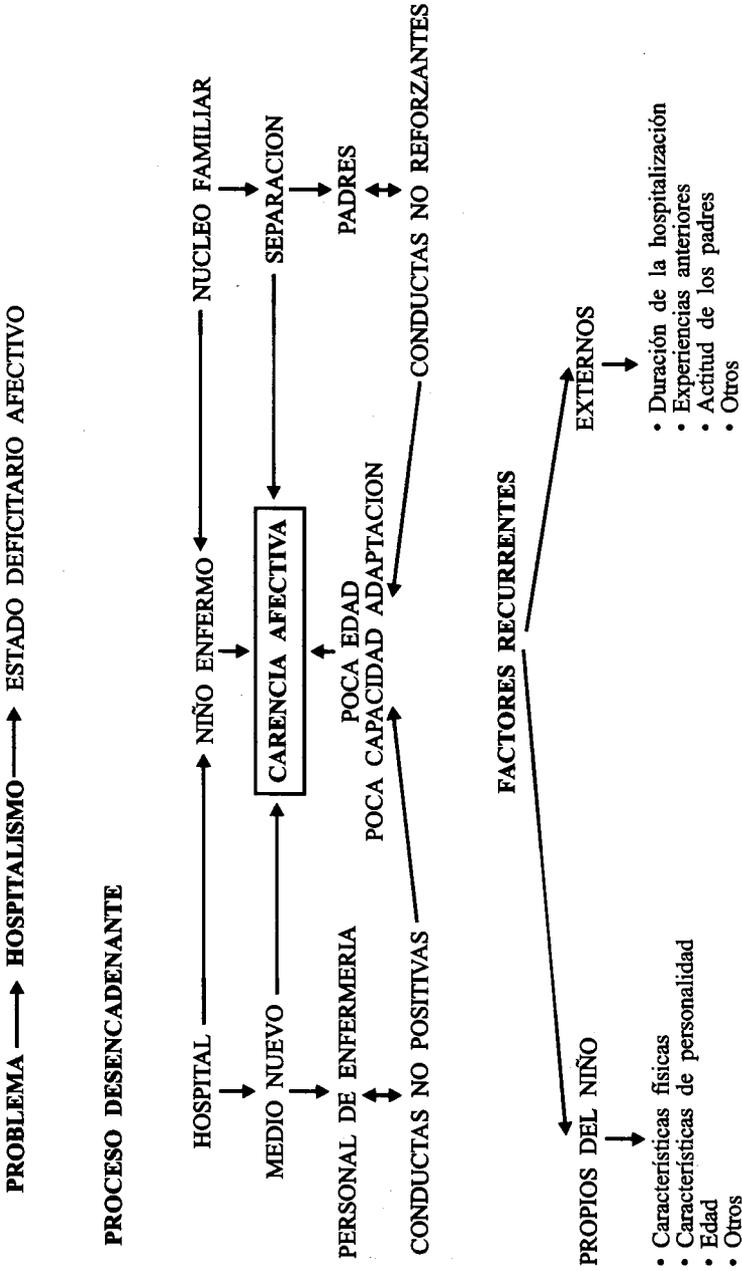
- El problema del hospitalismo en el niño enfermo.
- El niño de bajo peso y prematuro.
- Problemas del aporte de líquidos.
- Alta del niño hospitalizado.

TEMA: EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO

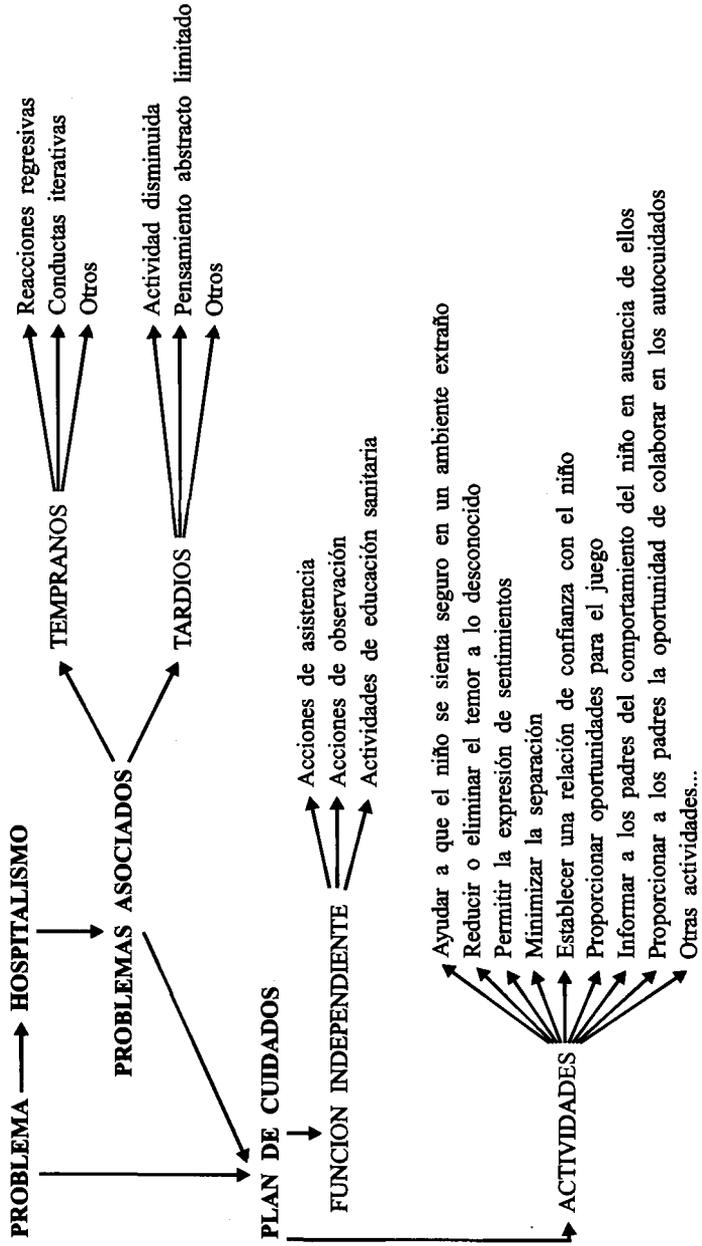
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el concepto de hospitalismo.
2. Describir las consecuencias del hospitalismo en el niño.
3. Valorar los problemas derivados del hospitalismo.
4. Describir las acciones propias de la enfermera para resolver o paliar los problemas derivados del hospitalismo.
5. Aceptar el compromiso profesional de ayudar a los padres y al niño en el problema del hospitalismo.

EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (I)



EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (II)

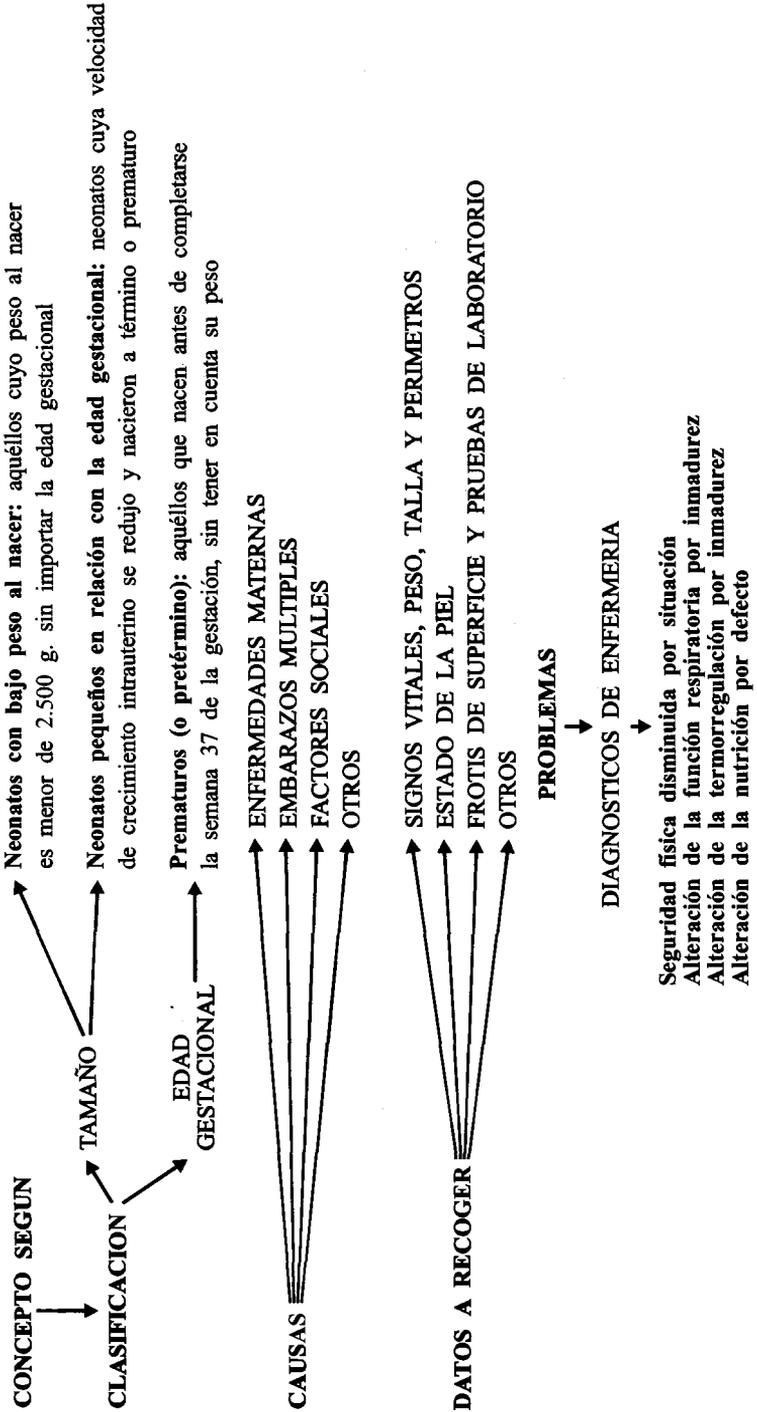


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO

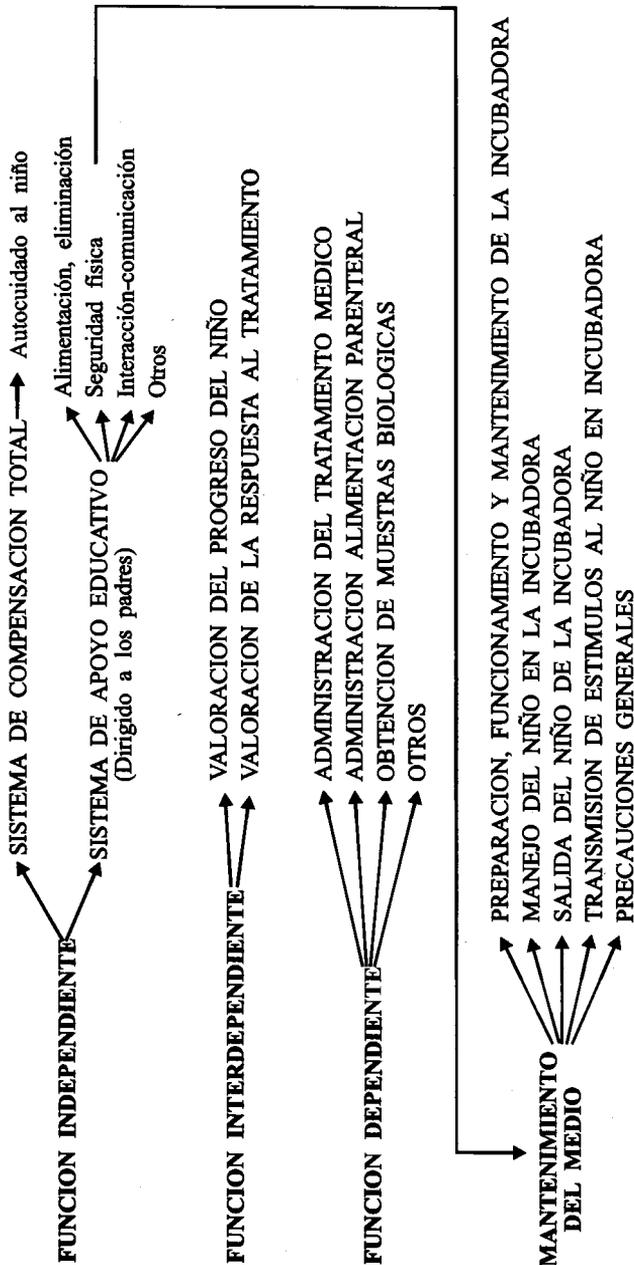
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que pueden producir nacimientos de niños de bajo peso y prematuros.
2. Explicar las características fisiológicas de estos recién nacidos.
3. Describir las observaciones constantes que requieren estos niños.
4. Describir las acciones específicas de la enfermera para prevenir y/o resolver los problemas derivados de la situación de prematuridad.
5. Describir el funcionamiento de la incubadora.
6. Explicar la atención de enfermería que requiere un niño que permanece en una incubadora.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (I)

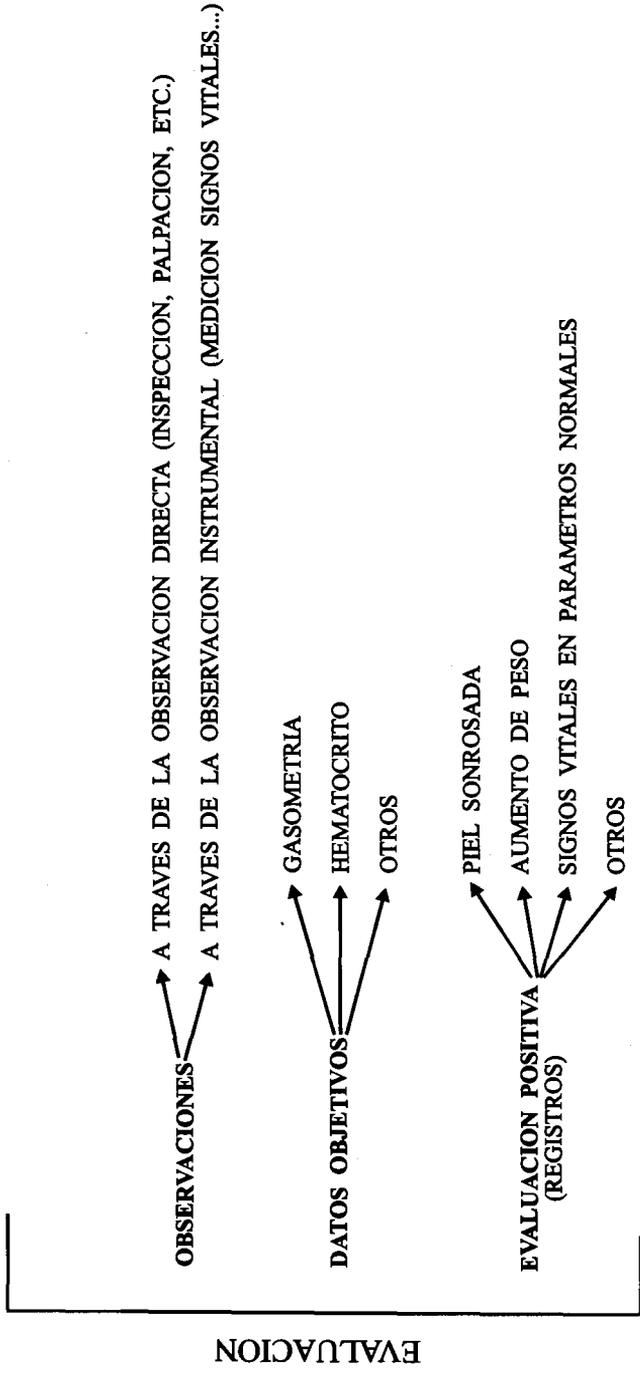


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (II)



PLAN DE CUIDADOS

CUIDADOS AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (III)

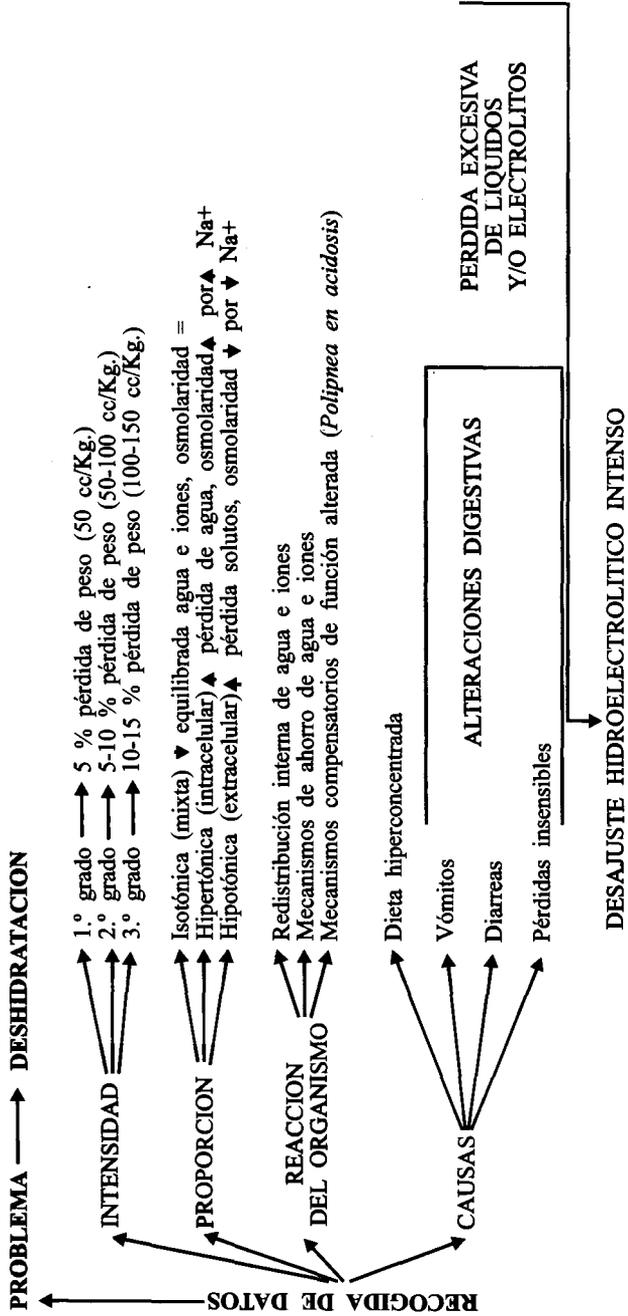


TEMA: CUIDADOS AL NIÑO CON PROBLEMA DE DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS

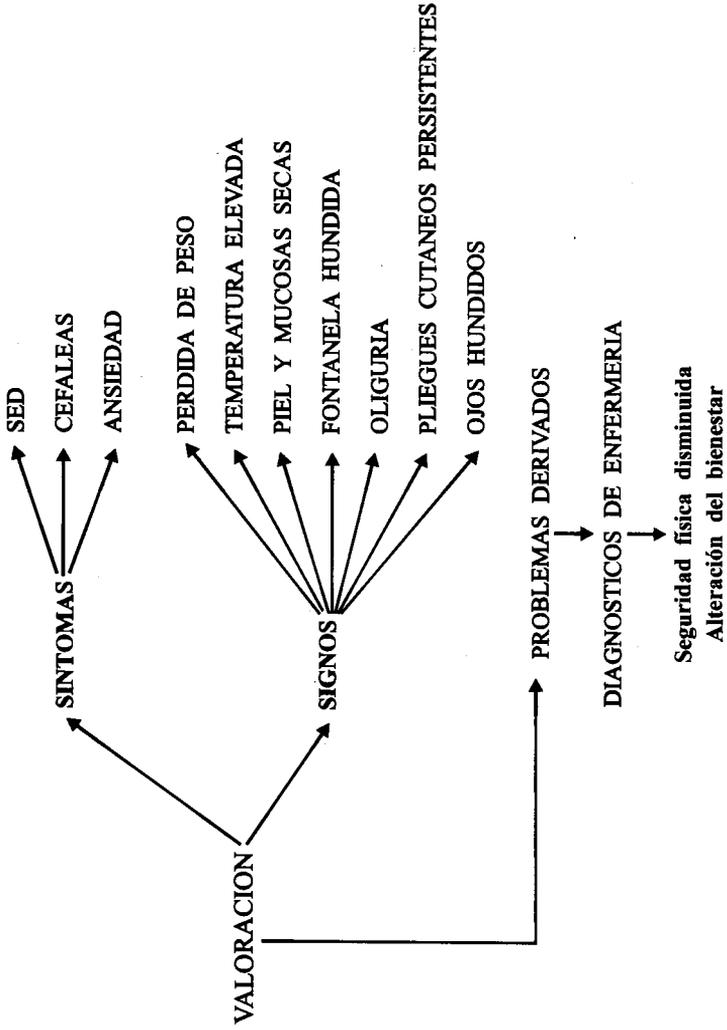
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el problema de deshidratación en los niños.
2. Explicar las causas que producen deshidratación.
3. Describir los datos que deben recogerse para la valoración del problema.
4. Identificar los problemas derivados del problema central.
5. Describir las acciones de enfermería específicas en los niños con problema de deshidratación.
6. Describir los datos que denotan una adecuada hidratación en el niño.

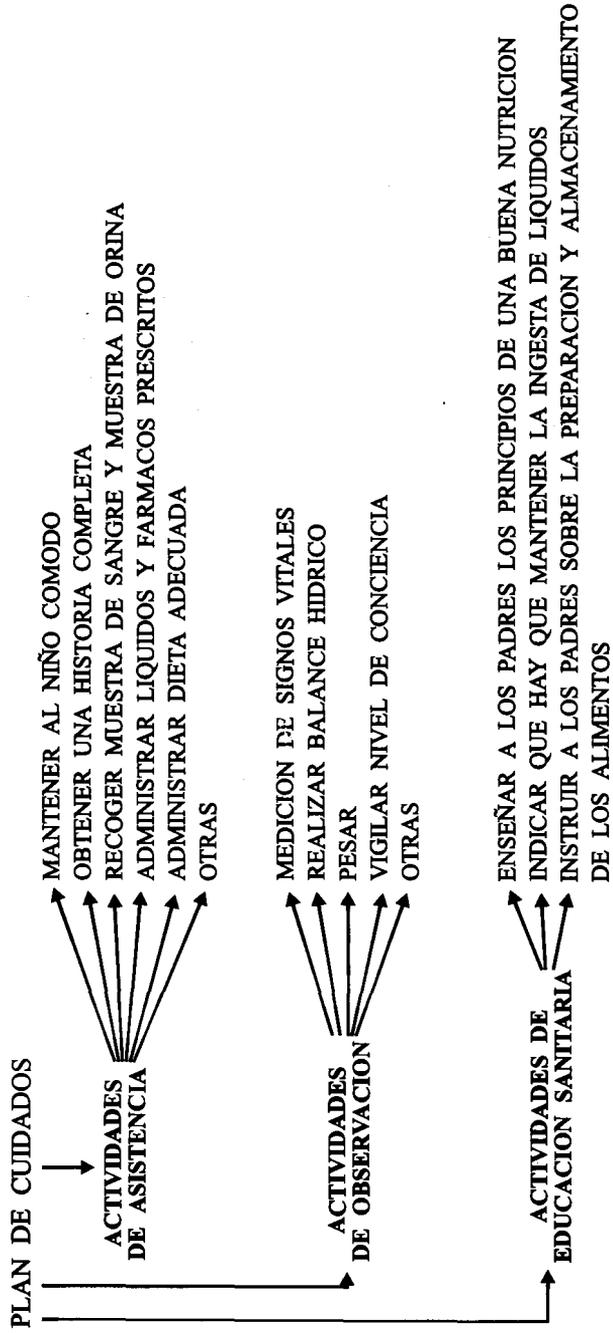
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (I)



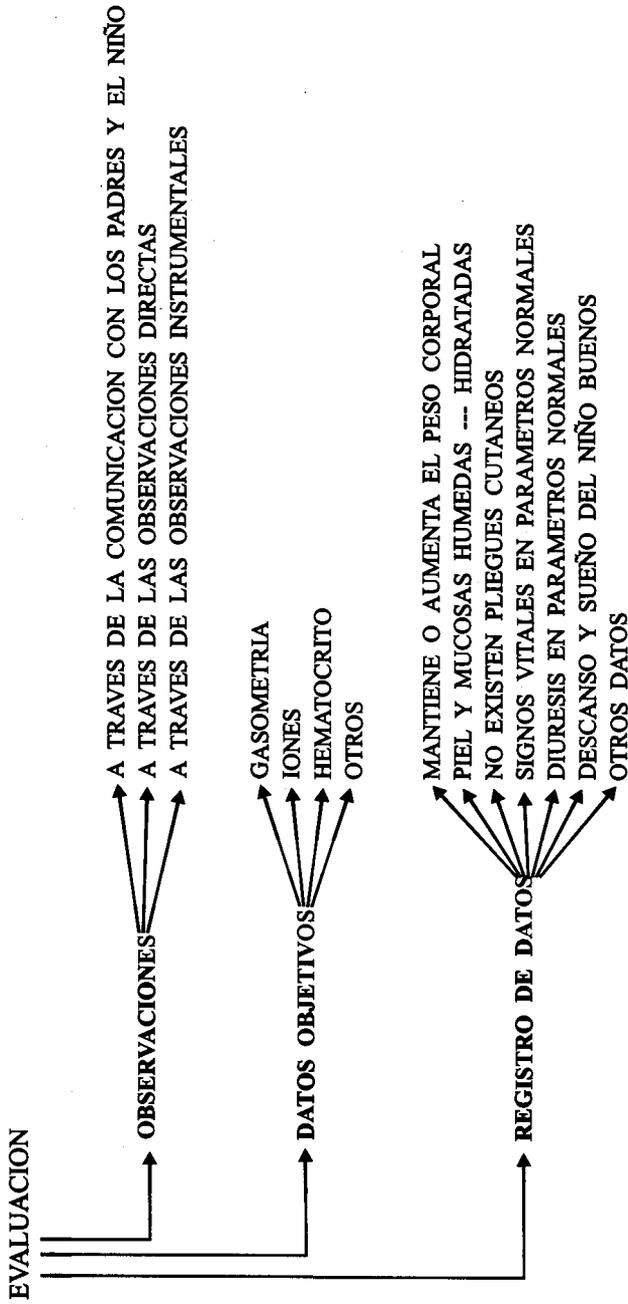
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (IV)

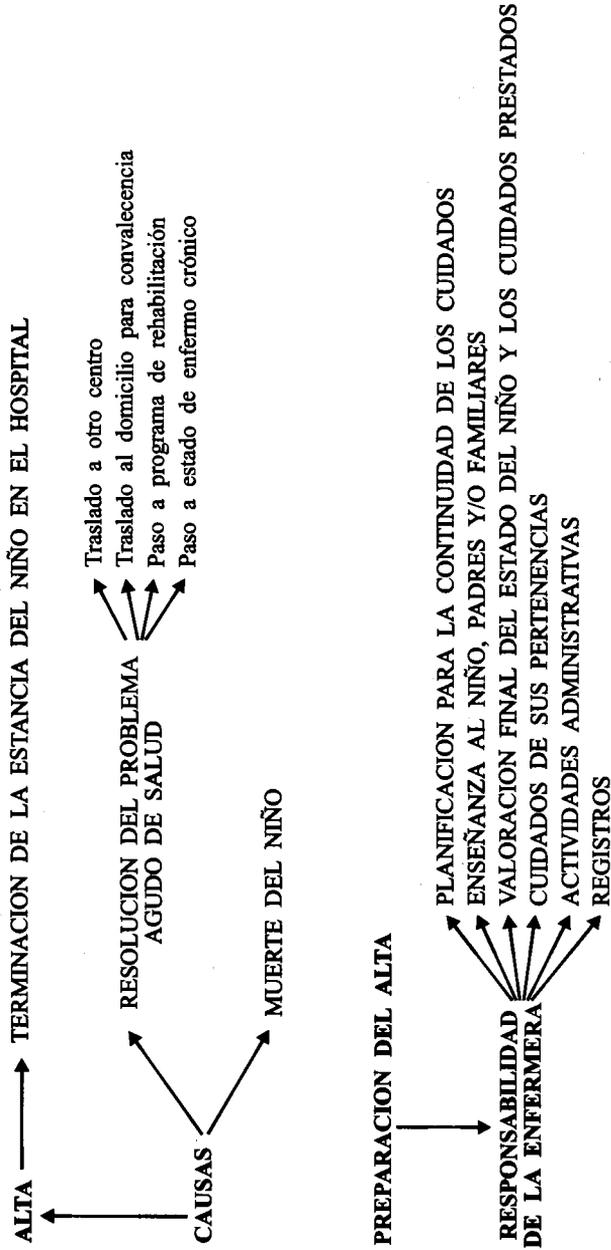


TEMA: ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las acciones de enfermería para la preparación del alta del niño.
2. Describir la atención que requiere el niño en estado terminal.
3. Explicar la preparación y cuidado *postmortem* del niño.
4. Valorar la importancia que tiene, en cada cultura, la muerte del niño.
5. Valorar la necesidad de atención a los padres en la muerte del niño.

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (I)



ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (II)

NIÑO ENFERMO CRONICO → NIÑO QUE VIVE CON UN PROBLEMA DE SALUD, AL QUE SE DEBE ADAPTAR Y QUE NECESITA VIGILANCIA MEDICA Y SANITARIA PERIODICA O CONTINUA

ACTUACION DE ENFERMERIA

OBJETIVOS

PAPEL DE LOS PADRES

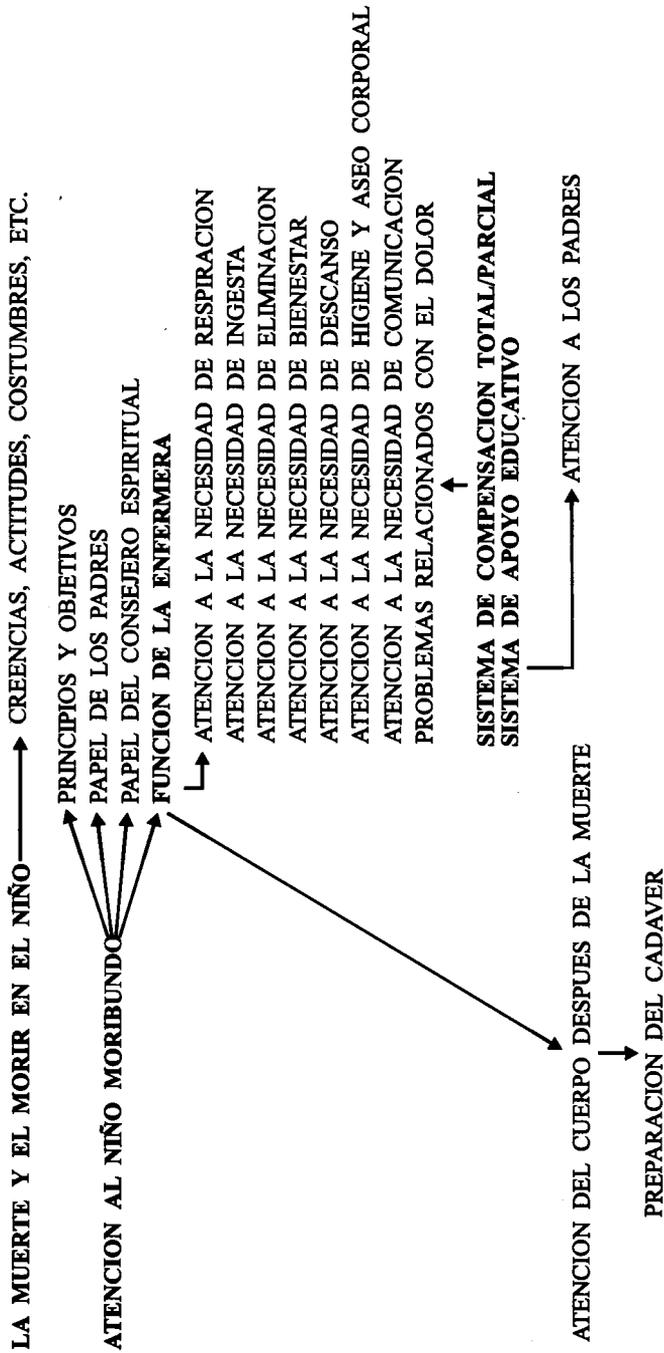
FUNCION DE LA ENFERMERA

En la rehabilitación física
En la rehabilitación psíquica
En la integración social

SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL AL NIÑO

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO AL NIÑO Y A LOS PADRES

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (III)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 1

1. Describa los problemas comunes que presenta el niño ante la hospitalización.
2. Describa las características generales del niño prematuro.
3. Describa los controles ambientales de la incubadora y su fundamento.
4. Enumere las causas de malformaciones congénitas debidas a factores ambientales.
5. Describa el problema de «enútesis de maduración».

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LOS PROBLEMAS COMUNES QUE PRESENTA EL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACION

La reacción natural del niño ante la hospitalización es primero de *protesta*, después de *duda* y finalmente de *indiferencia*. Pero estas etapas no son iguales en todos los niños. Para facilitar la adaptación del niño al ambiente hospitalizado hay que hacerle comprender cuatro cosas:

1. Que continuará siendo querido (la carencia de cariño origina temor).
2. La enfermedad y la estancia en el hospital no significan ningún tipo de castigo. Muchas veces el niño lo interpreta como tal, en expiación de sus culpas, y esto dificulta la adaptación y engendra nuevos temores.
3. Debe explicarse al niño que después se sentirá mejor.
4. Hay que asegurar al niño que regresará a su casa una vez curado.

EL LACTANTE: es el que posiblemente ofrece menos problemas, ya que normalmente come y duerme. Pero no hay que olvidar que el contacto físico es esencial para evitar la carencia afectiva. No basta con darle de comer, cambiarle los pañales y colocarlo en su cuna; debe hablársele, tocarlo, cogerlo, jugar con él para estimular sus respuestas. No deben olvidarse las necesidades de la madre, procurando retornarle su función de madre en cuantas ocasiones sea posible: alimentación del niño, etcétera.

EL NIÑO PREESCOLAR: ofrece más dificultades, ya que presenta una gran variedad en sus maneras de comportarse, de hablar y de reaccionar. Esto depende muy directamente del ambiente familiar y del condicionamiento socioeconómico en que se ha desarrollado. También depende de su situación en la familia y de su grado de desarrollo. La enfermera debe esforzarse en comprender a cada niño en particular. Resulta fundamental hablar con los padres para conocer el vocabulario especial del niño, sus hábitos, si sabe comer, si pide sus necesidades, etcétera.

EL NIÑO ESCOLAR: presenta grados variables de comprensión, pero generalmente acepta fácilmente las explicaciones que se le da. Es a menudo cooperador y da la impresión de ser fuerte y estar seguro de sí mismo. Pero debajo de esta actitud se esconde el temor a lo desconocido, por lo que esta apariencia no debe engañar a la enfermera. Debe preguntar al niño por sus temores y por sus inquietudes.

El mantenimiento de la disciplina presenta problemas, agravados por el ocio a que está sometido el niño en el hospital. Por ello, resulta útil buscarle una ocupación y entretenerle en sus juegos. El niño mayor desea conocer los progresos de su enfermedad, por lo que necesita explicaciones. Debe evitarse, igualmente, hablar o discutir en su presencia acerca de él o de otros niños ingresados.

2. DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO PREMATURO

Durante las primeras horas que siguen al nacimiento, la impresión que se obtiene tras la observación de un prematuro es engañosa. El llanto suele ser fuerte y la movilidad es notable; agitan los miembros, patalean y respiran ampliamente. Sin embargo, a las pocas horas se muestran cansados, relajados, permanecen largo rato inmóviles y su respiración se hace superficial e irregular.

El aspecto externo se diferencia del recién nacido normal, tanto más cuanto menor es el peso. La piel está cubierta por abundante *lanugo* e impregnada por gran cantidad de grasa. El cráneo está poco osificado y presenta la sutura longitudinal y las dos fontanelas, casi siempre muy abiertas. Los rasgos de la cara son finos, pero dada la pequeñez del cráneo, la abundancia de *lanugo*, la delgadez de las extremidades y la presencia de uñas delgadas, el niño tiene un aspecto simiesco, más patente en unos prematuros que en otros.

El tejido celular subcutáneo es muy escaso y existe poco desarrollo muscular. El color de la piel es rojo los dos o tres primeros días, cambiando hacia un tono amarillo rojizo cuando aparece la ictericia. Los niños con peso inferior a los 1.500 g. presentan casi siempre el escroto sin los testículos, puesto que todavía no han descendido a las bolsas escrotales. Las niñas tienen los labios menores muy desarrollados unidos al clítoris.

Con frecuencia se observan prominencias en el ombligo y en la ingle, debida a hernias de estas regiones. En resumen, el prematuro es un ser inacabado e inmaduro, tanto más cuanto menores son el peso y la edad gestacional.

Como consecuencia de la inmadurez de todos los órganos y funciones, los riesgos a que se ve sometido el prematuro dependen del fallo de aquéllos. Cuanto más vital es la función de un órgano o un sistema, mayores son las consecuencias derivadas de su alteración funcional.

3. DESCRIBA LOS CONTROLES AMBIENTALES DE LA INCUBADORA Y SU FUNDAMENTO

— Comprobar que la temperatura se está controlando a 32-36° C.

- Comprobar que las concentraciones de oxígeno se regulan de acuerdo con los gases sanguíneos.
- Comprobar que la humedad oscila entre el 40 y el 60 por 100.

La temperatura ambiental templada es esencial para la vida del R.N. prematuro, puesto que el niño carece de la capacidad para mantener el calor corporal, debido a la falta de grasa aislante, el control reflejo pobre de los capilares cutáneos y la inactividad de los músculos pequeños. La humedad alta del aire es esencial debido a la tendencia del lactante a la deshidratación, que origina pérdida de peso e inestabilidad térmica. Las concentraciones de oxígeno deben cubrir sus necesidades individuales.

4. ENUMERE LAS CAUSAS DE MALFORMACIONES CONGENITAS DEBIDAS A FACTORES AMBIENTALES

- Exposición a los rayos X de la madre gestante.
- Administración de productos químicos a la gestante.
- Falta de determinadas vitaminas en la dieta de la gestante.
- Infección por virus en la gestante.
- Edad avanzada de la gestante.
- Factores mecánicos que originan presiones anómalas por mala posición del feto en el útero o por falta de líquido amniótico.
- Deficiente nutrición del huevo.

5. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «ENURESIS DE MADURACION»

Definición del problema: la enuresis de maduración es la micción involuntaria que se produce en los niños durante el sueño y no tiene un origen fisiopatológico.

Valoración del problema:

- Datos subjetivos: información que se recibe de los padres.
- Factores concurrentes: vejiga pequeña, sueño profundo, respuesta al estrés ante situaciones nuevas.

Actuaciones de la enfermera:

- Fomentar una relación positiva entre padres e hijo:
 - Explicar la naturaleza del problema a padres e hijo.
 - Informar a los padres que el avergonzarse, castigar, etc., al niño no es una actitud adecuada para que cese el problema, por el contrario puede hacer al niño tímido, vergonzoso o temeroso.

- Asegurar al niño que otros tienen el mismo problema y que eso no es malo ni pecaminoso.

— Reducir, si es posible, los factores concurrentes:

- Si la capacidad de la vejiga es pequeña, después de que el niño bebe, animarle a retrasar la micción para ayudar a distender la vejiga.
- Si el sueño es profundo hacer que el niño orine antes de acostarse. Restringir los líquidos a la hora de dormir. Si se despierta al niño más tarde (sobre las doce de la noche) para que orine, intentar despertarlo del todo para reforzarlo positivamente.

— Educación sanitaria y facilitación de recursos según este indicado:

- Instruir al niño y a los padres sobre los hechos relativos al problema.
- Enseñar al niño y a la familia técnicas para controlar los efectos adversos de la enuresis, cómo usar colchones cubiertos de material impermeable y lavable; si el niño va a pasar la noche fuera de casa que use su saco de dormir, fácil de lavar en máquina, etcétera.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que a continuación se hacen, diga si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

- A) *Cristina Oropesa*, de tres años de edad, es ingresada para ser intervenida de amigdalectomía y adenoidectomía.
1. Lo que ayudará más a Cristina a sentirse familiarizada con el entorno y el equipo sanitario es la explicación sobre los procedimientos a que va a ser sometida.
 2. La mamá de Cristina se queda en el hospital con la niña. Lo que espera prevenir la Sra. Oropesa es la ansiedad de la niña por la separación familiar.
 3. Después de la intervención quirúrgica de Cristina se tendrá presente que uno de los signos tempranos de hemorragia es el enrojecimiento de la cara y cabeza.
 4. A causa de la excesiva hemorragia, Cristina necesita una transfusión sanguínea, mientras se la está administrando presenta escalofríos, fiebre y cefaleas. La enfermera inmediatamente disminuirá el ritmo de la perfusión y avisará al médico.
 5. Una vez resuelto el problema de la hemorragia, el plan de cuidado de Cristina para las siguientes veinticuatro horas incluirá la administración de hielo picado y la estimulación de la ingesta de líquidos con paja o biberón.
- B) *La niña Regina Alvarez*, de cuatro meses de edad, acude con su madre a consulta por tener un catarro desde hace dos días y haberse despertado, en el día que acude a consulta, con tos seca y dificultad respiratoria.
6. La enfermera sospecha que la niña sufre un distrés respiratorio agudo por presentar una frecuencia respiratoria en reposo de 35 r/min. y respiración diafragmática.
 7. Regina es diagnosticada de bronquiolitis. Es ingresada y colocada en una tienda de oxígeno humidificada. La posición más terapéutica sería la de decúbito lateral derecho.
 8. Mientras Regina permanece en la tienda, una de las actividades fundamentales de la enfermera será cambiar con frecuencia el pijama de la niña.
 9. Un dato específico que indica que Regina mantiene un balance hídrico normal es que la densidad de la orina es de 1.005 a 1.025.
 10. Al alta de Regina, la madre pregunta a la enfermera cómo puede prevenir

otra crisis de bronquiolitis. La enfermera le dice que consulte a su médico, pues éste puede recetarle una vacuna, antibióticos y broncodilatadores cuando se presente la crisis.

RESPUESTAS

1. *Falsa:* la edad de Cristina la limita para comprender, sin desvirtuar, las explicaciones que se le den. En esta edad lo mejor sería que la niña hiciera una visita previa al ingreso al hospital y a la unidad para que se familiarice con el ambiente y equipo sanitario. Estas visitas podrían consistir en darle paseos por el hospital, organizar conversaciones, darle literatura infantil y libros para colorear en la propia unidad.
2. *Verdadera:* en un niño en edad comprendida entre los seis meses y cinco años, la tensión nerviosa producida por el ingreso en el hospital es motivada, sobre todo, por la separación de la familia y en especial de la madre.
3. *Falsa:* después de la amigdalectomía, el signo precoz más claro de la hemorragia es el de tragar continuamente la sangre que emana.
4. *Falsa:* cuando se desencadena un problema de «reacción transfusional», la acción inmediata será de interrumpir la transfusión, mantener una vía venosa permeable y avisar al médico.
5. *Falsa:* el hielo picado ayuda a suavizar la garganta, pero la succión con paja o biberón puede ocasionar hemorragia.
6. *Falsa:* en lactantes, la frecuencia respiratoria normal en reposo es de 30-50 r/min. y la respiración de tipo diafragmática. Los signos frecuentes de distrés respiratorio, fundamentalmente son el aleteo nasal y el tiraje intercostal y subcostal.
7. *Falsa:* la posición más indicada es la de Fowler. Esta posición permitirá a la niña que consiga una mayor expansión torácica y una vía aérea más permeable.
8. *Verdadera:* el aire húmedo de la tienda moja los pijamas de los lactantes, por tanto, deberá cambiarse con frecuencia para que no sientan frío.
9. *Falsa:* la taquipnea asociada a la bronquiolitis tiende a deshidratar al lactante. Para mantener fluidas las secreciones bronquiales es necesaria una buena hidratación. Una indicación de hidratación será la densidad específica en orina. Una densidad de 1.005 pueden ser indicativa de hiperhidratación, que podría dar lugar a edema pulmonar; una densidad de 1.025 o superior indica que los líquidos corporales son insuficientes para fluidificar las secreciones. La densidad específica de la orina que indicaría un balance hídrico normal sería de 1.015.
10. *Falsa:* lo correcto sería informarle de que consulte a su médico, ya que los ataques repetidos pueden ocasionarse a respuestas alérgicas asmáticas. El 50 por 100 de los lactantes con bronquiolitis presentan sibilancias asociadas a

alergias. Esta enfermedad no es de etiología bacteriana, por lo que no se prescriben antibióticos. No existe una vacuna efectiva para el problema y los broncodilatadores no son eficaces en el lactante.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 3

Elaborar un plan de cuidados en la situación siguiente, que contenga:

1. Problemas detectados
2. Objetivos.
3. Acciones de la enfermera

CASO EN ESTUDIO

— Niño de dos años y medio de edad, que ingresa para ser tratado de «inflamación de gánglios submaxilares».

— Tratamiento al ingreso: AMOXICILINA ORAL, 250 mg. cada ocho horas; BUDIROL, un supositorio infantil, si necesita.

— Datos obtenidos por la enfermera al ingreso:

- Signos vitales: temperatura rectal, 39° C; pulso arterial, 136/min. y respiraciones (inmedibles por llanto continuo).
- Dolor en zona del cuello y cara que se acentúa a la palpación.
- Responde a los estímulos. Orientado.
- Piel y mucosas sonrojadas y húmedas.
- Peso de 15 kg. Talla de 96 cm.
- Al intentar la enfermera darle agua el niño la rechaza. Impresiona de que el dolor se acentúa al intentar tragar.
- Mirada y gestos tristes. Continuamente se acerca a su madre pidiéndole le tome en brazos. Lloro si su madre sale de la habitación.
- La madre informa sobre los hábitos del niño y comunica que duerme regularmente bien, incluida siesta de tres horas. No utiliza siempre chupete. Suele jugar solo. Se distrae fácilmente. Generalmente toma los alimentos enteros. Controla esfínteres día y noche. Pide «pis y caca». Hace sus necesidades en orinal. Recibe un baño diario (por las noches).

- No se han observado alteraciones de los órganos de los sentidos.
- Tiene puestas las vacunas correspondientes a su edad.

RESPUESTAS

PROBLEMAS:

1. *Pérdida de seguridad*, por temor a la hospitalización.
2. *Alteración del bienestar*, por dolor.
3. *Inapetencia*, por dolor a la masticación.
4. *Potencial deshidratación*, por temperatura elevada.

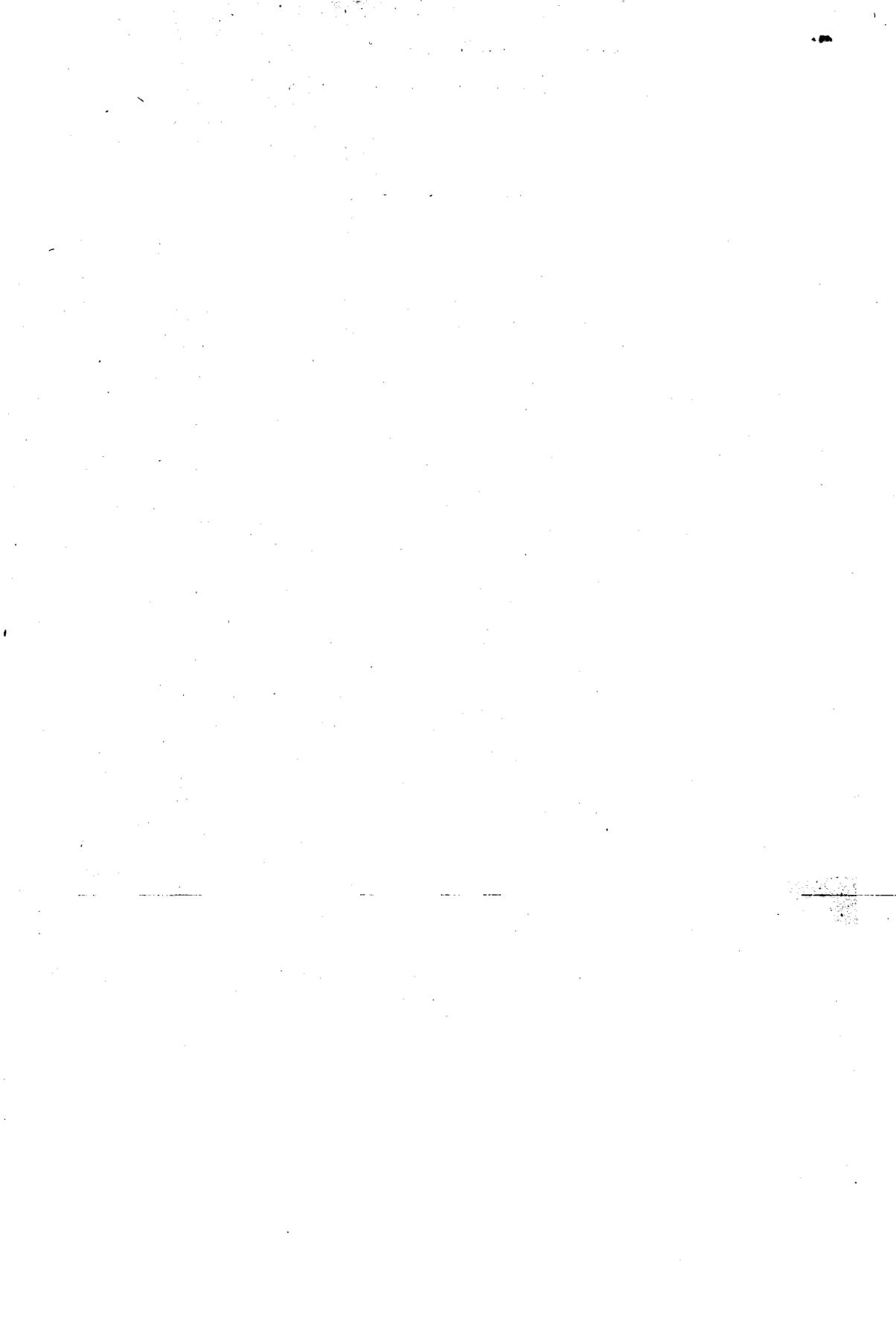
OBJETIVOS:

- Demostrará en el plazo de ocho horas la adecuada adaptación al medio.
- En el plazo de cuatro horas manifestará sentirse más cómodo.
- Ingerirá alimentos en cantidad adecuada a su edad y situación.
- Mantendrá signos de hidratación normal.

ACCIONES DE LA ENFERMERA:

- Facilitar la compañía constante de la madre o persona de confianza del niño.
- Hacer visitas frecuentes al niño y hablarle, respetando el descanso.
- Elegir los momentos en el que el niño se encuentra bajo escasa tensión, para realizar las técnicas molestas.
- Aplicar calor seco en zona dolorosa.
- Administrar calmante si el dolor no cede con medios físicos.
- Respetar, en lo posible, los gustos y hábitos del niño en las comidas.
- Dar los alimentos pasados por túrmix mientras permanezca el dolor e inflamación del cuello.
- Dar 1.500 cc. de líquidos al día por boca. Caso de rechazo consultar con el médico posible administración de sueroterapia.
- Hacer balance hídrico.
- Medir temperatura rectal cada cuatro-cinco horas.

ENFERMERIA GERIATRIA



UNIDAD I

CONCEPTOS GENERALES DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA*

OBJETIVO GENERAL

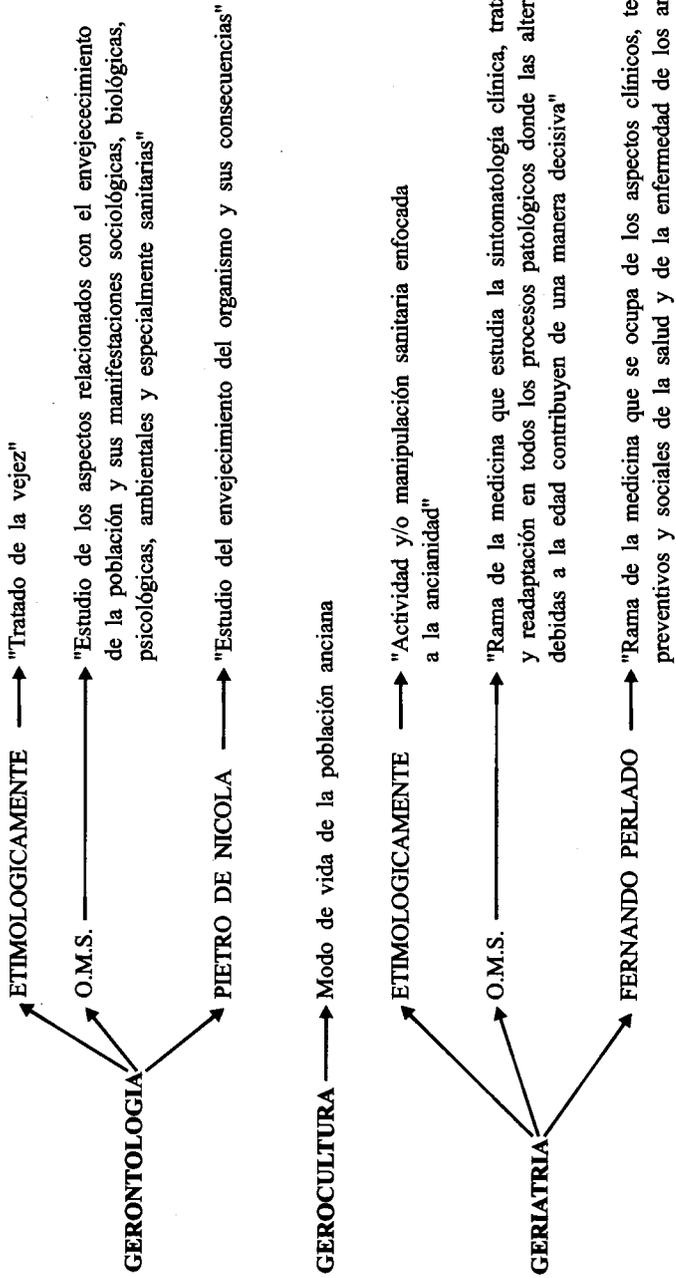
Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que las capacitan para comprender e identificar la necesidad de atención de enfermería a la población anciana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

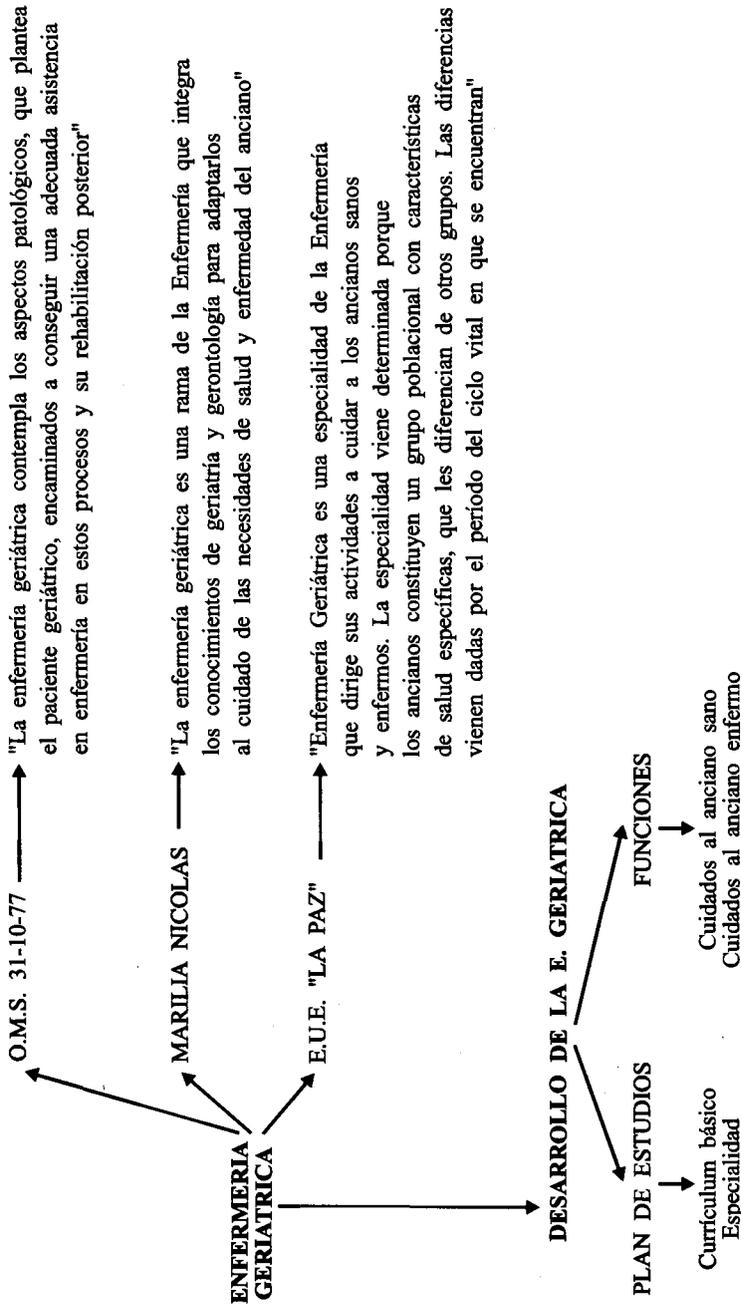
1. Diferenciar el objeto de estudio de la gerontología, la geriatría y la Enfermería Geriátrica.
2. Identificar las funciones de la enfermera en la atención al anciano.
3. Comprender el fenómeno de envejecimiento.
4. Describir las diversas teorías que explican el envejecimiento.
5. Valorar la problemática que plantea el envejecimiento de las poblaciones.
6. Identificar los recursos sanitarios y sociales de la comunidad para la atención al anciano.

* Se describe la Unidad completa.

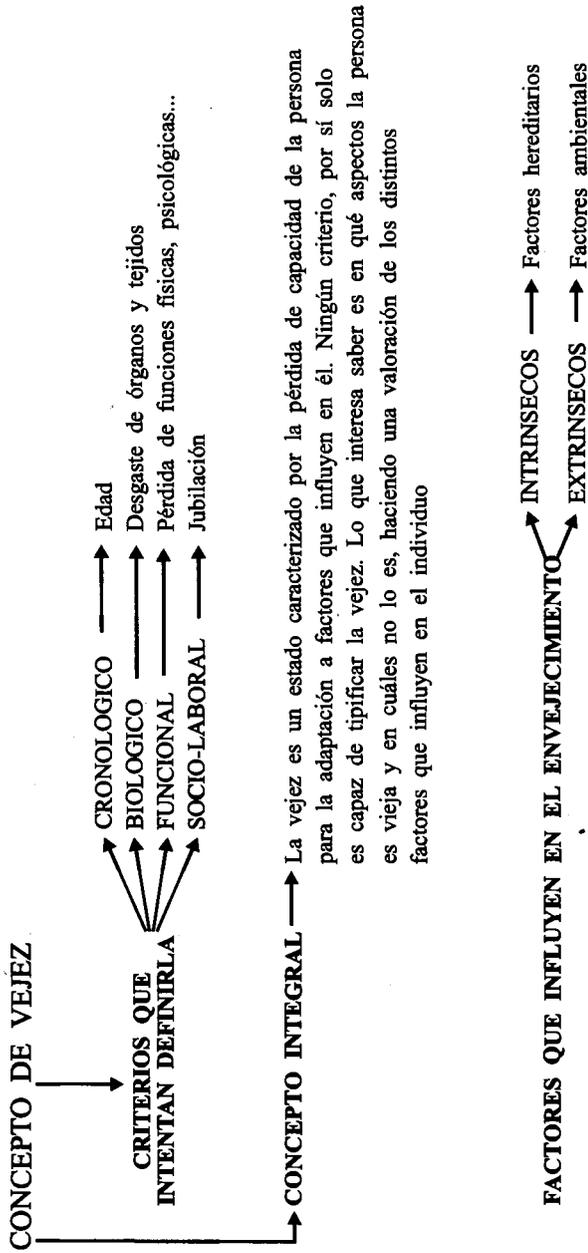
CONCEPTOS GENERALES (I)



CONCEPTOS GENERALES (II)

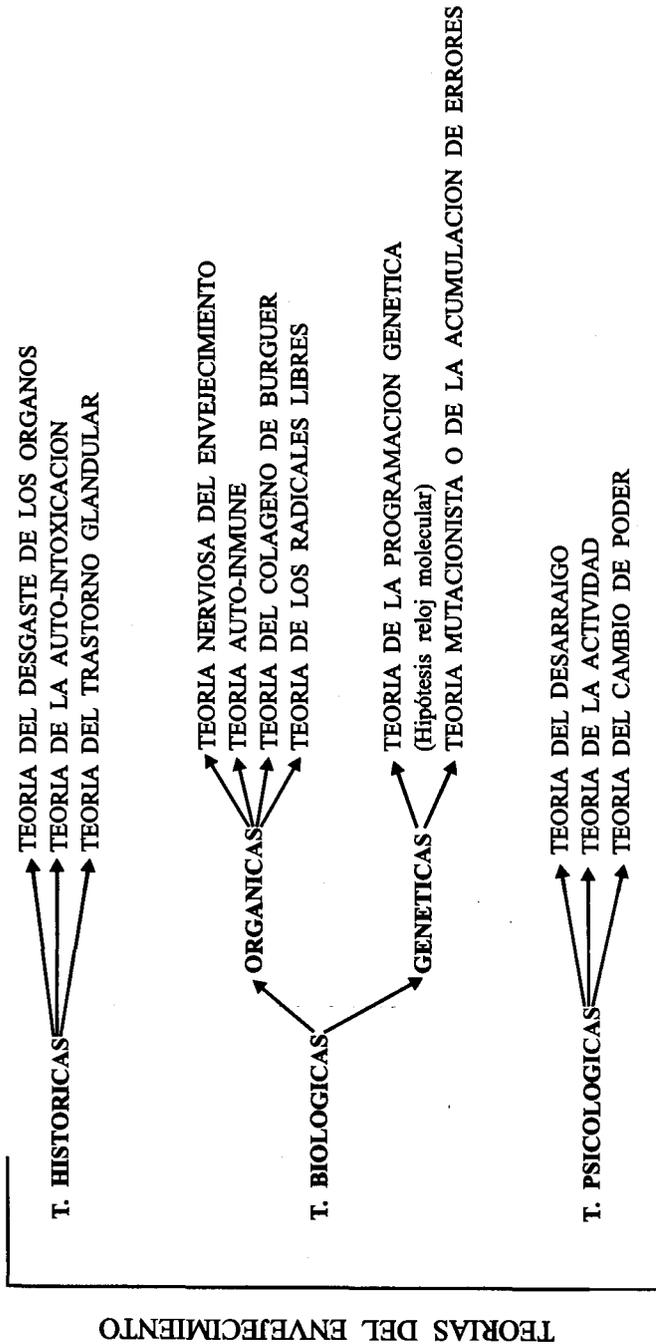


CONCEPTOS GENERALES (III)

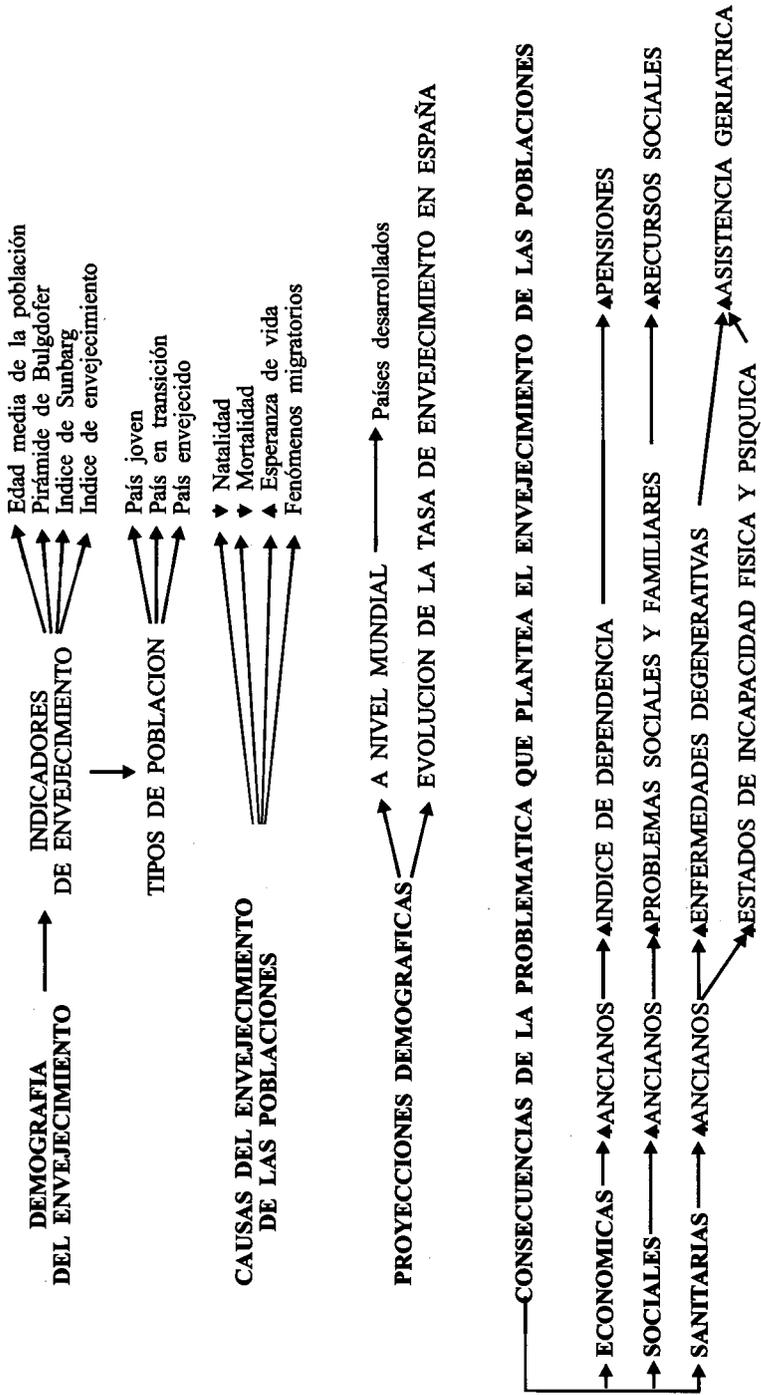


SIGNIFICACION DE LA VEJEZ A TRAVES DE LA HISTORIA

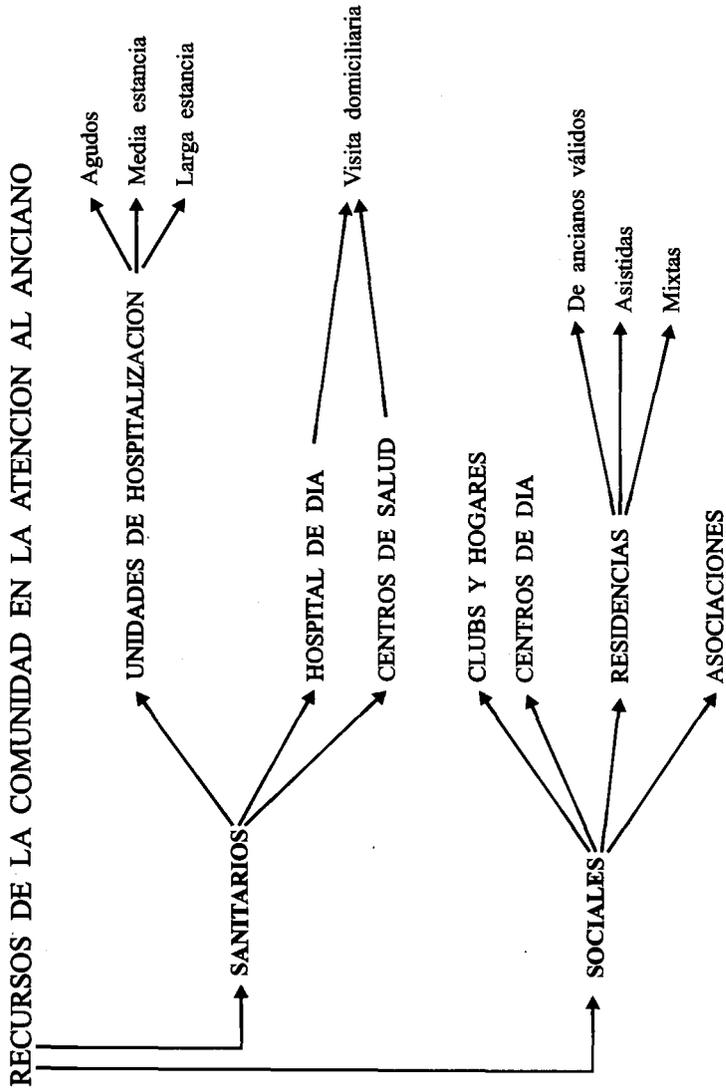
CONCEPTOS GENERALES (IV)



CONCEPTOS GENERALES (V)



CONCEPTOS GENERALES (VI)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CONCEPTOS GENERALES DE ENFERMERIA GERIATRICA

EJERCICIO 1

Describa de forma resumida las siguientes cuestiones:

1. Criterios que definen la vejez.
2. Diferencia entre país joven y país envejecido.
3. Qué se entiende por pirámide de población.
4. Teoría de Burguer sobre el envejecimiento.
5. Concepto de Enfermería Geriátrica.
6. Describa los problemas sanitarios que presentan los ancianos.
7. Describa los servicios sociales dentro de la organización de los servicios geriátricos.
8. Enumere los indicadores que se utilizan para efectuar un análisis estadístico de la población anciana.
9. Enumere los aspectos sobre la vejez, que desde el punto de vista social preocupan a la sociedad.
10. Enumere los sistemas de pensiones en España.

RESPUESTAS

1. CRITERIOS QUE DEFINEN LA VEJEZ

La vejez se puede entender desde distintos criterios:

- A) *Cronológico*: define la vejez en función de la edad del individuo con las siguientes edades de interés geriátrico:
- 45 - 60 años madurez o «edad del medio»
 - 60 - 72 años senectud gradual
 - 72 - 90 años vejez declarada
 - más 90 años grandes viejos
- B) *Biológico*: asocia la vejez con el desgaste de órganos y tejidos. Este desgaste sería perceptible alrededor de la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre.

- C) *Funcional*: asocia la vejez con la pérdida de funciones físicas, psíquicas e intelectuales.
- D) *Sociolaboral*: considera a la jubilación como «la puerta de entrada» a la vejez.

2. DIFERENCIA ENTRE PAIS JOVEN Y PAIS ENVEJECIDO

La población puede ser, en principio, joven o vieja. Se estará en el primer caso cuando exista un predominio abrumador de los jóvenes, y en el segundo cuando el número de personas de edad avanzada, por ejemplo, a partir de sesenta y cinco años sea considerable con respecto al total de la población.

Por ejemplo, cuando la proporción que representan las personas de más de sesenta y cinco años con respecto al total de la población sea el 5 por 100, nos enfrentamos con una población más joven que cuando esta misma proporción se eleva al 15 por 100 del total. Este fenómeno recibe el nombre de envejecimiento.

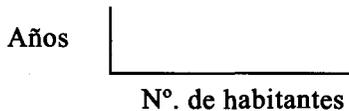
$$\text{Índice de envejecimiento} = \frac{\text{Núm. personas} > 65}{\text{Población total}}$$

País joven: 7-8 %
País de transición: 8-11 %
País envejecido: > 11 %

3. QUE SE ENTIENDE POR PIRAMIDE DE POBLACION

Se denomina así al diagrama que representa la estructura por edades y sexos de la población. Este diagrama es el mejor reflejo de la historia de la población. En él aparecen sus vicisitudes, el exceso de muertos que ocasionan las guerras y la falta de nacimientos que las acompañan, efectos ambos que se muestran como amplios sucesos en esta pirámide de edades.

El indicador del envejecimiento permite conocer los tipos de población.



4. TEORIA DE BURGUER SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Esta teoría se incluye en la clasificación de las consideradas biológicas. Está fundamentada en los cambios producidos en el tejido conectivo. Dichos cambios pueden resumirse así: el colágeno se hace más abundante y más rígido. La elastina, a la cual las arterias y el pulmón deben su elasticidad, se hace menos flexible. La sustancia fundamental disminuye y su constitución química cambia. La repercusión de estas alteraciones del tejido conectivo se comprenden bien si se recuerda que todas las células del organismo, excepto las sanguíneas, reciben el oxígeno y los elementos nutritivos y se liberan de sus desechos a través de él. Los cambios

seniles perturban estos recambios y contribuyen a producir un deterioro celular progresivo.

Se forman uniones cruzadas inter o intramoleculares entre el colágeno y el DNA. Explica también la precipitación del colágeno con acúmulos de calcio y de colessterina, con formación de membranas que impiden los intercambios nutricios y provocan la atrofia de órganos y tejidos.

5. CONCEPTO DE ENFERMERIA GERIATRICA

Parte de la disciplina enfermera que trata de la ampliación y profundización de los cuidados a los ancianos. El fundamento de esta rama profesional tiene como base las características especiales que presenta este grupo de población. Por la etapa del ciclo vital en que se encuentran hace que las necesidades biológicas, sociales, sanitarias, etc., sean diferentes a las de los otros grupos. Asimismo, los ancianos presentan problemas de salud concretos y diferentes, por lo que los conocimientos que necesita la enfermera geriátrica tienen que contemplar aspectos que estudien las consecuencias de la problemática que plantea el envejecimiento; los factores que influyen en el índice de dependencia; los recursos con los que cuenta la comunidad para la atención del anciano, etcétera.

La función de la enfermera geriátrica comprende una serie de actividades para: promover y fomentar el estado de salud de la población anciana, prevenir problemas de salud que se pueden presentar en esta edad, atender al anciano cuando padece una enfermedad y contribuir a aumentar la calidad de vida de los ancianos.

6. DESCRIBA LOS PROBLEMAS SANITARIOS QUE PRESENTAN LOS ANCIANOS

Actualmente la atención sanitaria a los ancianos presenta una serie de problemas debido fundamentalmente a tres causas:

- A) El considerar «normal» el deterioro de algunos órganos al prolongarse la vida (habitual en los ancianos). Esto hace que sea difícil establecer los límites entre lo normal (proceso del envejecimiento) y lo patológico; en este sentido la percepción del anciano de su dolencia es decisiva. Asimismo, es importante la tendencia que los hombres tienen de sobrevalorar su estado de salud, de tal manera que no concedan importancia a las alteraciones leves y sólo consideran que están en situación de enfermedad cuando ésta se manifiesta con toda su sintomatología o cuando ha sido diagnosticada por el médico.
- B) La presencia de problemas de salud asociados y derivados de la alteración principal hace difícil precisar cuáles son unos u otros. Además hay que tener en cuenta que muchos de los procesos degenerativos o de tipo crónico que se presentan al alargarse la vida tienen unos comienzos insidiosos en edades tempranas, siendo difícil delimitar las causas.

- C) Otro factor que supone una limitación a los conocimientos sobre los problemas de salud en este grupo poblacional es la relativa novedad del fenómeno y su carácter cambiante. Actualmente existe una concienciación de la importancia que adquieren, de forma notoria, el grupo denominado por algunos autores de «la cuarta edad» (personas de más de ochenta años). Esta prolongación de la vida implica la aparición de patologías diferentes a la de ancianos con edades menos avanzadas.

7. DESCRIBA LOS SERVICIOS SOCIALES DENTRO DE LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS GERIATRICOS

Servicio social: actúan en zonas delimitadas de una ciudad (barrio, distrito, etc.). Como servicio ofrece información para facilitar la relación de los ancianos con los servicios de asistencia.

Ayuda a domicilio: integrado en el servicio social ofrece ayuda de tipo doméstico en el propio domicilio de los ancianos que necesitan atenciones especiales por enfermedad o incapacidad. Estos servicios son de comida, limpieza de la casa, etcétera.

Centros, hogares, clubs: son lugares de reunión donde se llevan a cabo actividades culturales, ocupacionales y recreativas para la tercera edad. Estos centros deben estar ubicados en lugares accesibles geográficamente al anciano (en el barrio de la residencia habitual del anciano). Deben ser de pequeño tamaño y estar integrados o relacionados con el resto de equipamiento para la población general, con el fin de que estos centros no se conviertan en «guetos».

Residencias: son centros equipados y preparados para ser el domicilio habitual de los ancianos. Pueden ser de tres tipos, según los servicios que presten:

- A) *De ancianos válidos:* para ancianos sin incapacidades y cuya actividad es completa. Son atendidas por personal de hostelería y doméstico. Su organización está basada en actividades similares a la que seguirían los ancianos en su domicilio.
- B) *Asistidas:* acogen ancianos con dificultades y/o incapacidades para las actividades de la vida cotidiana. Los ancianos que aquí residen necesitan cuidados permanentes y continuados de enfermería. Su equipamiento (instalaciones, materiales, etc.) permite una atención sanitaria integral al anciano.
- C) *Mixtas:* son centros residenciales donde residen ancianos válidos y ancianos incapacitados que necesitan atención sanitaria general y de enfermería en particular, bien temporal o permanentemente.

8. ENUMERE LOS INDICADORES QUE SE UTILIZAN PARA EFECTUAR UN ANALISIS ESTADISTICO DE LA POBLACION ANCIANA

- Proporción de personas mayores de sesenta y cinco años entre la población general, expresado por cien.

- La razón entre el número de personas de edad avanzada (más de sesenta y cinco años) y el de personas jóvenes. Es la llamada tasa de renovación.
- La proporción de personas de edades muy avanzadas (más de ochenta años) entre la población anciana.
- La razón entre uno y otro sexo; es decir, el número de hombres comparado con el número de mujeres de la misma edad.

9. ENUMERE LOS ASPECTOS SOBRE LA VEJEZ QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL PREOCUPAN A LA SOCIEDAD

- a) El incremento proporcional de ancianos.
- b) Su situación dentro del mercado de trabajo.
- c) Su situación económica.
- d) Su función dentro de la familia y su alojamiento.

10. ENUMERE LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN ESPAÑA

- Seguros individuales que el individuo financia personalmente.
- Pensión que se recibe a partir de la jubilación, recibiendo una cantidad en proporción a lo que se cotizó durante la etapa laboral.
- Pensiones a través de los presupuestos del Estado; en este caso se cobra por el sólo hecho de tener cierta edad.
- Sistema mixto, en que se combinan las dos fórmulas anteriores.

UNIDAD II

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ANCIANO SANO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que les permitan valorar los cambios biológicos y psicosociales que se producen en la persona como consecuencia de la vejez y que modifican sus necesidades básicas, para que sean capaces de proporcionar una atención de enfermería que favorezca la adaptación del anciano sano a su medio.

* Temas que se describen:

- Características generales del anciano.
- Necesidad fisiológica de eliminación.
- Necesidad de seguridad.
- Necesidad de recreo y ocio.

TEMA: EL ANCIANO SANO. CARACTERISTICAS

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el concepto de anciano sano.
2. Describir los cambios biológicos que se producen en los diferentes órganos y sistemas de la persona anciana.
3. Describir los cambios psicológicos que se producen en la vejez.
4. Describir los aspectos sociológicos más relevantes del envejecimiento.
5. Detectar las modificaciones en las necesidades básicas del anciano.
6. Identificar las acciones más adecuadas a llevar a cabo por el personal de Enfermería para la adaptación del anciano a las modificaciones de sus necesidades.
7. Describir la función de la enfermera en la atención al anciano sano.

EL ANCIANO SANO. CARACTERISTICAS (I)

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

NECESIDAD DE APORTE DE OXIGENO
NECESIDAD DE INGESTA DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS
NECESIDAD DE ELIMINACION
NECESIDAD DE DESCANSO SUEÑO
NECESIDAD DE ACTIVIDAD
NECESIDAD DE RELACION SEXUAL

NECESIDADES DE SEGURIDAD

NECESIDAD DE PROTECCION CONTRA LOS PELIGROS
NECESIDAD DE BIENESTAR

NECESIDADES PSICOSOCIALES

NECESIDAD DE COMUNICACION E INTERRELACIONES SOCIALES
NECESIDAD DE RECREO Y OCIO

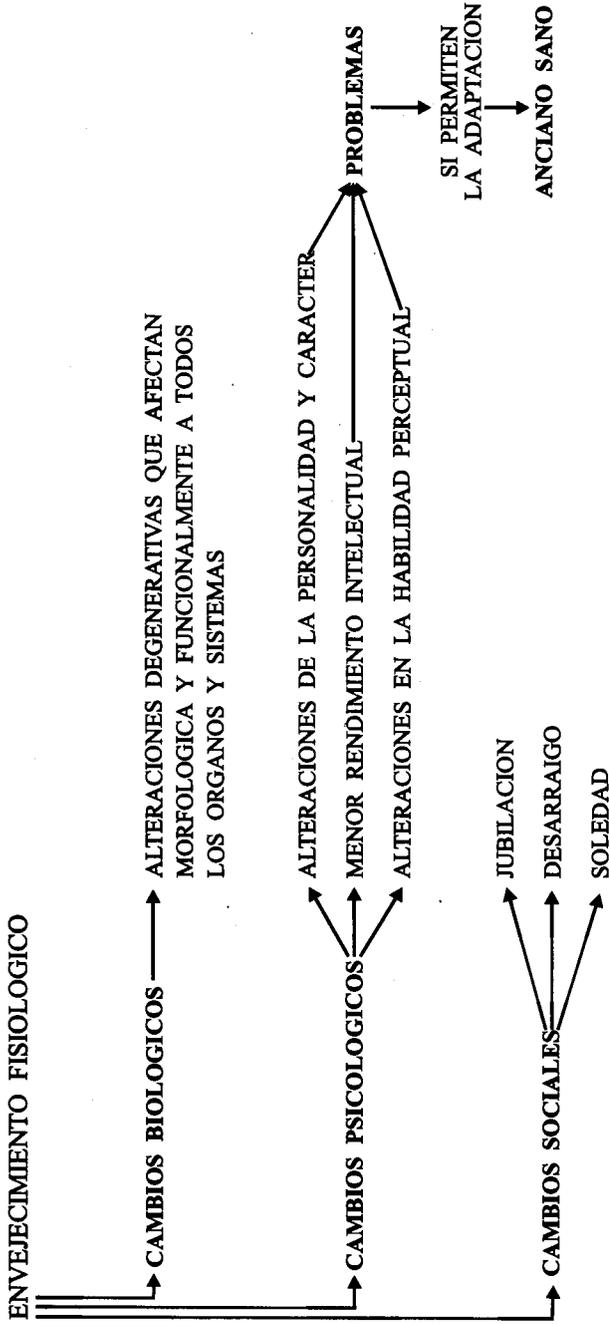
FUNCION INDEPENDIENTE DE LA ENFERMERA

VALORAR las necesidades básicas del anciano según los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen a consecuencia del proceso de envejecimiento

RECONOCER los autocuidados asociados al desarrollo humano

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO AL ANCIANO/FAMILIA
(Primer nivel de atención)

EL ANCIANO SANO, CARACTERISTICAS (II)



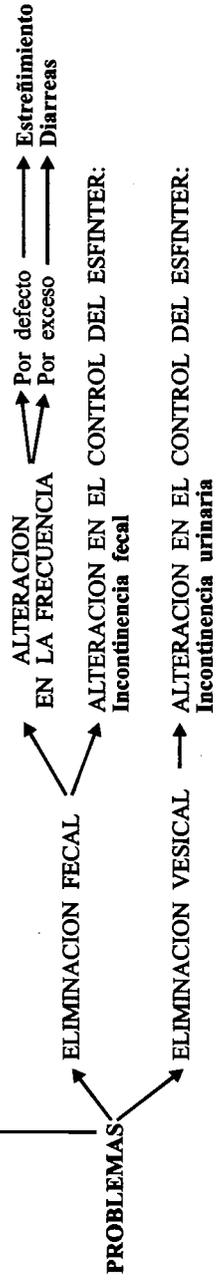
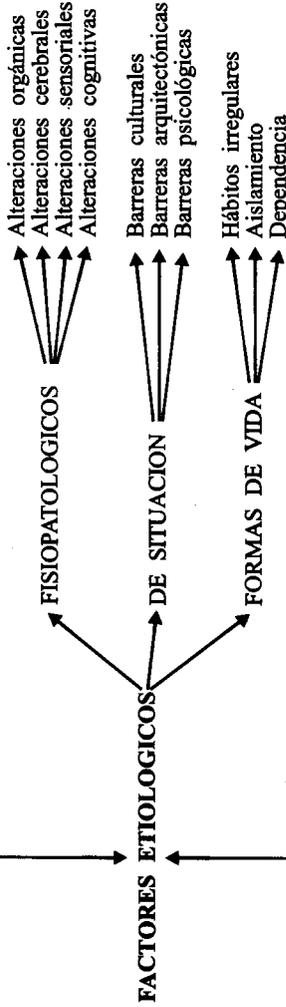
TEMA: LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

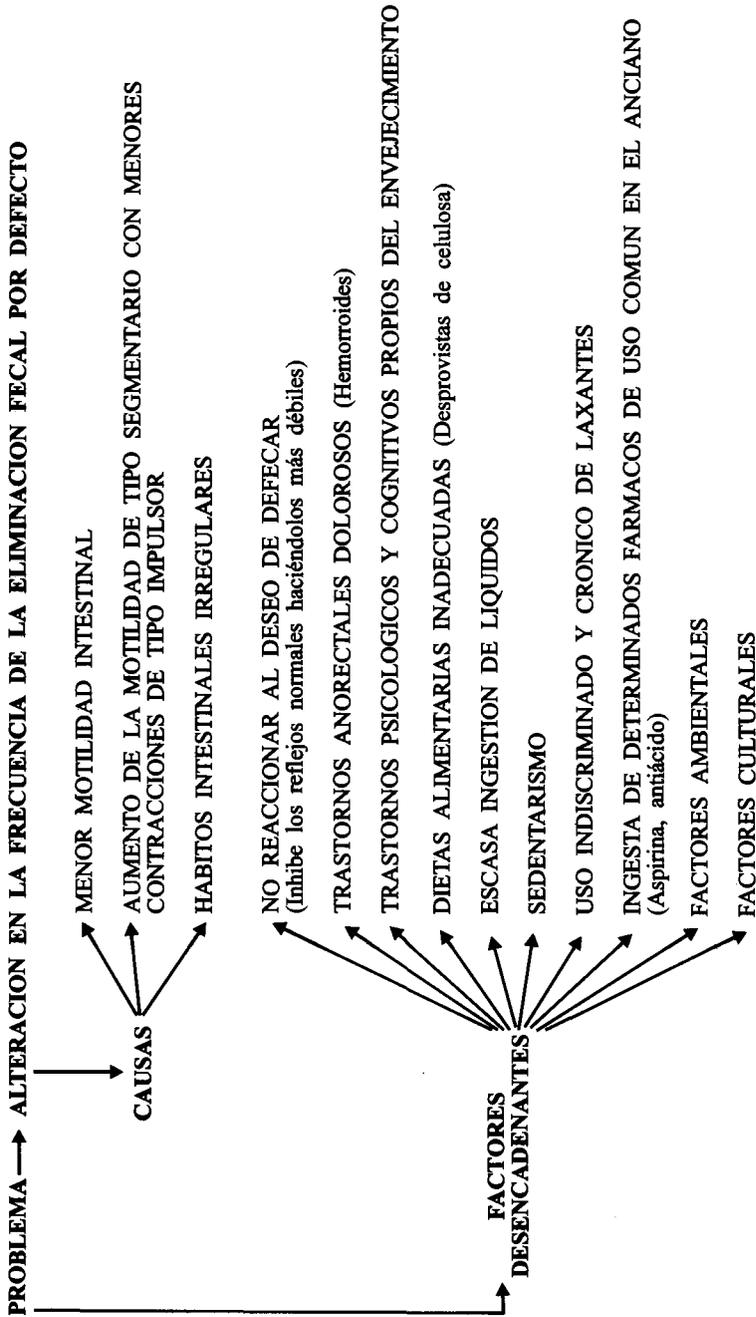
1. Describir las modificaciones en la necesidad de eliminación del anciano, derivadas del ciclo vital en que se encuentra.
2. Explicar las causas de las modificaciones de la necesidad de eliminación en el anciano.
3. Identificar los factores desencadenantes de los problemas que producen o pueden producir las modificaciones de la necesidad de eliminación.
4. Valorar las acciones más adecuadas para adaptar al anciano a su situación respecto a la alteración de la necesidad de eliminación.

LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (I)

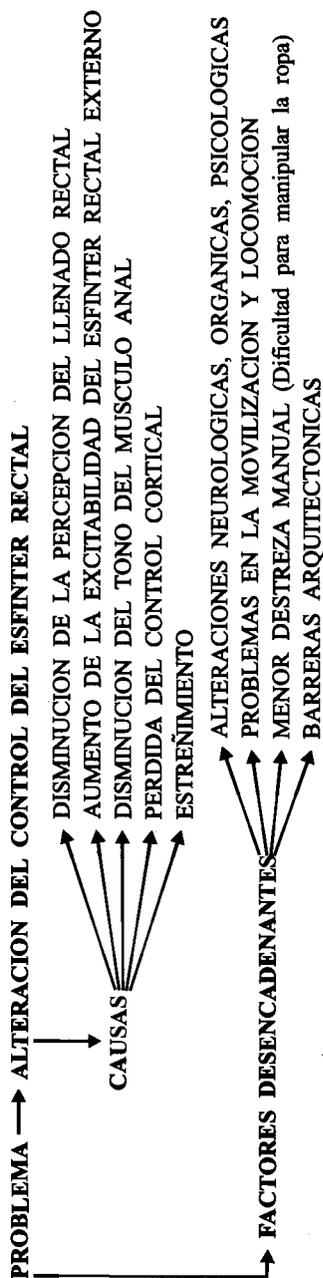
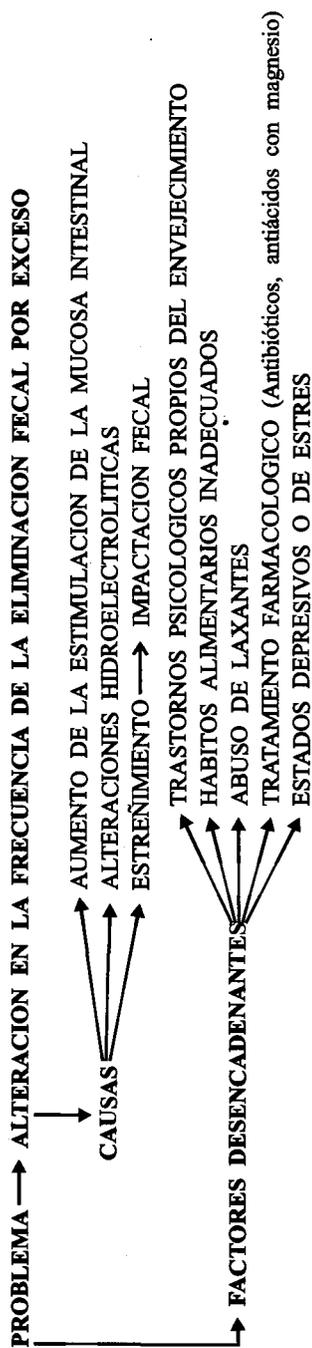
MODIFICACION DE LA NECESIDAD EN EL ANCIANO → Estado en el que el anciano, a causa de los cambios ocasionados por el proceso de envejecimiento, experimenta una afectación de las funciones motoras y cognitivas produciendo un déficit en la capacidad de autocuidado en la necesidad de eliminación



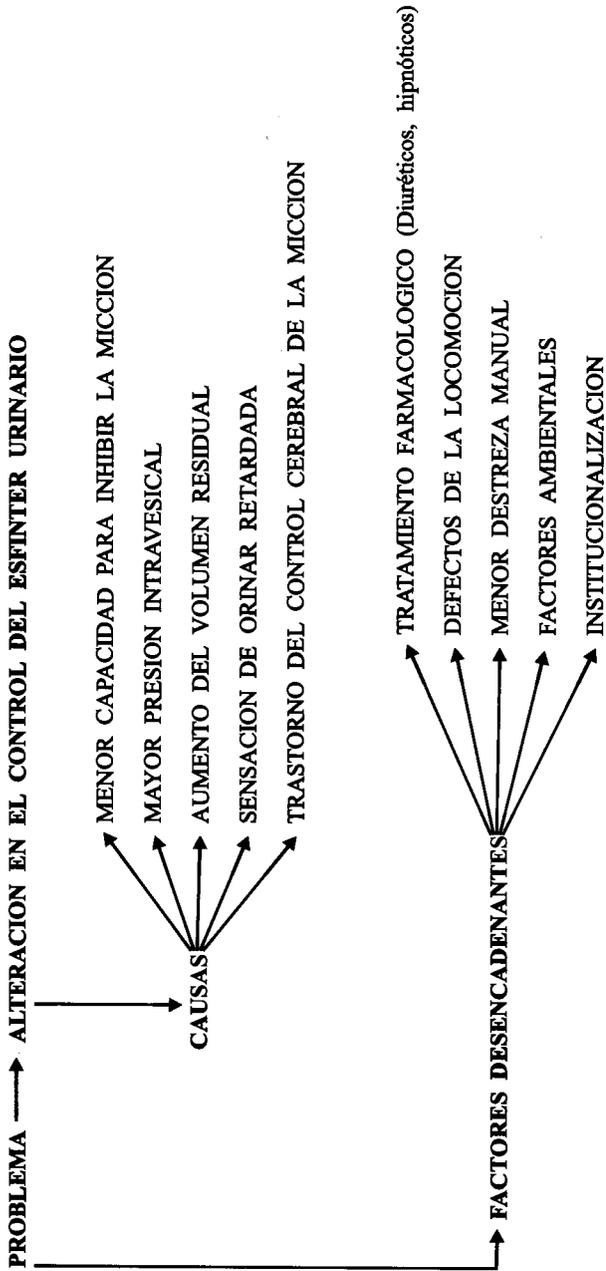
LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (III)



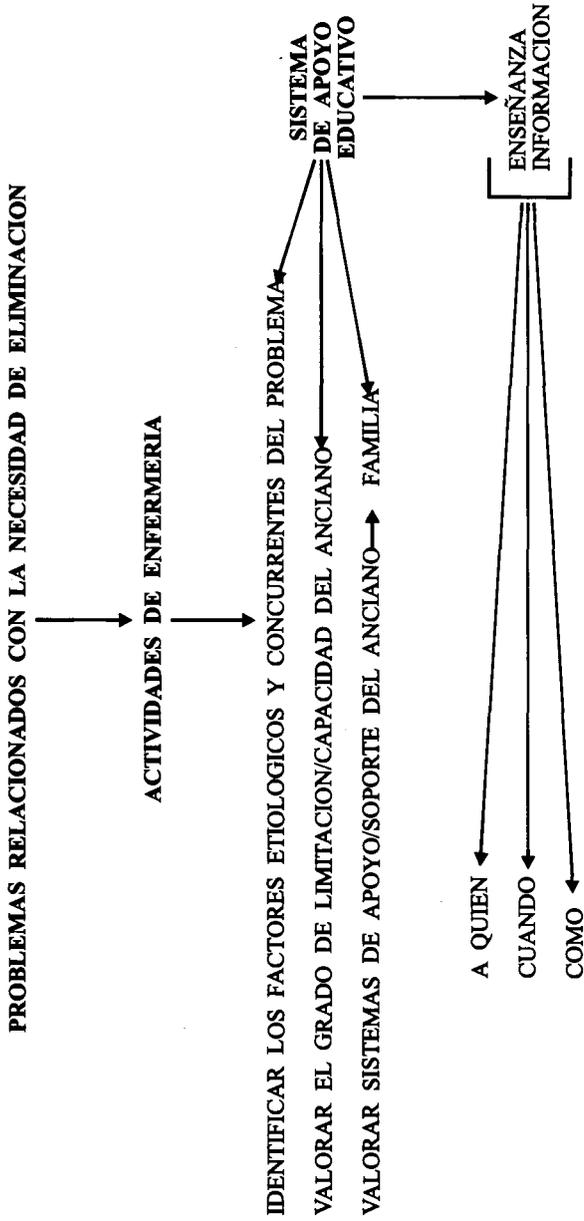
LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (III)



LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (IV)



LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (V)

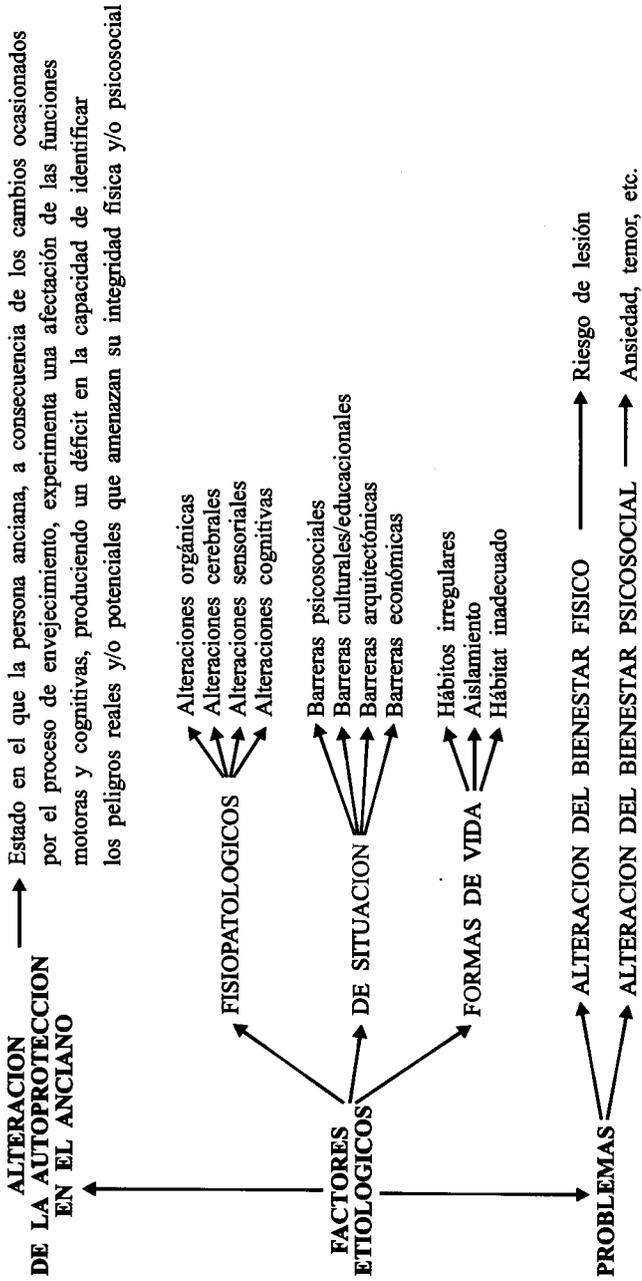


TEMA: LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO

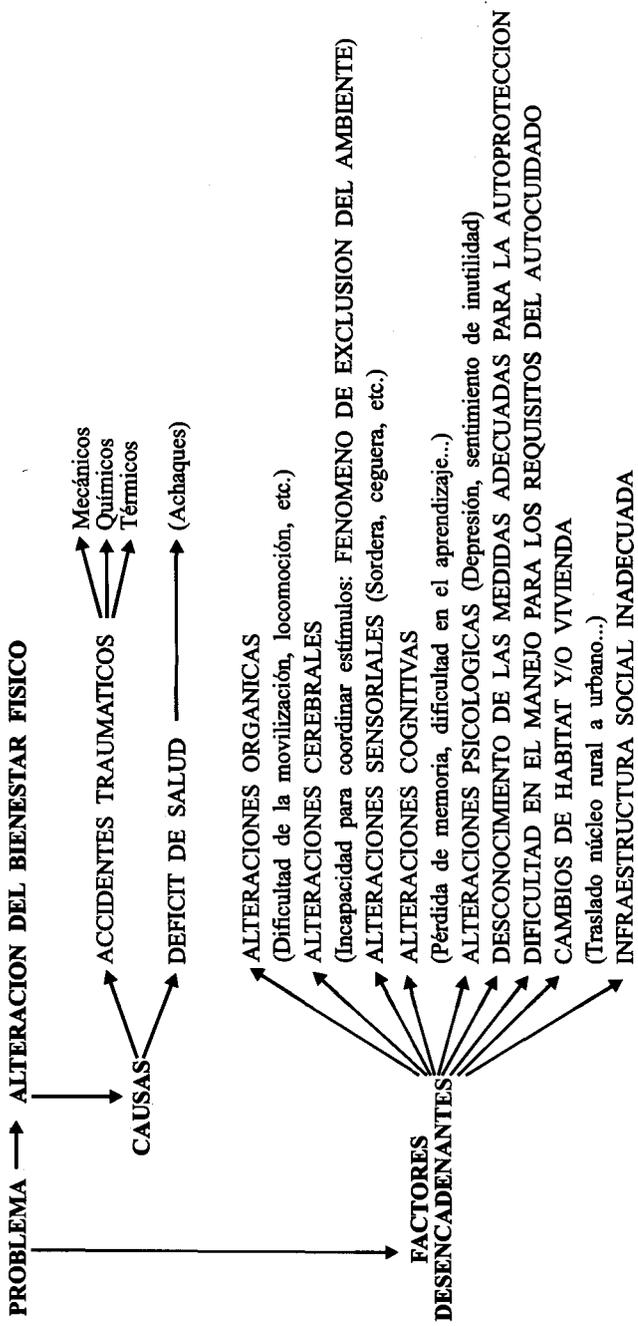
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que hacen al anciano limitado para autoprotgerse.
2. Identificar los problemas derivados de la necesidad de seguridad alterada.
3. Explicar los factores concurrentes que hacen al anciano limitado para autoprotgerse.
4. Valorar las consecuencias de la necesidad de seguridad alterada en el anciano.
5. Describir las actividades de enfermería para ayudar al anciano a mantener su integridad física y psicosocial.

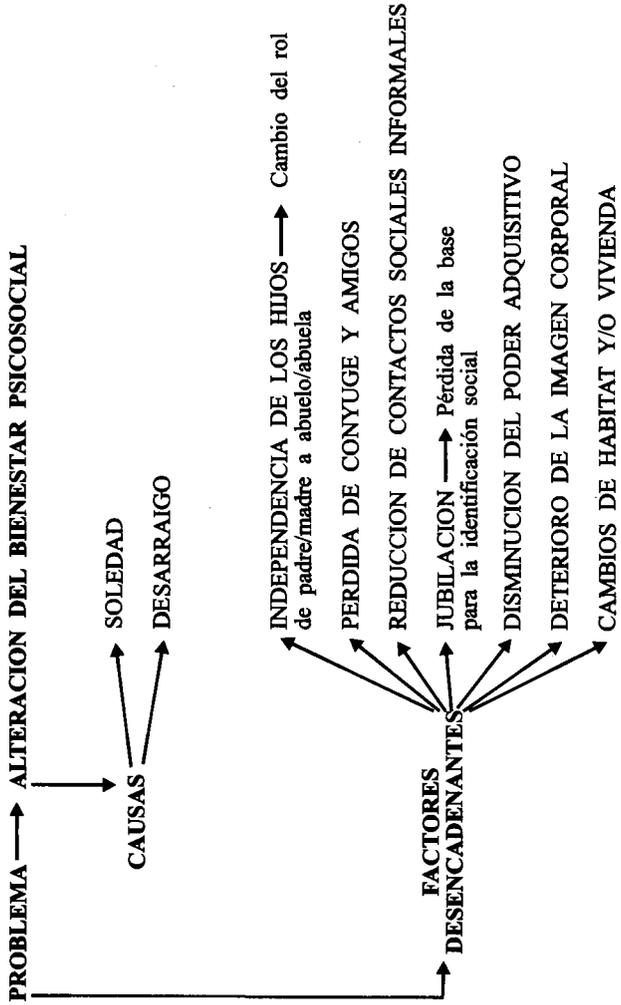
LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (II)



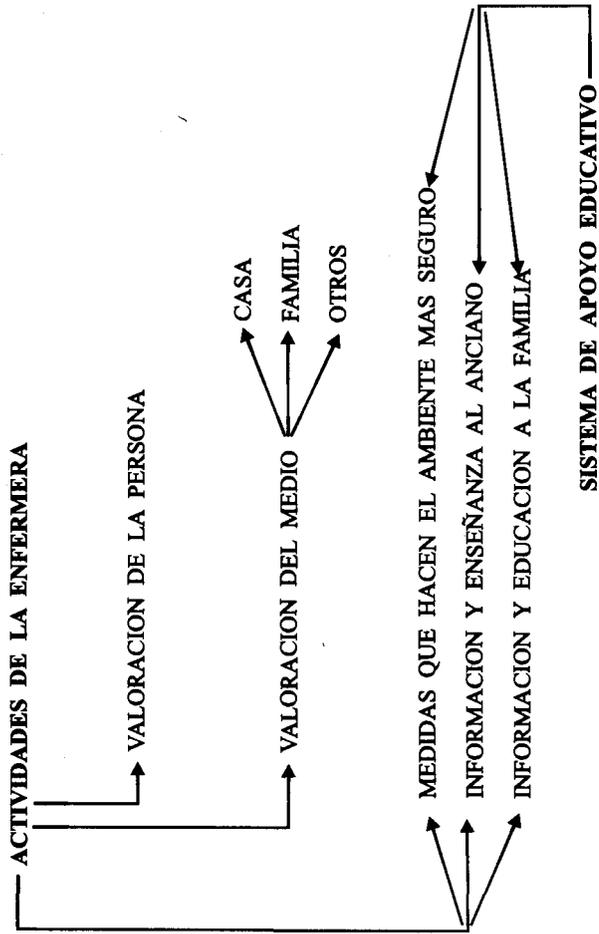
LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (II)



LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (III)



LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (IV)

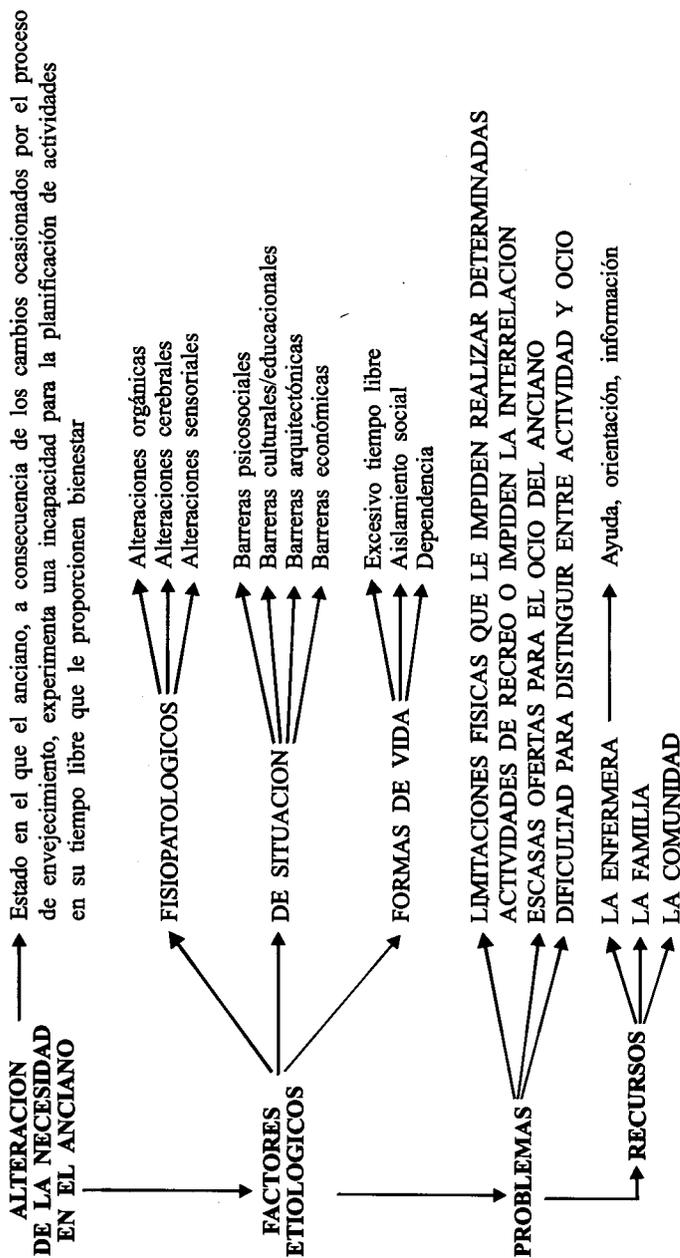


TEMA: LA NECESIDAD DE RECREO Y OCIO EN EL ANCIANO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar la necesidad de ocupación del tiempo en el anciano.
2. Identificar los factores que impiden al anciano disfrutar del tiempo.
3. Explicar la ayuda que la enfermera puede prestar al anciano y a su familia, para que aquél se adapte a su ciclo vital a través del ocio.
4. Describir los recursos que tiene la comunidad para el recreo y distracción del anciano.

LA NECESIDAD DE RECREO Y OCIO EN EL ANCIANO (I)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION AL ANCIANO SANO

EJERCICIO 1

1. Describa las alteraciones en las necesidades básicas que pueden padecer los ancianos en función del ciclo vital en que se encuentran.
2. La Sra. Victoria Alcaraz, de ochenta años de edad, acude a la consulta médica del centro de salud para examen físico completo. Suele hacerlo habitualmente cada seis meses. Es viuda. Vive sola en un pequeño apartamento, cuida ella misma de la casa y está muy relacionada en un club para la tercera edad.

Conteste a las siguientes cuestiones sobre este caso:

- 2.1. Enumere los hallazgos que se pueden considerar normales sobre los signos vitales en la Sra. Alcaraz.
- 2.2. La Sra. Alcaraz comunica a la enfermera que se cansa con facilidad, que duerme solo cinco-seis horas por la noche ¿qué respuesta sería la más adecuada y por qué?
- 2.3. La Sra. Alcaraz le dice a la enfermera que para calmar los dolores articulares suele tomar aspirinas. ¿Qué le deberá decir la enfermera al respecto y por qué?

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LAS ALTERACIONES EN LAS NECESIDADES BASICAS QUE PUEDEN PADECER LOS ANCIANOS EN FUNCION DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRAN
 - A) *En la adecuada ingesta de alimentos y líquidos*, pueden sufrir alteraciones por ingesta insuficiente provocada por:
 - Falta de apetito a causa de la disminución que sufren los sentidos del gusto y del olfato. Por la soledad, que suele acompañar a la vejez, que hace se sientan inapetentes y por la incapacidad para procurarse o prepararse los alimentos.
 - Las dificultades en la masticación por el estado de la dentadura.
 - Los problemas económicos que suelen tener los ancianos.
 - La disminución de la reserva de líquidos y la disminución de la sed.
 - B) *En los patrones de eliminación*: los ancianos en cuanto a la necesidad de eliminación vesical suelen padecer:
 - *Polaquiuria*: al sufrir pérdidas cognitivas, sensoriales y motoras se pierde el

tono tisular de la vejiga y rara vez se expande por completo, por lo que la capacidad de llenado se restringe.

- *Incontinencia*: frecuente en los ancianos; se produce al disminuir la capacidad de la vejiga y disminuir el tono muscular del suelo pelviano. Otros factores contribuyentes son la disminución de la visión, afectación de la movilidad y el nivel de energía (que suele acompañar al envejecimiento). Todo esto significa un aumento del tiempo que se necesita para llegar al WC, lo que a su vez implica que la persona sea capaz de retrasar la micción hasta el punto de no poder controlarla.
- *Nicturia*: el anciano suele orinar varias veces durante la noche debido a que generalmente el hombre, a partir de los sesenta años de edad desarrolla hipertrofia de próstata. Al permanecer en la posición de decúbito supino la próstata, aumentada de tamaño, presiona la vejiga, la cual reduce su capacidad de llenado.

En lo que se refiere a la eliminación intestinal, los ancianos suelen tener problemas de *incontinencia* por la disminución del reflejo del esfínter que padecen muchos ancianos.

El *estreñimiento* es el efecto de la disminución de la motilidad del tracto intestinal. Además son factores concurrentes la inactividad de los ancianos que hace que disminuya el peristaltismo intestinal, así como la insuficiente ingesta de líquidos que hace que no se promueva una consistencia adecuada de las heces.

- C) *En la actividad física*: esta necesidad se ve alterada por disminución de la capacidad visual, la disminución de la capacidad motora por debilidad muscular, dolores articulares, etc. Contribuye, además, a que el anciano disminuya su actividad la falta de motivaciones, el sedentarismo impuesto, en ocasiones, por poca accesibilidad a actividades de ocio (lejanía de centros para la tercera edad, falta de ascensor en la vivienda para bajar varios pisos, etcétera).
- D) *Sueño*: la cantidad de sueño que necesita una persona varía con el estilo de vida, la salud y la edad. En relación con este último factor los ancianos duermen menos horas durante la noche (de seis-siete). Al permanecer durante el día prácticamente inactivos no sienten el cansancio natural al llegar la noche. Como compensación duermen durante el día (dormitando en el día durante espacios de tiempo).
- E) *Soledad y comunicación*: los ancianos son más dados a sufrir aislamiento social a causa de sus pérdidas sensoriales, motoras y familiares. Asimismo suelen tener sentimientos de rechazo por parte de los más jóvenes, de inutilidad, etc., lo que hace que se hagan introvertidos e íntimos consigo mismos.
- F) *Seguridad*: los ancianos tienen un elevado riesgo de sufrir lesiones por las deficiencias motoras y sensoriales, que hace que se disminuyan las informaciones que reciben del medio.
- G) *Adaptación*: los ancianos suelen tener problemas de adaptación ocasionados

por la posición que ocupan en la familia (viudo/a, esposo/a, madre/padre, abuelo/a). Esta situación la adquieren al tener que desarrollar ciertas tareas de desarrollo familiar en la etapa crítica como son asumir el desamparo y el vivir solos; cerrar la casa familiar o adaptarla a la edad; adaptarse a la jubilación, etcétera.

2. CASO PRACTICO

- 2.1. Es normal una temperatura corporal más baja, consecuencia de la disminución de la circulación periférica; por los cambios en la piel propios del envejecimiento, lo que reduce su capacidad de adaptarse a las variaciones de las temperaturas ambientales. El proceso del envejecimiento produce también un descenso del pulso y del volumen sistólico, un aumento de las resistencias vasculares que darán como resultado un aumento de la presión arterial y una disminución de la capacidad respiratoria.
- 2.2. «Generalmente, las actividades satisfactorias promueven la relajación. Puede que necesite descansar más, pero a medida que las personas se hacen mayores, necesitan dormir menos, por regla general». Esta respuesta subraya la importancia de estar satisfecha y relajada. Normalmente, los problemas emocionales (no la intensidad de la actividad física) impiden que la persona descance. Los ancianos tienen un sueño menos profundo, pero el problema principal típico en esta edad es la falta de actividades satisfactorias durante el día, que conducen a tensión cuando la persona intenta conciliar el sueño.
- 2.3. «Deberá tener más actividad, reducir el peso corporal y tomar una dieta rica en proteínas y minerales, para que le ayuden a funcionar con menos dolor». La dieta rica en proteínas y minerales ayudan a mantener el sistema musculoesquelético; la reducción de peso disminuye la tensión articular; la actividad reduce los problemas derivados de la inmovilidad y favorece un funcionamiento motor óptimo.

UNIDAD III

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que les permitan identificar las características específicas del anciano enfermo, para que sean capaces de planificar acciones de enfermería encaminadas al cuidado del anciano con procesos patológicos.

* Temas que se describen:

- Cuidados de enfermería al anciano quirúrgico.
- Cuidados de enfermería al paciente con demencia senil.

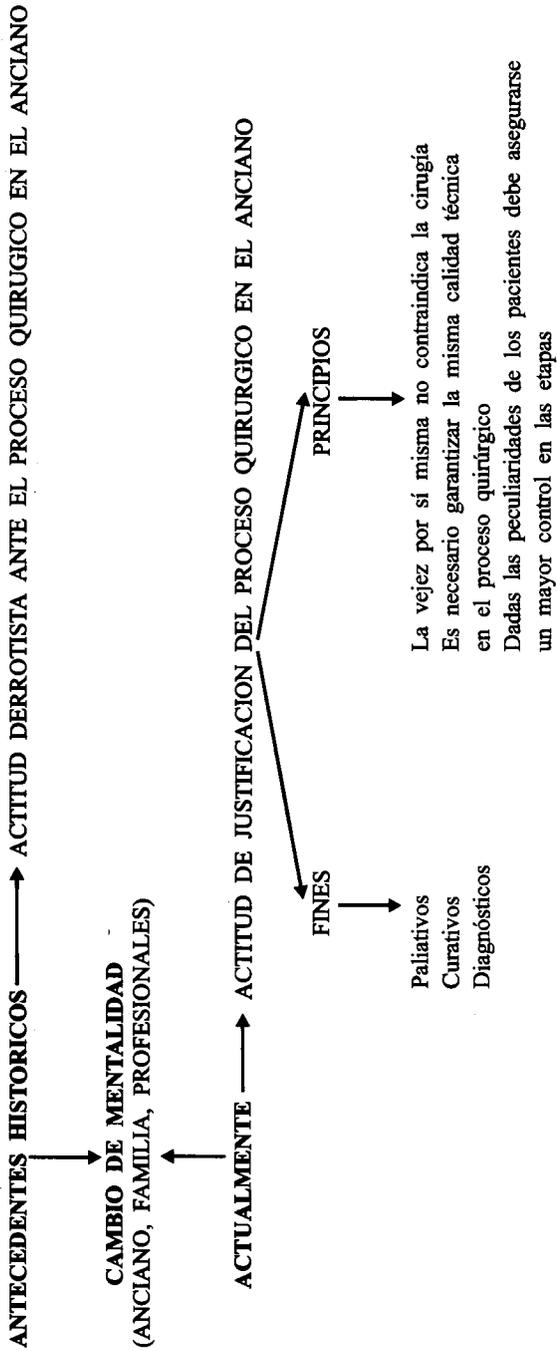
TEMA: EL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las necesidades alteradas en el anciano quirúrgico.
2. Describir los problemas que se derivan de las necesidades alteradas, por el proceso quirúrgico, en el anciano.
3. Describir las acciones propias de la enfermera en el cuidado del anciano sometido a una intervención quirúrgica.
4. Valorar el grado de dependencia-independencia-limitación del anciano quirúrgico para su autocuidado.
5. Explicar las actividades de enfermería más adecuadas en la recuperación del anciano quirúrgico.

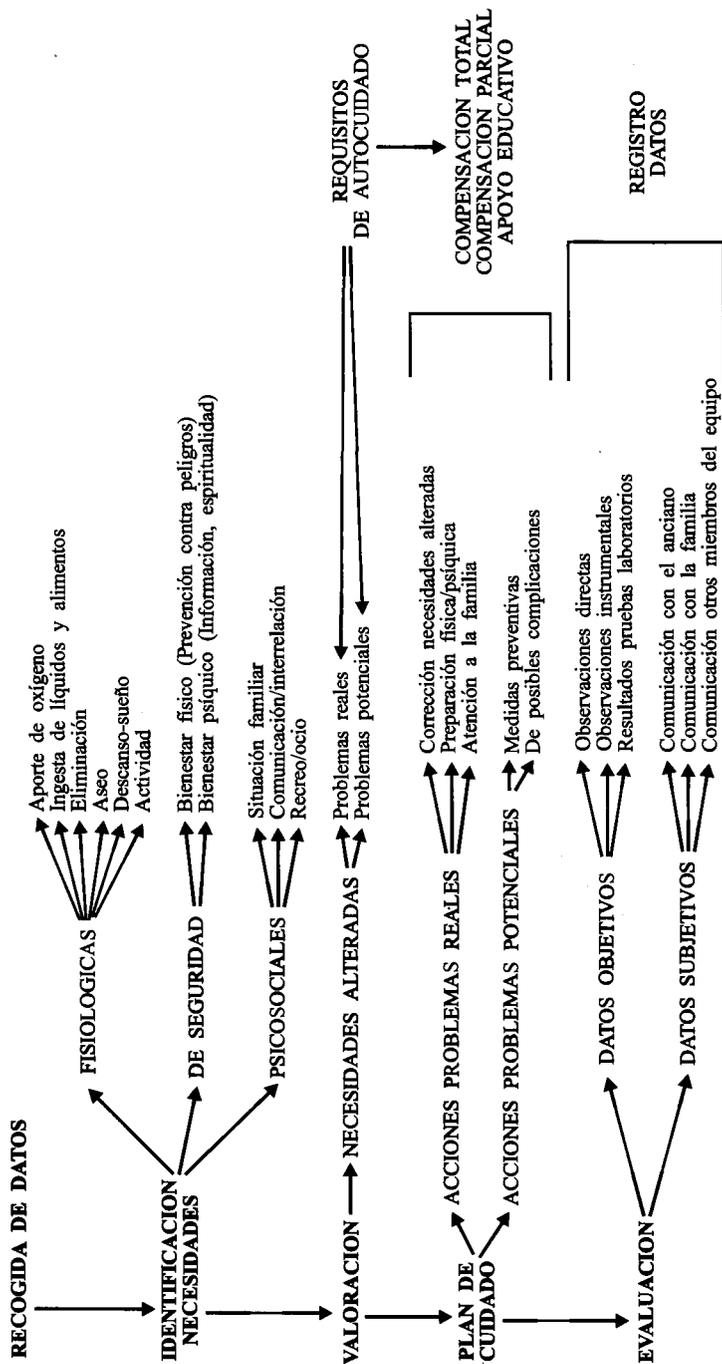
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (I)

CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

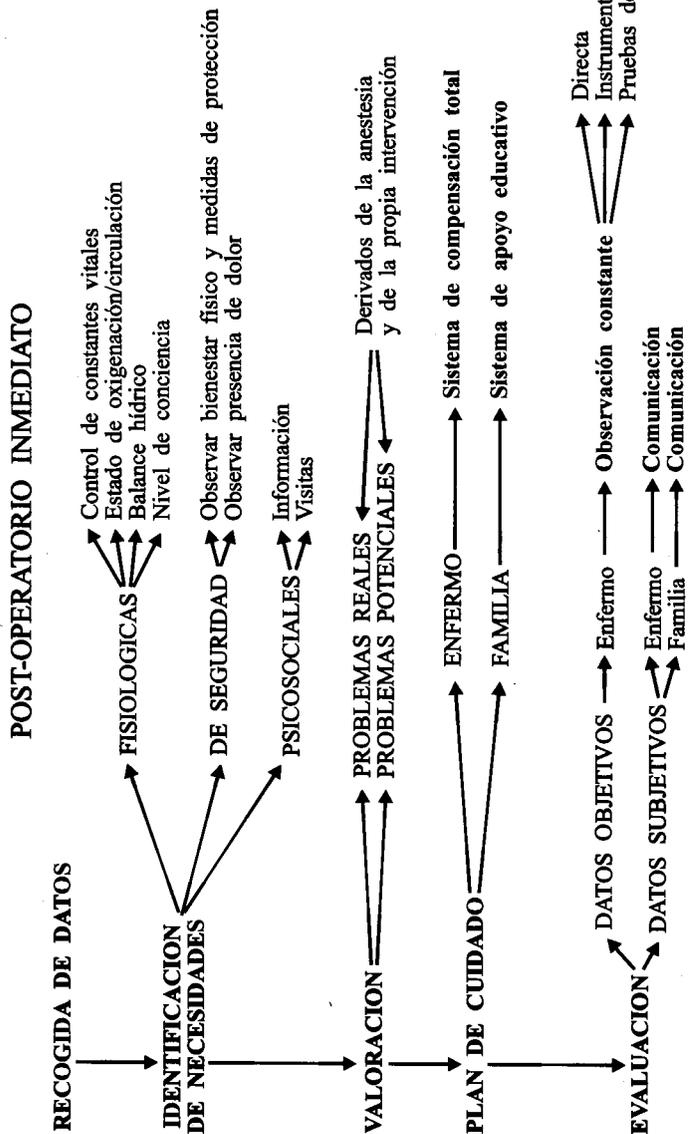


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (II)

PREOPERATORIO

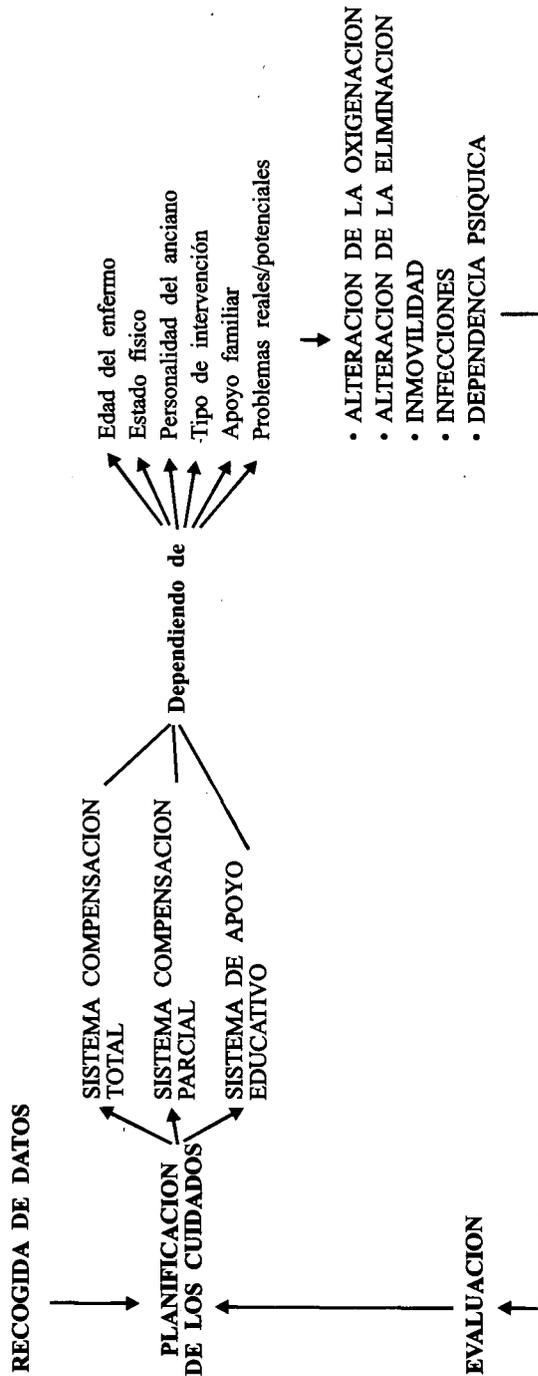


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (IV)

RECUPERACION POSTERIOR

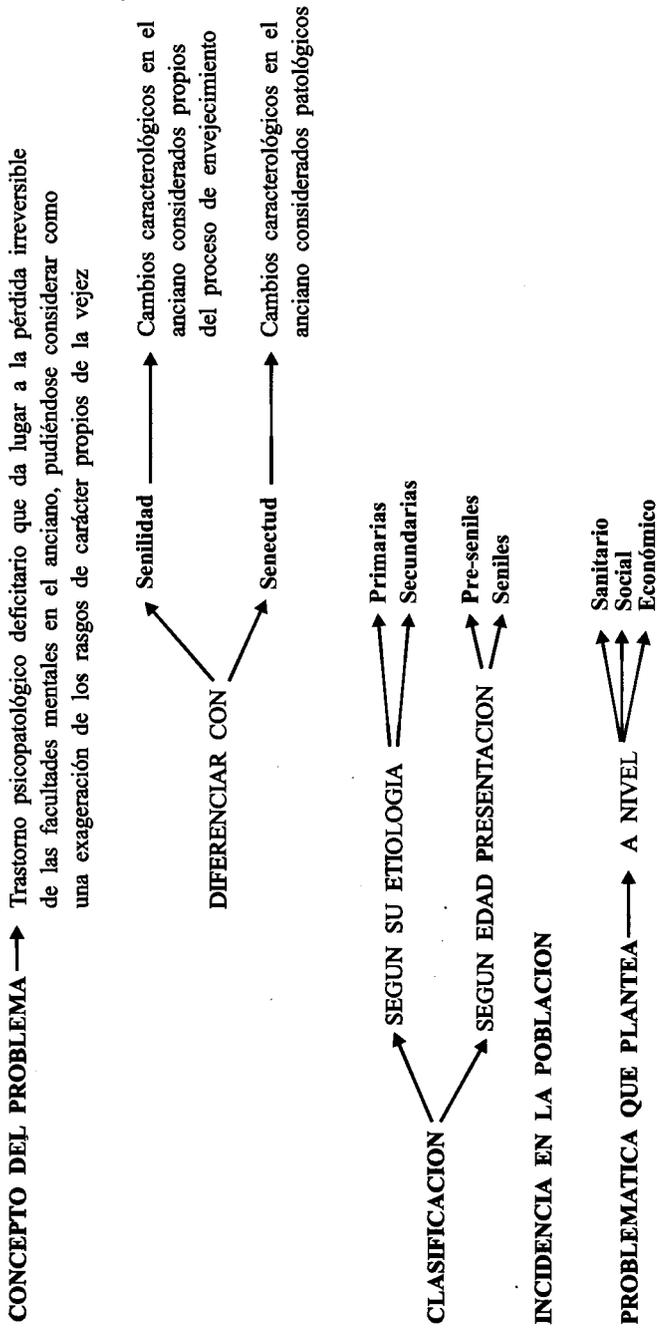


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

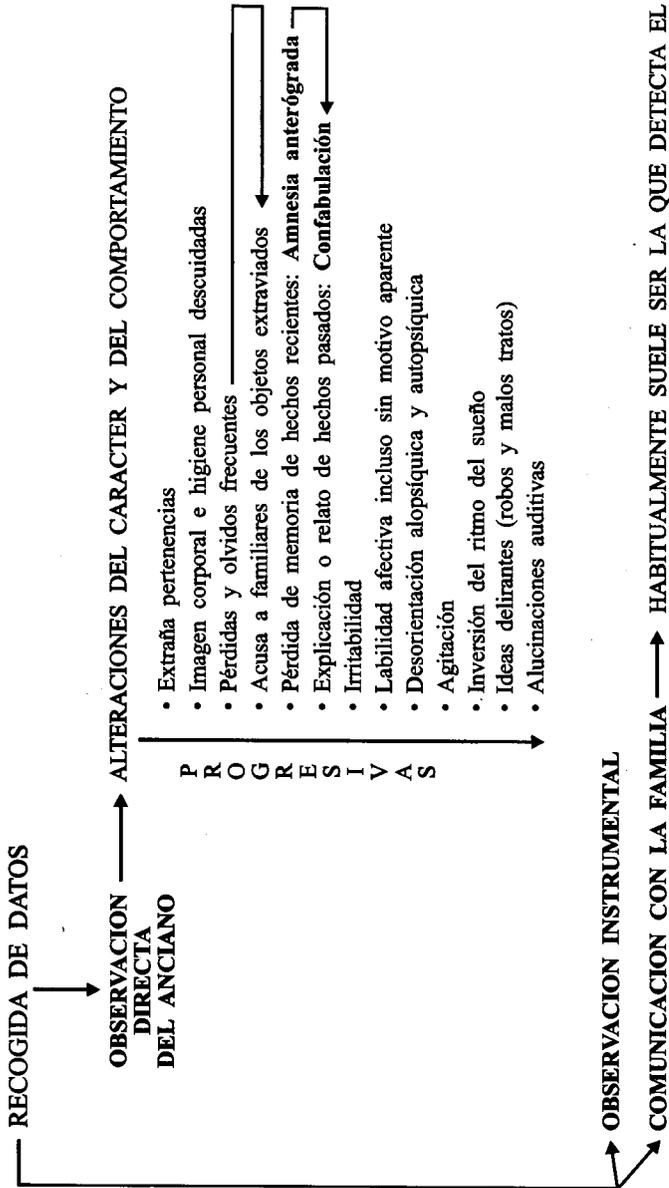
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el problema de «demencia senil».
2. Explicar la problemática sociosanitaria que plantean los ancianos con demencia senil.
3. Describir los datos a recoger para identificar los diagnósticos de enfermería asociados al problema de demencia senil.
4. Explicar las acciones de enfermería que se deben incluir en un plan de cuidado para un paciente con demencia senil.

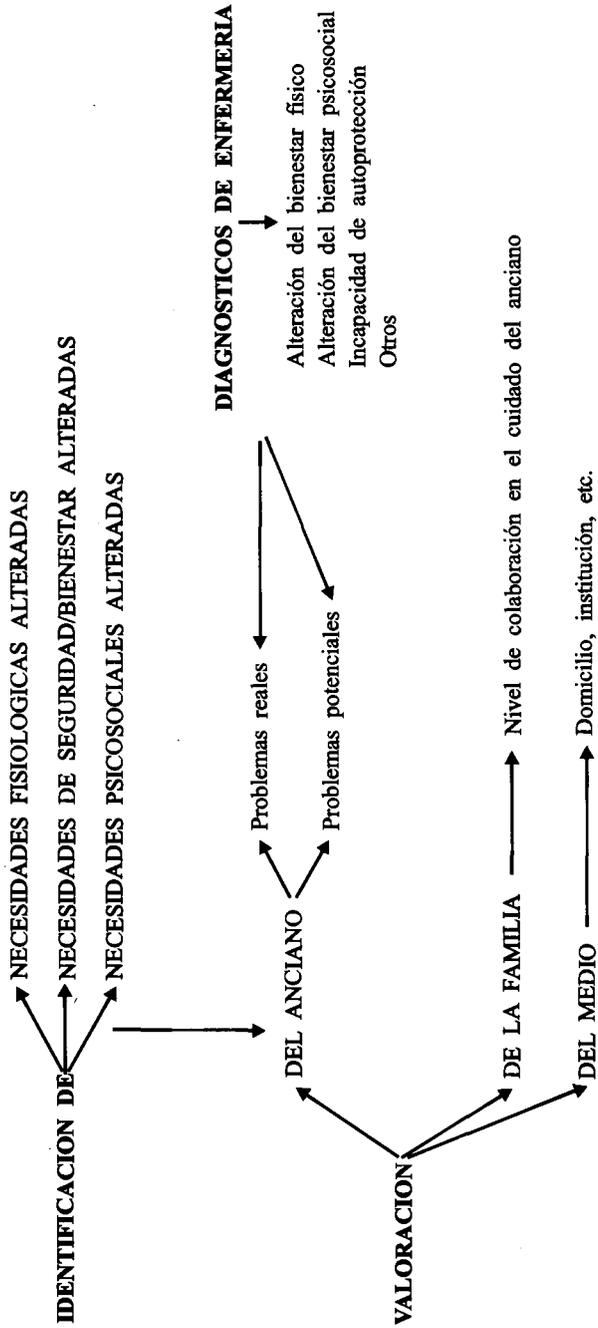
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (I)



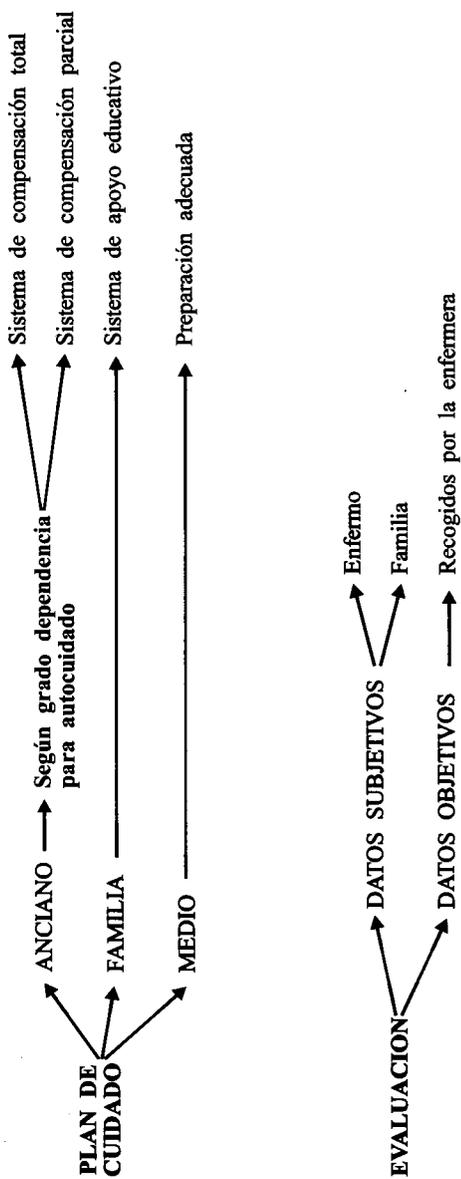
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (IV)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO

EJERCICIO 1

CASO EN ESTUDIO

El señor R. S. ingresa en la unidad por «fractura de pelvis» al haber sufrido un accidente automovilístico cuando viajaba con un hijo. Por decisión médica permanecerá ingresado para observación y realización de exploraciones complementarias para descartar otras lesiones orgánicas. Por prescripción médica deberá permanecer en la cama en posición de decúbito supino.

DATOS QUE SE RECOGEN AL INGRESO

- Paciente de setenta y cuatro años de edad, empleado de banca jubilado; vive con una hija casada y los tres hijos de ésta comprendidos entre los siete y doce años, con los que el paciente suele jugar y pasear; está bien integrado en el núcleo familiar.
- Manifiesta no tener ningún problema de salud.
- Come de todo; eliminación vesical y fecal sin problemas.
- Ha sido fumador hasta hace seis meses de una cajetilla diaria de cigarros. No bebe alcohol.
- Usa gafas, que ha perdido en el accidente, sin ellas ve muy poco. Audición disminuida.
- Aspecto higiénico muy cuidado.
- Buen estado de hidratación y nutrición.
- Durante los trámites habituales de ingreso el paciente muestra mucha preocupación por su situación. Continuamente pide al hijo que avise al resto de la familia, sobre todo a la hija con quien vive habitualmente. Manifiesta no querer permanecer en el hospital y dice «que en su casa también puede guardar reposo en cama».

CUESTIONES A RESOLVER

1. Deberá identificar los problemas que tiene o puede tener este paciente, fundamentando su formulación.
2. Describa las acciones de enfermería basadas en los problemas identificados.

RESPUESTAS

1. Los problemas que se identifican en el Sr. R. S. son prácticamente potenciales, y son derivados de:
 - a) *La propia lesión* (fractura de pelvis).
 - b) *La situación* (inmovilidad impuesta).
 - c) *El ciclo vital* (ancianidad).

Los problemas pertenecientes a los apartados a) y b) se complementan y favorecen para que aparezcan determinadas dificultades.

PROBLEMA DERIVADO DE LA PROPIA LESION:

- A) *Rotura de órganos internos situados en la cavidad pelviana* (vejiga u otros), por perforación provocada por los probables fragmentos óseos de la fractura.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA SITUACION Y EDAD DEL ENFERMO:

- B) *Alteración del bienestar*: el enfermo que permanece en cama, en la misma posición, experimenta molestias por la sensación física de tensión contra la piel (presión cutánea). Por otra parte, en la fractura ósea existe dolor por fricción entre los dos fragmentos del hueso.
- C) *Seguridad física disminuida*: este paciente tiene un riesgo de lesión por visión afectada y disminución de la agudeza auditiva, movimientos limitados y dolor. Todos estos factores hacen que disminuya la percepción del medio ambiente que lo rodea.
- D) *Estado de ansiedad*: por separación temporal de sus familiares allegados, por cambios en el entorno (hospitalización) y amenaza en la integridad biológica (la lesión).
- E) *Alteración de la eliminación intestinal: estreñimiento*: La inmovilidad hace disminuir el peristaltismo intestinal (al estar en reposo el músculo intestinal). Habitualmente la persona encamada disminuye la ingestión de líquidos. El organismo, como mecanismo de compensación, aumenta la absorción de líquidos en el colon y las heces se hacen duras y secas.
- F) *Alteración de la eliminación urinaria*: puede aparecer *retención urinaria*, por encontrar muy dificultosa la eliminación en la cama, siendo muy difícil, si no imposible, relajar los músculos perianales suficientemente para iniciar el vaciado. También puede producirse *cálculos renales* si la posición en decúbito supino se prolonga, lo que hace que se formen masas de orina estancada. En personas inmovilizadas estas masas son ideales para que el aumento del contenido en minerales de la orina haga que estas se precipiten y formen cálculos.
- G) *Pérdida de la integridad de la piel*: la presión prolongada sobre el tejido causa destrucción progresiva de la piel y el tejido subyacente.

- H) *Colapso pulmonar por acúmulo de secreciones*: el trabajo respiratorio aumenta en posición de decúbito supino por menor expansión torácica y la presión de la cama contra el tórax. Asimismo, la falta de actividad hace disminuir el estímulo usual de respirar normalmente. Estos factores conducen al estasis de las secreciones normales de los pulmones quedándose estacionadas y constituyendo un buen medio para el crecimiento bacteriano. Además, cuando una persona está acostada de espalda los efectos de la gravedad tienden a empujar el moco de un bronquiolo hacia el fondo del tubo, dejando seco el epitelio de la parte alta, siendo este epitelio más vulnerable a la invasión de bacterias. En el enfermo en estudio, además, es un factor contribuyente el haber sido fumador hasta hace, relativamente, poco tiempo.
- I) *Trombosis y embolismos*: en los pacientes inmovilizados se puede producir «estasis circulatorio», que produce inmovilidad en el sistema circulatorio. Si se produce por esta causa, un coágulo en un vaso (trombo) se puede desprender del vaso y entrar en la circulación general (convirtiéndose en un émbolo).
- J) *Falta de mantenimiento en el aseo personal*: una persona postrada en cama depende de los demás para que la ayuden a mantenerse aseada, sobre todo si tiene que orinar y defecar en la cama. Es casi imposible limpiarse bien después de defecar en una cuña. Además, no cuenta con servicios para lavarse las manos y el periné. Son los problemas subjetivos del paciente, pero muy importante para mantener su comodidad física, psíquica y social.
- K) *Incapacidad para el autocuidado*: la movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidado y para mantener una buena salud y autoestima.
2. En el caso del Sr. R. S. las actividades que conforman el plan de cuidado serán fundamentalmente de mantenimiento y prevención de los problemas potenciales identificados
- A) — Observar aparición de: hematuria, disuria, timpanismo abdominal, dolor abdominal, taquicardia e hipotensión.
- B) — Colocar cómodamente al paciente.
- Actuar sin prisas y manipular con suavidad.
- Apoyar la parte afectada.
- Administrar calmantes (según prescripción facultativa).
- C) — Proporcionar iluminación segura.
- Colocar en lugar accesible el timbre de llamada.
- Dejar luz de noche.
- Solicitar a la familia que le proporcione nuevos lentes.
- Suprimir resplandores y luces brillantes en la habitación.

- Hablar al enfermo siempre de frente, despacio y con buena vocalización.
- D) — Proporcionar la permanencia constante de un familiar de confianza del enfermo que pueda acompañarle y ayudarle en el autocuidado.
 - Intensificar las visitas del personal de Enfermería y mantener conversación con el paciente.
- E) — Dar dieta rica en residuos, incluyendo 800 g. de fruta diaria.
 - Dar líquidos hasta 2.500 cc. al día.
 - Colocar en posición adecuada para la defecación.
 - Proporcionar intimidad y no dar prisas en la defecación.
- F) — Medir cantidad de orina de cada micción.
 - Observar distensión abdominal.
 - Palpar la vejiga para observar distensión vesical.
 - Observar si existe orina residual.
 - Establecer programación para vaciado vesical.
- G) — Lavado de las zonas de presión dos veces al día.
 - Dar masajes en zona de presión cada cuatro horas.
 - Mantener la piel hidratada aplicando crema después del lavado.
 - Mantener la ropa de cama sin arrugas.
- H) — Mantener el tórax expandido con almohadas (semisentado).
 - Realizar ejercicios respiratorios tres veces al día acompañados de claping.
 - Auscultar tórax periódicamente para detectar aparición de secreciones.
- I) — Aconsejar al enfermo que mueva las extremidades periódicamente, en la medida que el reposo se lo permite.
 - Vigilar que el enfermo no cruce las piernas.
- J) — Facilitar material para lavado de manos y periné después de cada defecación y de cada micción.
- K) — Ayudar al enfermo en las actividades de autocuidado (aseo, alimentación, eliminación, etcétera).

Hay que tener en cuenta que muchos de los procedimientos del plan de cuidado pueden ser puesto en práctica por un familiar del enfermo y/o el propio paciente. Enseñar a ambos el cuidado que requiere el Sr. R. S., mientras que éste tiene que permanecer en cama, es importante, ya que se prevee que al alta, continuará en su domicilio, encamado por algún tiempo, al menos hasta la resolución de la fractura pélvica.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO

EJERCICIO 2

A continuación se describen dos casos y se formula una serie de preguntas, de cada uno de ellos que usted deberá responder.

CASO NUM. 1

Ingresa en el hospital la Sra. Eugenia Soler, de ochenta y un años de edad; viene acompañada por su hija después de que ésta la encontró vagando por las calles del barrio a primeras horas de una noche lluviosa. Eugenia no recuerda haber estado en la calle.

Es diagnosticada provisionalmente de «síndrome cerebral orgánico con demencia senil». Ingresa para observación médica.

- 1.1. En el momento del ingreso, ¿qué tendrá que hacer la enfermera para un mejor acercamiento a la paciente y qué no debe hacer?
- 1.2. ¿Qué comportamiento es más probable que aparezca en la Sra. Soler?
- 1.3. ¿Qué actitud debe considerar esencial el equipo de Enfermería al desarrollar el plan de cuidado de Eugenia?
- 1.4. La Sra. Soler guarda la comida sobrante y otros objetos sin valor aparente en sus bolsillos, según ella «donde nadie pueda quitárselos», ¿qué comportamiento sería el más adecuado ante esta situación y cuál el más contraindicado?
- 1.5. La Sra. Soler pasa el tiempo hablando de «los buenos tiempos de su juventud en su pueblo natal». En este caso de síndrome cerebral orgánico, ¿qué comportamiento sería el más adecuado por parte de la enfermera?
- 1.6. A Eugenia le encanta hablar de su juventud, pero muestra cierta tendencia a la fantasía sobre el tema. ¿Cuál es el propósito de la enferma con esta actitud?

CASO NUM. 2

La Sra. Martín, que ha venido quejándose de cefaleas en los últimos tiempos, es hospitalizada en estado de coma. Poco después de su ingreso recobra la conciencia, pero se muestra desorientada. El examen físico revela hemiplejía derecha. Se le diagnostica de accidente cerebrovascular agudo (ACVA) con hemiparesia derecha.

- 2.1. ¿Dónde está localizada la lesión de la Sra. Martín?

- 2.2. La Sra. Martín presenta una cierta afasia expresiva residual. ¿Cuál sería la mejor actuación de enfermería a este respecto?
- 2.3. El examen de la visión de la Sra. Martín revela una pérdida de visión de la mitad derecha del campo visual de ambos ojos. ¿Qué acción será la más importante para ayudar a la enferma a compensar esta pérdida?
- 2.4. La Sra. Martín va a ser dada de alta. Ha recuperado parcialmente el uso del brazo y casi totalmente el de la pierna. Se programan visitas a domicilio. ¿Con qué objetivo?

RESPUESTAS

CASO NUM. 1

- 1.1. La enfermera debe presentarse a la enferma, explicarle que se encuentra en el hospital y asegurarle que su hija se quedará con ella. La familiaridad con el medio ambiente y con las personas que le van a cuidar pueden infundirle seguridad y confianza.

No le debe dar excesiva información sobre las normas y rutinas del hospital, pues la persona sometida a estrés no puede asimilar excesiva información, ya que esto la conduciría a un aumento de su confusión y angustia. Tampoco se le dirá que «no se preocupe, que su problema no tiene importancia y enseguida se restablecerá». Al decir «no se preocupe» se puede estar negando a la paciente sus propios sentimientos en indicarle que se recuperará pronto es darle falsa seguridad y esperanza.

- 1.2. Probablemente desarrolle disminución de su período de atención y alteraciones perceptuales, ya que la destrucción de las neuronas provoca pérdida de memoria y dificultad en la percepción del medio externo.
- 1.3. La familiaridad con las situaciones y la continuidad ayudarán a dar a la paciente una sensación de seguridad y acrecentará su confianza. Una cierta flexibilidad la ayudará a individualizar y fomentar el sentimiento de autoestima de la paciente. Dada su tendencia a olvidar las explicaciones excesivamente prolijas, se la informará de conceptos sencillos y directos. Aunque tener en cuenta las preferencias de la paciente ayuda a personalizar los cuidados, también se debe sopesar la conveniencia o no de ello.
- 1.4. La actitud más conveniente en este caso sería proporcionarle una bolsa en la que la enferma pueda guardar los objetos de su preferencia y la comida que ella misma elija. Esto permite a la paciente ejercitar su derecho a decidir qué objetos desea guardar, a la vez que le proporciona una mayor seguridad e higiene.

No es conveniente tirar los objetos y restos de comida cuando la enferma duerme. Esto es engañar a la enferma, limitarla en su capacidad de juicio y hacerle crear recelos hacia el equipo de Enfermería. Tampoco se le debe

decir que las enfermeras tiene la responsabilidad de retirar de su armario los objetos inútiles y explicarle que debe seguir las normas impuestas por el hospital. Esto no le ayudará en absoluto. No deben quitárseles los objetos inofensivos. Dada su avanzada edad, la enferma presenta una disminución en su período de atención y en su memoria; sólo con explicaciones no se logrará que aumente su sensación de seguridad personal.

- 1.5. Permitirle hablar sobre su pasado y escuchar sus relatos con interés estimulará su expresión verbal, dará a la paciente un sentimiento de seguridad y reducirá su sensación de aislamiento.

Nunca se debe interrumpir la expresión verbal de sus recuerdos y abocarla a un sentimiento de «no ser aceptada»; ni se debe transmitir falta de interés por lo que la enferma explica.

- 1.6. El propósito de su fantasía, en este caso, es aumentar su autoestima. La fabulación y la fantasía es un mecanismo defensivo contra la inseguridad que produce la falta de memoria. En el caso de esta paciente no hay intento de regresión (mecanismo de defensa por el que la persona se refugia en las primeras pautas defensivas que utilizó durante su desarrollo).

Aunque el paciente anciano tema ser olvidado o perder el afecto de los demás, el principal objetivo de la fabulación no será el de atraer la atención de quienes le rodean. La paciente puede recordar sus logros pasados, pero normalmente tampoco es este el propósito de la fabulación.

CASO NUM. 2

- 2.1. En la vía piramidal del hemisferio izquierdo. Las manifestaciones clínicas de un ACVA son debidas a una lesión neuronal motora superior. La vía motora (piramidal) enlaza con el lado opuesto de la médula; así, una lesión en el hemisferio cerebral izquierdo provoca manifestaciones clínicas en el lado derecho.
- 2.2. Alentar todos los intentos de comunicación sin corregirle las palabras ni las expresiones utilizadas. La recuperación del lenguaje está en relación con la frecuencia de las tentativas para comunicarse con un oyente interesado. Permitir que la paciente utilice su propio vocabulario para expresarse estimulará nuevos intentos de comunicación.
- 2.3. Animarla con frecuencia a girar la cabeza y a cambiar de posición para que pueda ver la parte de la habitación que queda en el campo visual afecto. La paciente debe compensar su pérdida de campo visual siendo más consciente de los riesgos que pueden afectar su seguridad física. Esta acción implica la participación de la paciente.
- 2.4. Valorar la capacidad de la paciente para llevar a cabo en su casa lo que ha aprendido en el hospital. Los pacientes con lesiones cerebrales consecutivas a ACVA pueden tener problemas de aprendizaje y generalización. Las visitas domiciliarias ayudan a evaluar la capacidad de la persona para plasmar en su casa lo aprendido en el hospital.

ENFERMERIA PSIQUIATRICA

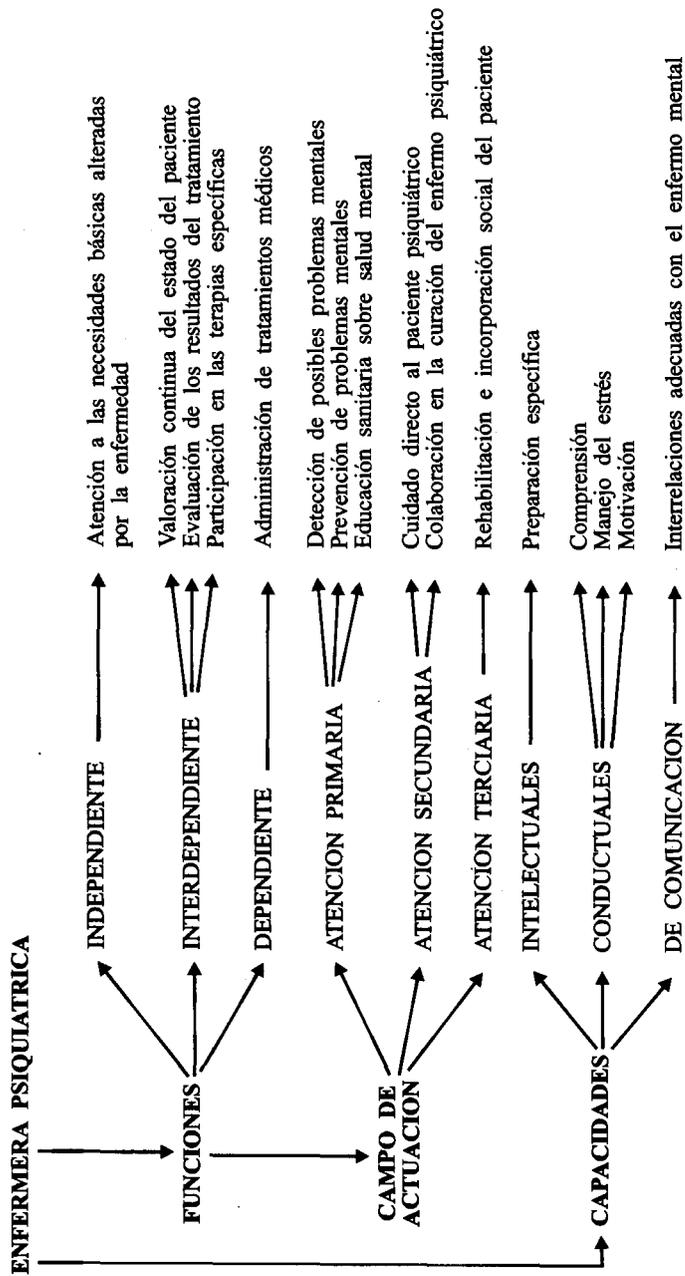
OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta asignatura, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para que, como futuras profesionales de Enfermería, sean capaces de detectar individuos con posibles riesgos de enfermedad mental y prestar cuidados básicos a pacientes hospitalizados que presentan problemas psicológicos.

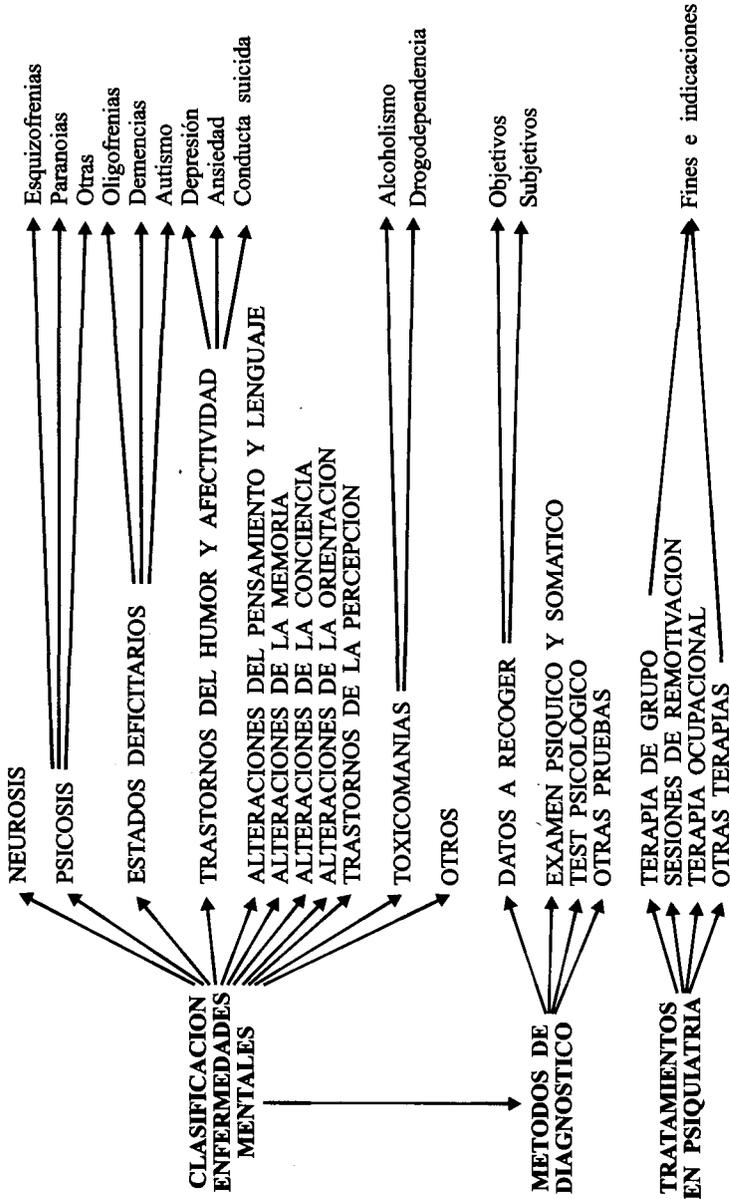
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar la importancia que tiene la salud mental en el desarrollo integral del individuo.
2. Identificar la función de la enfermera dentro del cuidado del enfermo mental.
3. Identificar los problemas de salud mental en el individuo, según la etapa del ciclo vital y situaciones en que se encuentre.
4. Identificar las manifestaciones conductuales más significativas en los trastornos psicológicos.
5. Describir las acciones correctas para solucionar problemas derivados de conductas desadaptadas.
6. Describir la forma más adecuada de relacionarse con los enfermos mentales.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (I)

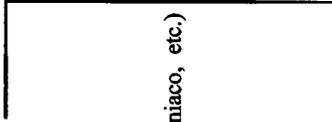


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (III)

DERIVADOS DE ALTERACIONES PSIQUICAS



DIAGNOSTICOS
ENFERMOS



VALORACION

RECOGIDA DE DATOS
FACTORES PREDISPONENTES Y CONCURRENTES
RELACION DE DATOS Y FACTORES

ACTIVIDADES

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE OBSERVACION
EDUCACION SANITARIA
PROCEDIMIENTOS MEDICOS REALIZADOS POR ENFERMERAS

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 1

A continuación se hace una serie de afirmaciones. Deberá contestar si son correctas o incorrectas. Fundamente sus respuestas.

1. El trastorno esquizofrénico de tipo desorganizado se caracteriza por todos los rasgos de la esquizofrenia, además de un severo trastorno afectivo.
2. Juan Rodríguez se muestra hiperactivo, eufórico y manifiesta fuga de ideas. El plan de cuidado para este enfermo deberá incluir «la persuasión para que no realice mucha actividad».
3. Andrea Jiménez ingresa por un cuadro grave de ansiedad, sus manos no paran quietas y anda de un lado para otro. La primera intervención de la enfermera deberá ser el estar cerca de ella físicamente.
4. La ansiedad es algo motivado conscientemente por pensamientos y deseos.
5. En el problema de «pánico» los mecanismos de defensa que se pueden manifestar con más probabilidades son la represión, la negación y la formación reactiva.
6. El objetivo último del paciente en la terapia de grupo es que el enfermo se identifique con otros miembros del grupo.
7. Para rebajar la tensión entre los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría, la acción más eficaz podría ser planificar varias actividades recreativas vigorosas durante el día. Las menos recomendables serían llevar a los pacientes de viaje fuera del hospital y hacer que los pacientes pasen más tiempo con la terapia ocupacional.
8. Las sesiones de remotivación tienen como objetivo ayudar a los pacientes a comprender sus conflictos personales en el seno del grupo.
9. Después de que un paciente hospitalizado haya intentado suicidarse, el paso que ha de darse en primer lugar es evitar que el paciente hable del suicidio.
10. La mayoría de las personas que experimenten un estrés repentino y extremo, después de un desastre grave, tienden a ser sugestionables.
11. Si al pasar por la habitación de una enferma recién ingresada la enfermera la oye llorar lo más indicado es entrar en la habitación, presentarse y decirle que le gustaría pasar un rato con ella.
12. Al cuidar a un paciente confuso e incoherente tendrá que animársele a participar en conversaciones y juegos de grupo.
13. La enfermedad maniaco-depresiva, tipo maníaco, es excepcional, ya que la mayoría de las depresiones son de tipo exógeno y tiene la misma incidencia que la enfermedad ciclotímica y aparece de forma natural en la población.

14. El proceso por el que una enfermera examina sus propios sentimientos hacia un paciente en un contexto clínico se conoce como autodiagnóstico.
15. Sólo los pacientes psicóticos sufren alucinaciones.

RESPUESTAS

1. *Incorrecta:* las características principales de este tipo de esquizofrenia son la torpeza emocional y la conducta regresiva.
2. *Incorrecta:* a este enfermo se le deberá proporcionar cauces constructivos para canalizar su exceso de energía, puesto que la mayoría de los pacientes hiperactivos son fáciles de distraer.
3. *Correcta:* al estar físicamente cerca le transmite la sensación de que alguien la valora lo suficiente como para estar allí y de que ella es una persona que merece ser cuidada.
4. *Incorrecta:* la ansiedad es una respuesta humana normal, que todos experimentamos al enfrentarnos a situaciones de estrés y que produce cambios físicos y emocionales.
5. *Incorrecta:* es más probable que las personas con problema de «pánico» manifiesten «*reacción a la conversión*». Este mecanismo de defensa convierte los sentimientos que resultan insoportables en expresiones corporales; es decir, en síntomas físicos. La negación implica una distorsión de la realidad; el ego rehusa ver las cosas como son. La represión es un mecanismo inconsciente que impide que los impulsos amenazantes aparezcan en la mente. La formación reactiva es un mecanismo por la que los impulsos no deseables se mantienen en el inconsciente enfatizando los impulsos opuestos.
6. *Incorrecta:* el objetivo de la terapia de grupo para un paciente es valorar como se desenvuelve en sus relaciones dentro del grupo. Cuando consiga este objetivo empezará a desarrollar ideas sobre cómo enfocar sus relaciones fuera del grupo.
7. *Correcta:* el ejercicio intenso es una de las mejores formas de mitigar la tensión entre los paciente psiquiátricos. Hacer viajes puede incrementarla y pasar más tiempo con la terapia ocupacional no la rebajaría.
8. *Incorrecta:* el objetivo de este terapia es reactivar el interés del enfermo por la vida cotidiana. Un enfermo ha de intentar comprender sus conflictos personales en las reuniones de terapia de grupo.
9. *Incorrecta:* la primera preocupación debe ser la seguridad de los pacientes. Después de revisar las normas vigentes para su protección se ha de clarificar cualquier malentendido y ayudar al enfermo a expresar su ira. Nunca se debe prohibir a los enfermos hablar sobre el suicidio.
10. *Correcta:* el estrés extremo reduce la capacidad de la persona para tomar decisiones, lo que hace que sean más sugestionables.

11. *Correcta:* el enfoque más terapéutico es entrar inmediatamente en la habitación, presentarse a la enferma y quedarse con ella. No se le pedirá que diga lo que le pasa. Sólo con estar cerca se le hace saber a la enferma que si quiere puede hablar.
12. *Incorrecta:* la única respuesta terapéutica es ser firme y amable y ayudarle en cuanto sea necesario; este tipo de enfermo es incapaz de pedir ayuda. Las conversaciones del grupo no son apropiadas para un paciente confuso.
13. *Incorrecta:* la enfermedad maniaco-depresiva no es exógena ni natural. Aunque existe mayor incidencia en hijos de padres maniaco-depresivos, también aparece en personas sin antecedentes familiares.
14. *Correcta:* el autodiagnóstico es el proceso por el que una enfermera valora sus propios sentimientos y conducta hacia un paciente con el fin de entender mejor su problema.
15. *Incorrecta:* las alucinaciones no implican necesariamente un trastorno mental. Por ejemplo, un paciente postoperado que nunca haya mostrado signos de enfermedad mental puede experimentar alucinaciones.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 2

Conteste las siguientes cuestiones sobre los casos que se exponen

CASO A

Alejandra Martín, de treinta y cinco años de edad, casada, madre de dos niños, es ingresada en la unidad de psiquiatría diagnosticada de «enfermedad maniaco depresiva». La enfermera nota que la Sra. Martín es incapaz de mantener una conversación coherente, cambiando constantemente de tema.

1. ¿A qué se puede atribuir este signo?

La Sra. Martín parece tener un exceso de energía, no puede permanecer quieta.

2. ¿Qué actividad más útil podría sugerirle la enfermera?

El comportamiento disruptivo de la Sra. Martín en la unidad comienza a molestar al resto de los pacientes.

3. ¿Qué podría hacer la enfermera ante este problema?

La conducta de Alejandra a menudo es extravagante y absurda

4. ¿Qué podría explicar este comportamiento?

La enfermedad de la Sra. Martín puede entenderse mejor como un intento del ego de compensar una agresión hacia sí misma y miedo del superego punitivo.

5. ¿Qué proceso subyacente podría ser la fuente de la manía?

CASO B

Rosa Cano, de veinticinco años de edad, ingresa en el hospital psiquiátrico con una depresión importante. Hace un año que murió su hijo de nueve meses y desde entonces come muy poco, ha perdido peso, apenas se mueve, responde con monosílabos y ha descuidado completamente su imagen.

6. Mientras persista la gravedad de los síntomas, ¿qué enfoque de enfermería sería el más adecuado?

Rosa explica a la enfermera que no puede hablar y no tiene nada que decir y permanece en silencio.

7. ¿Qué sería lo más apropiado hacer por la enfermera?

Un día Rosa acude al comedor peinada y arreglada.

8. ¿Qué actitud seguiría la enfermera para reforzar este cambio en la paciente?
9. ¿De qué deriva habitualmente la depresión?
10. ¿Qué acciones de Enfermería serán importantes ante un paciente deprimido?

RESPUESTAS

CASO A

1. Este síntoma es característico de «fuga de ideas», situación en la que una idea promueve otra ininterrumpidamente.
2. Una actividad útil sería, por ejemplo, repartir la ropa por las habitaciones. Esta actividad serviría para canalizar adecuadamente la energía de la enferma, obviando los estímulos externos que podrían acarrear otras actividades en grupo.
3. Podría limitar su conducta, explicándole de forma lógica los motivos. Establecer limitaciones ayuda a prevenir el rechazo de los demás pacientes y la consiguiente pérdida de la autoestima de la paciente.
4. Alejandra tiene poco o ningún control sobre su conducta impulsiva. En estado maniaco, la Sra. Martín es incapaz de ejercer el mínimo control sobre su conducta. Actúa de forma impulsiva, utiliza una lógica limitada y tiene problemas para tomar decisiones.
5. *La depresión*: la depresión es el resultado de una agresión al ego (pérdida o deterioro); la manía enmascara la depresión.

CASO B

6. Por ejemplo, decirle a la paciente que le gustaría dar un paseo con ella y luego ayudarla a vestirse reduciría su aislamiento y alejamiento sin abrumarla con el peso de tomar una decisión. La enferma necesita una rutina simple y estructurada. Es posible que no sea capaz de mantener una relación estrecha con más de una persona.
7. Lo mejor sería decirle que «puede que le resulte difícil hablar ahora, a lo mejor desea hacerlo en otro momento». Esto ayuda a la enfermera a descubrir el nivel funcional de la paciente y animarla a superarlo en un futuro próximo.
8. Un simple comentario de reconocimiento es la mejor respuesta. Por ejemplo, decirle «veo que se ha peinado y arreglado». No conviene decirle que se encuentra mejor, esto sería hacer suposiciones. Hacer exclamaciones de entusiasmo como «nunca ha tenido Vd. tan buen aspecto», podría interpretarlo como un insulto.

9. Un sentimiento de pérdida real, imaginaria o inminente suele contribuir al desarrollo de la depresión.
10. Proporcionar un escape motor para los sentimientos de agresividad y hostilidad. Un paciente depresivo, generalmente, se enfada consigo mismo, no con los demás. La Sra. Cano necesita una salida para ese enfado.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 3

Describe las siguientes cuestiones:

1. Diferencia entre los problemas «alteración en los procesos del pensamiento» y «alteración en la percepción sensorial».
2. Alteraciones en los componentes de la percepción de sí mismo.
3. Factores etiológicos y concurrentes de la ansiedad.
4. Factores de riesgo que pueden desencadenar «adicción al alcohol y las drogas».
5. Actividades de educación sanitaria que se deben llevar a cabo ante un problema potencial de «dependencia a las drogas».
6. El problema «intento de suicidio».
7. Cómo se valora la falta de conocimiento sobre el manejo del estrés.

RESPUESTAS

1. **DIFERENCIA ENTRE LOS PROBLEMAS «ALTERACION EN LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO» Y «ALTERACION EN LA PERCEPCION SENSORIAL»**

El diagnóstico de enfermería «alteración en los procesos del pensamiento» describe a una persona con alteraciones cognoscitivas (interpretación inexacta del medio), que son resultado de trastornos mentales y de personalidad. Este diagnóstico difiere del de «alteración en la percepción sensorial», el cual describe a una persona con alteraciones en la cantidad, patrón o interpretación de los estímulos percibidos, que son resultado de trastornos fisiológicos, sensoriales o motores, no de trastornos mentales ni de la personalidad.

2. ALTERACIONES EN LOS COMPONENTES DE LA PERCEPCION DE SI MISMO

Imagen corporal: verse a uno mismo de forma diferente como resultado de cambios reales o imaginados en la estructura o función del cuerpo.

Autoestima: falta de confianza en la capacidad de realizar lo que se desea.

Ejecución del rol: incapacidad para realizar aquellas funciones y actividades esperadas de un rol, en particular en una sociedad dada.

Identidad personal: trastornos en la percepción de sí mismo.

3. FACTORES ETIOLOGICOS Y CONCURRENTES DE LA ANSIEDAD

Factores fisiopatológicos:

Cualquier factor que interfiera con las necesidades básicas humanas (comida, aire, bienestar, etcétera).

Factores de situación:

— Amenaza real o imaginaria en la percepción de sí mismo:

- Pérdida de prestigio, fracaso, falta de reconocimiento por parte de los demás, etcétera.

— Pérdida real o imaginaria de familiares o amigos allegados:

- Muerte, divorcio, separación, etcétera.

— Amenaza real o imaginaria de la integridad física:

- Enfermedad, agresión, etcétera.

— Cambio real o imaginario del entorno:

- Hospitalización, jubilación, etcétera.

Factores de maduración:

— Niños (separación, mutilación, logros no conseguidos, etcétera).

— Adolescentes (desarrollo sexual, independencia, relaciones con los compañeros, etcétera).

— Adulto (paternidad, desarrollo profesional, efectos del envejecimiento, etcétera).

— Anciano (pérdidas sensoriales y/o motoras, jubilación, etcétera).

4. FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN DESENCADENAR «ADICCIÓN AL ALCOHOL Y A LAS DROGAS»

Enfermedades:

- Depresión mayor, obesidad, enfermedad crónica, otras.

Psicosociales:

- Incompetencia para enfrentarse a los problemas cotidianos.
- Amenaza de fracasos repetidos.
- Personalidad muy dependiente.
- Otros.

Derivados de tratamientos médicos:

- Terapéutica prolongada con fármacos sedantes, tranquilizantes, etcétera.

Forma de vida y ambiente:

- Elevada ingesta de alcohol.
- Excesiva asistencia a fiestas y actos sociales.
- Otros.

Error humano:

- Autotratamiento con fármacos de venta libre.

5. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN SANITARIA QUE SE DEBEN LLEVAR A CABO ANTE UN PROBLEMA POTENCIAL DE «DEPENDENCIA DE LAS DROGAS»

- Explicar que la dependencia de fármacos es una enfermedad.
- Explicar que el uso de drogas no es socialmente esencial para ser aceptado por los amigos.
- Explicar que el abuso a largo plazo de drogas reduce el placer derivado de tal abuso.
- Explicar por qué recurren las personas al abuso de drogas (obtener la aceptación del grupo, hacer frente a problemas emocionales, causar daño a seres significativos, fines experimentales, etcétera).
- Recomendar evitar la automedicación.
- Recomendar nuevas opciones sobre métodos efectivos para hacer frente a la situación (como el método para resolver problemas).

- Describir síntomas que deben comunicarse (aumento gradual de la cantidad y/o frecuencia de fármacos; quejas de que el dolor dura mucho tiempo después de que el dolor debiera de haber desaparecido).
- Explicar que el uso de fármacos para resolver problemas es peligroso y no se consigue resolver problemas y se crean otros nuevos.
- Explicar a los familiares la importancia del modelamiento del papel a través de la abstinencia del uso de drogas.
- Explicar la importancia de que las personas se ofrezcan apoyo emocional unas a otras para resistirse a la presión de los compañeros o a los impulsos hacia la dependencia de drogas.
- Explicar la importancia de mantener una actitud positiva hacia sí mismo, que compensa la necesidad de depender de drogas.
- Explicar cómo se canaliza la energía emocional y se libera la tensión (correr, actividades recreativas, reír, hablar de cosas pasadas, etcétera).
- Explicar la importancia de aprender y practicar los principios de salud mental.
- Explicar por qué el problema potencial podría convertirse en real (se sabe que el uso de drogas conduce a dependencia gradual).
- Explicar la razón de los métodos preventivos y los efectos esperados.

6. EL PROBLEMA «INTENTO DE SUICIDIO»

El intento suicida: es una conducta autodestructiva que, si no es interrumpida, puede conducir a la muerte de la persona.

Datos subjetivos: ansiedad severa, sentimientos intensamente bajos de autoestima, de desesperanza, desamparo, dependencia y soledad severa.

Datos objetivos: la persona usa métodos letales para poner fin a la vida como ingesta de fármacos, inhalación de gases, etc.; utilización de pistola, cuchillo; ahorcamiento; salto desde un lugar elevado, etcétera.

Factores de riesgo (estresantes):

- Enfermedades (depresión mayor, esquizofrenia, síndrome cerebral orgánico).
- Factores psicosociales: falta de competencia en el uso de mecanismos efectivos para hacer frente a situaciones conflictivas. Intento de expresar indirectamente ira, ansiedad o desamparo. Intento de llamar la atención. Amenaza de no cubrir las necesidades a través de una conducta constructiva. Intento de poner a prueba el amor de un ser querido o de castigar a un ser significativo. Estrés insoportable. Falta de control de los impulsos.

7. COMO SE VALORA LA FALTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO DEL ESTRES

Definición del problema: falta de información suficiente sobre los métodos usados para reducir el estrés y hacerle frente.

Etiología común: falta de educación sanitaria.

Datos a recoger:

— Objetivos:

- Puede mostrar comportamientos basados en conocimiento insuficiente como no tomar precauciones contra el estrés excesivo, no planificar los cambios, participar en demasiadas actividades estresantes al mismo tiempo.
- Puede mostrar signos que indican estrés excesivo o una forma pobre de enfrentarse al estrés como nerviosismo, irritabilidad, llanto fácil, alarma ante ruidos, resistencia al cambio.

— Subjetivos:

- La entrevista a las preguntas de la persona indican necesidad de información adicional, aclaración o validación de la información.
- La falta de preguntas o comentarios de la persona indica que no desea información o no sabe lo suficiente para buscar información.
- Cuando se le interroga directamente la respuesta o la falta de respuesta de la persona indica que no conoce cómo controlar o evitar las situaciones excesivamente estresantes o cómo enfrentarse con efectividad al estrés.

ENFERMERIA COMUNITARIA

UNIDAD I

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA COMUNIDAD*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capaciten para actuar como miembro del equipo de salud extrahospitalario, identificando los objetivos, principios, funciones y actividades de la enfermera en este campo.

* Temas que se describen:

- La visita domiciliaria.
- La consulta de Enfermería.

TEMA: LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

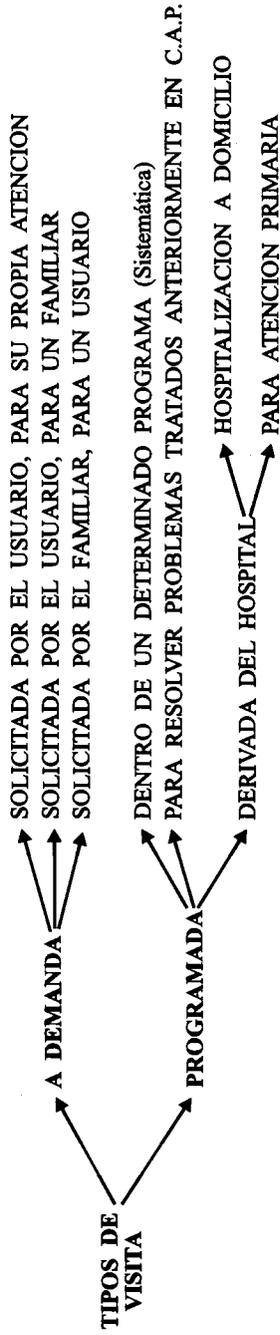
1. Explicar la visita domiciliaria como actividad de la enfermera de la comunidad.
2. Describir los objetivos de la visita domiciliaria.
3. Identificar las acciones que comprende la visita domiciliaria.
4. Describir el desarrollo de la visita domiciliaria.
5. Valorar la importancia de la visita domiciliaria dentro de las funciones de la enfermera de Atención Primaria.

LA VISITA DOMICILIARIA (I)

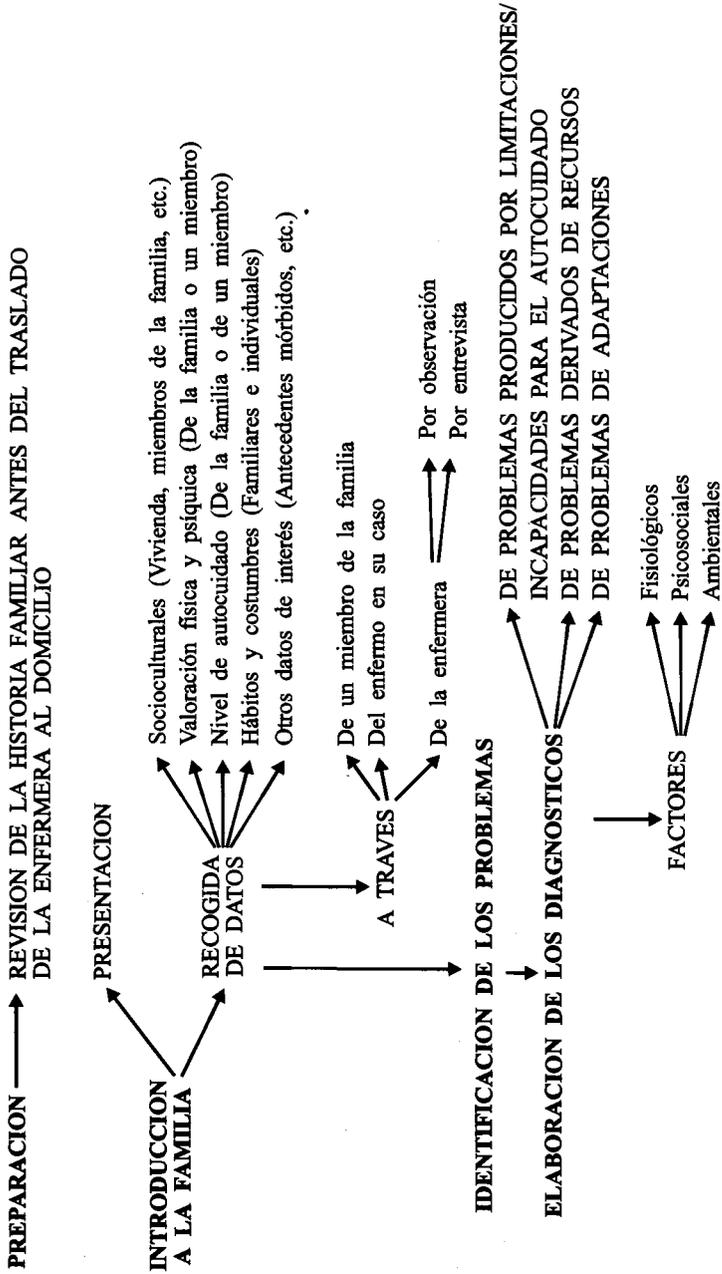
CONCEPTO → ES UN COMPONENTE DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA. SE REALIZA EN LA COMUNIDAD, DONDE LA ENFERMERA TRATA DE CUBRIR LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA EN SU CONJUNTO Y DE CADA UNO DE SUS MIEMBROS

OBJETIVO → TRATAR DE DAR RESPUESTAS A LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS EXISTENTES EN EL GRUPO FAMILIAR:

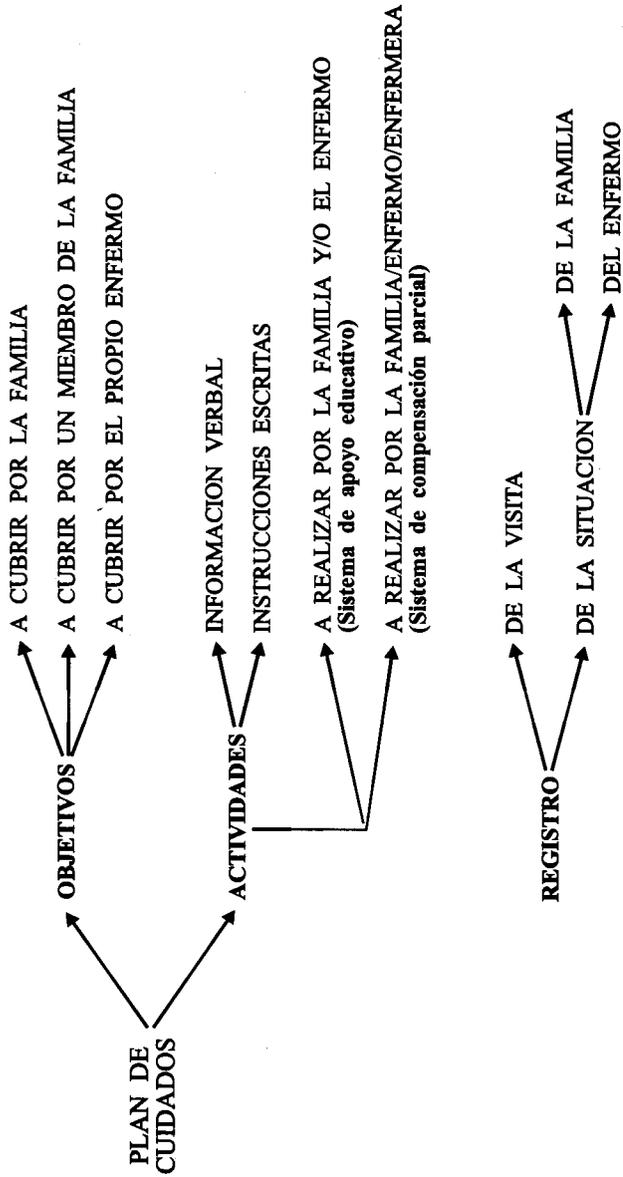
- Valorando el desarrollo de grupos específicos de alto riesgo
- Valorando el desarrollo del grupo familiar
- Controlando situaciones de pre-crisis
- Atendiendo situaciones de crisis
- Desarrollando un seguimiento de la familia o integrándolos en los programas de salud



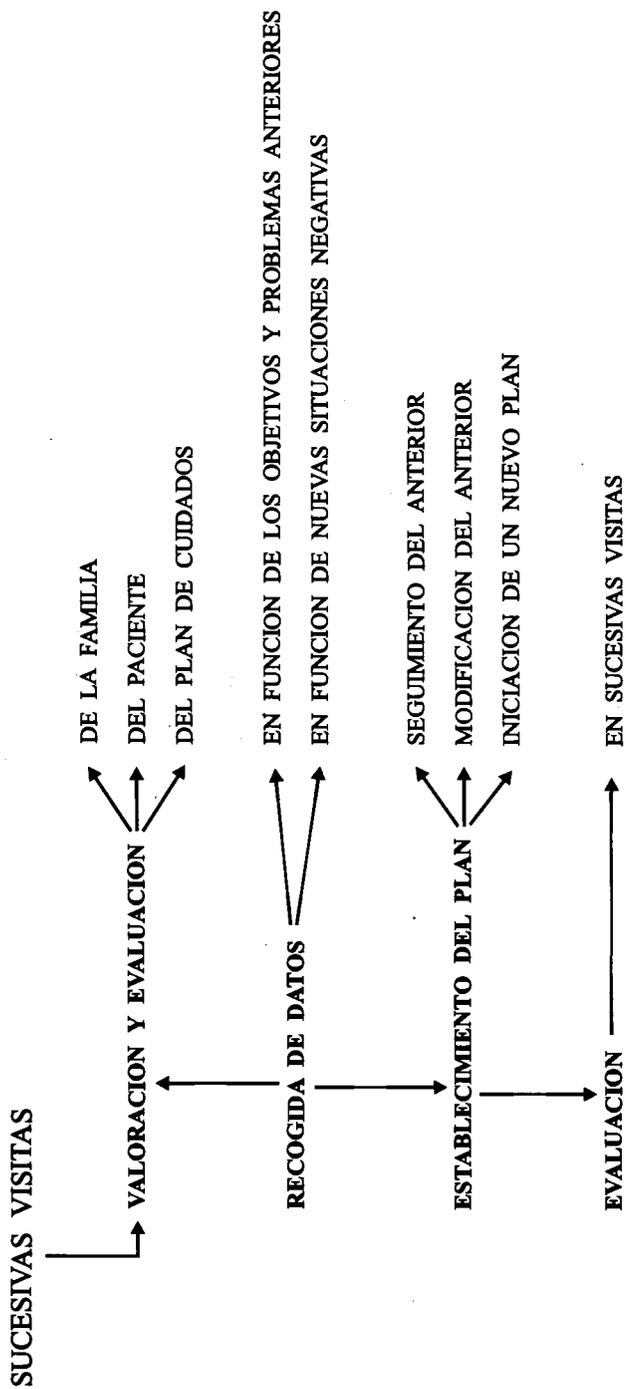
LA VISITA DOMICILIARIA (II)



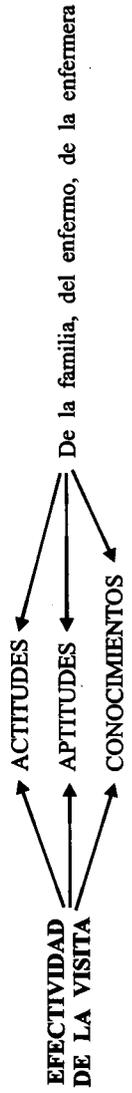
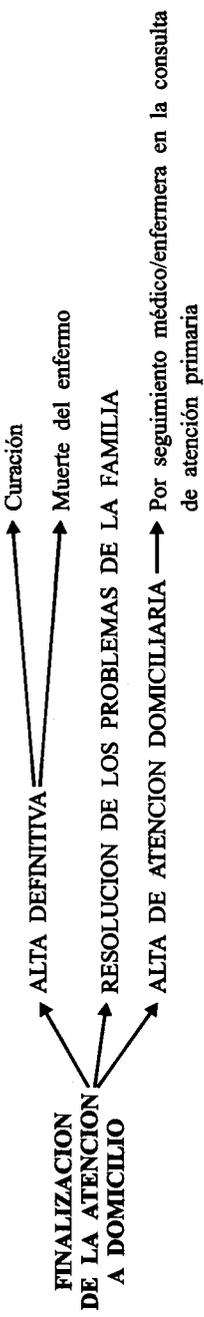
LA VISITA DOMICILIARIA (III)



LA VISITA DOMICILIARIA (IV)



LA VISITA DOMICILIARIA (V)

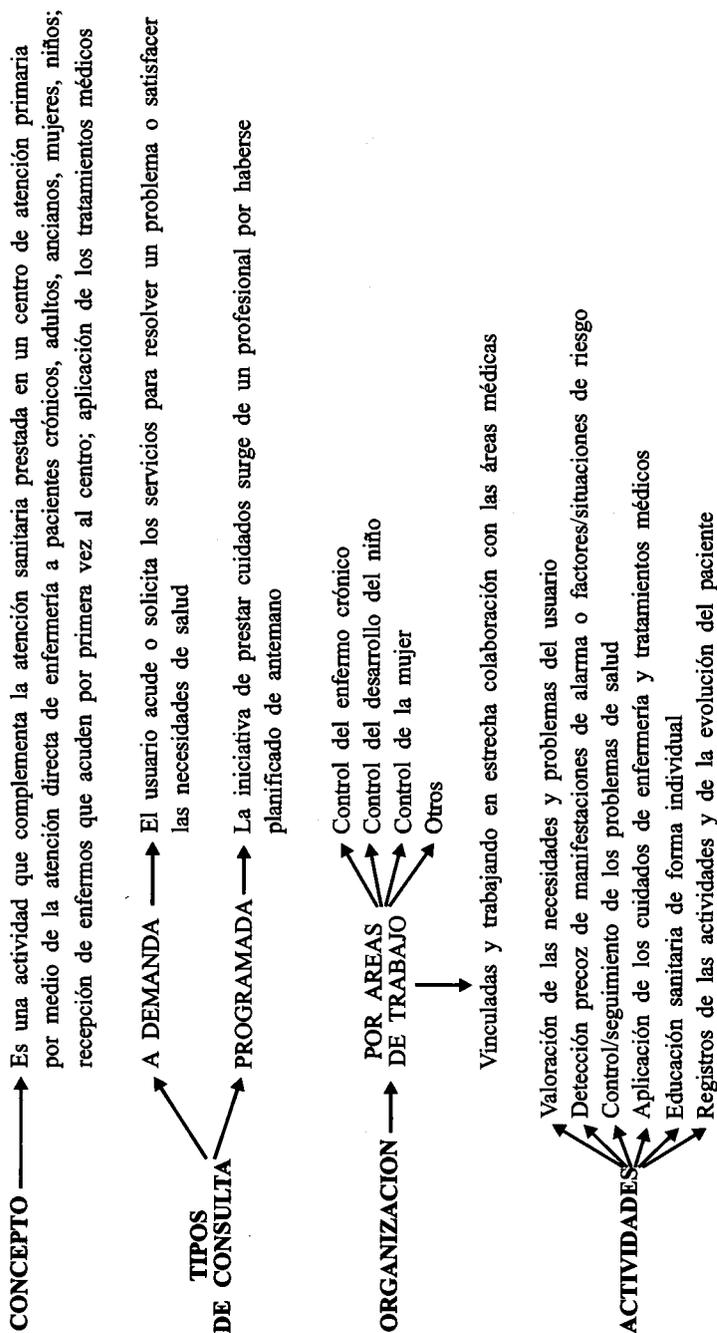


TEMA: LA CONSULTA DE ENFERMERIA

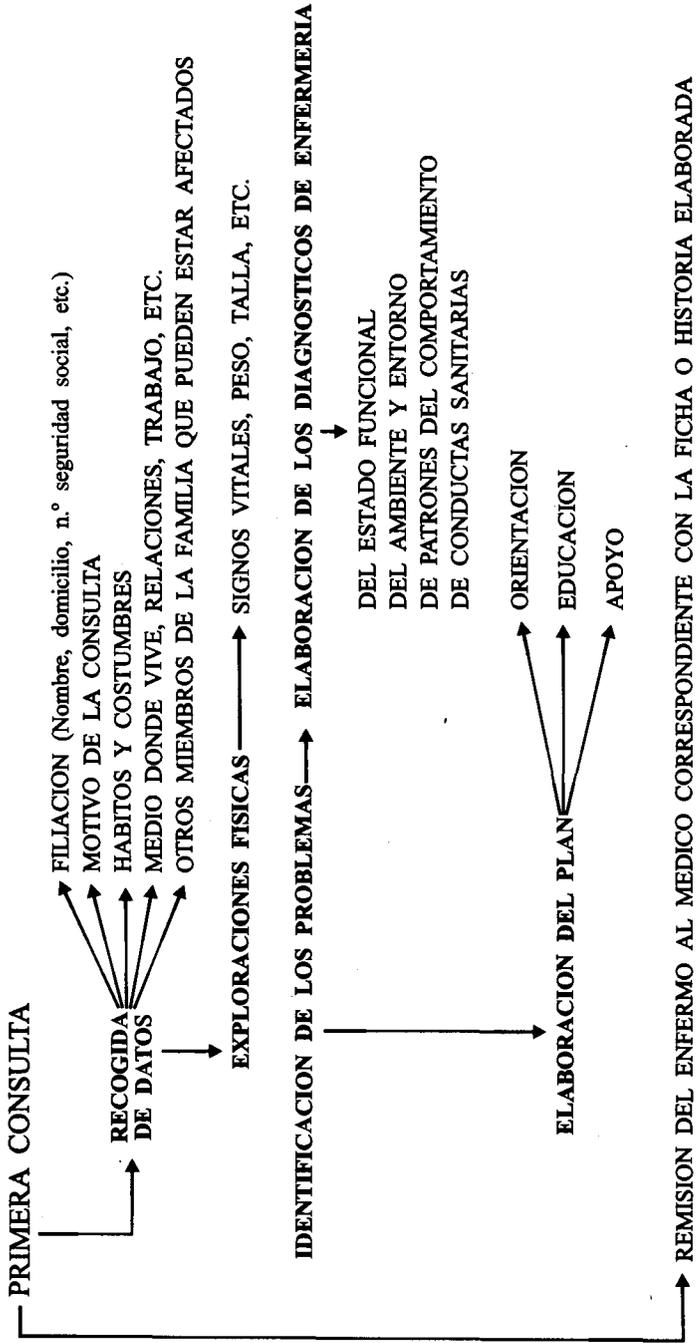
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explicar la utilidad de la consulta de Enfermería en el trabajo de la enfermera de Atención Primaria.
2. Describir las actividades de la enfermera en la consulta de Enfermería.
3. Identificar los usuarios que requieren atención de Enfermería en la consulta.
4. Describir los diagnósticos de enfermería más comunes que se formulen en la atención de enfermería en régimen de consulta.
5. Valorar la importancia de la colaboración de la familia en la aplicación del plan de cuidados.

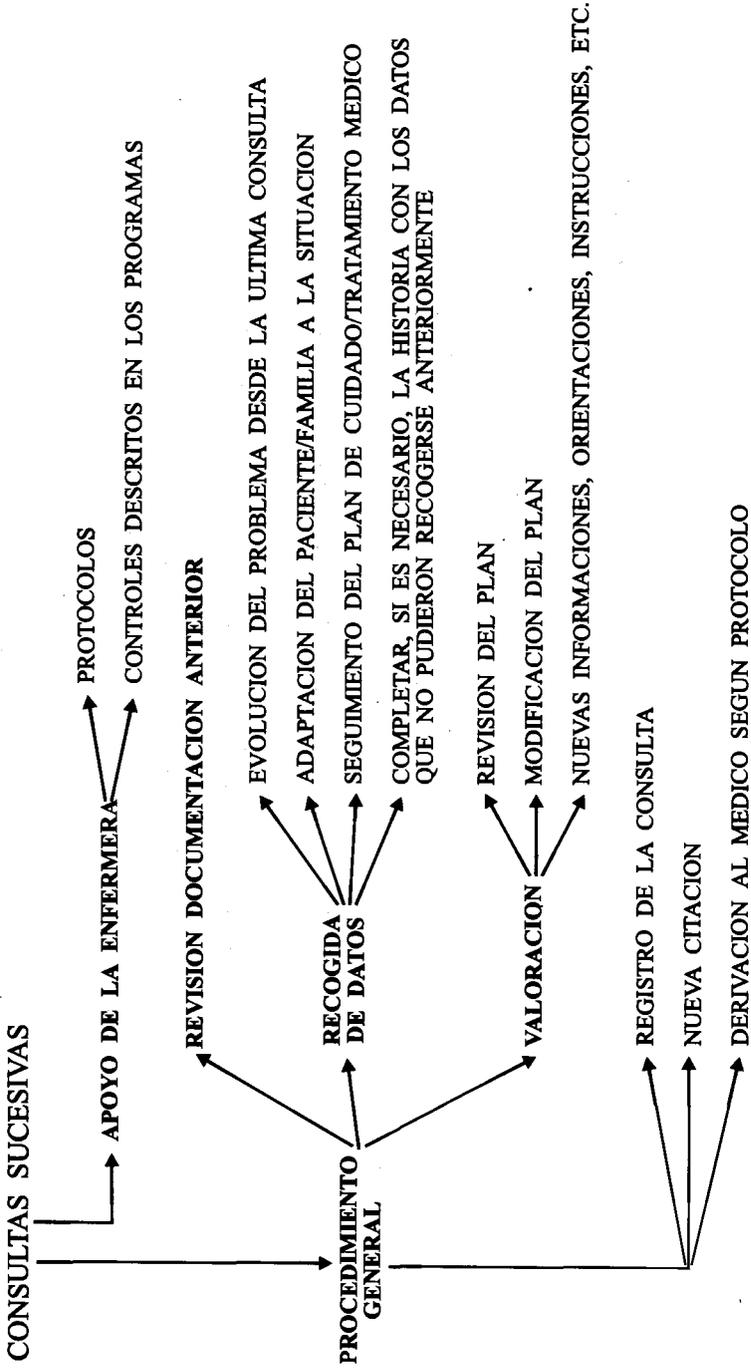
LA CONSULTA DE ENFERMERIA (I)



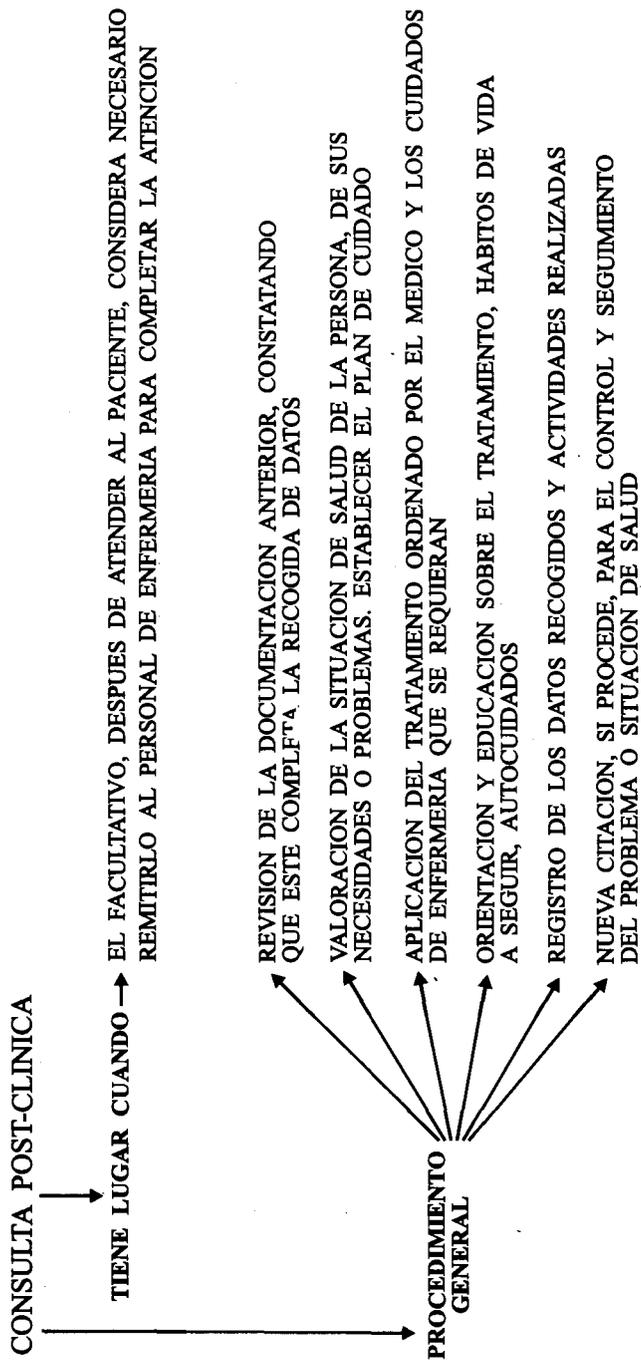
LA CONSULTA DE ENFERMERIA (II)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (III)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (IV)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (V)

CONSIDERACIONES

→ SI SE SOLICITA UNA PRUEBA DIAGNOSTICA AL USUARIO, SE LE INFORMARA DE:



- OBJETIVO DE LA PRUEBA
- CONDICIONES EN LAS QUE HA DE IR
- COMO RECOGER LA MUESTRA

→ • EN CONSULTAS SUCESIVAS A PACIENTES CRONICOS, LA ENFERMERA PODRA ACTUAR CON GRUPOS PEQUEÑOS.

• LA ATENCION INDIVIDUALIZADA NO EXCLUYE, EN ESTE CASO, REALIZAR ATENCION EN GRUPOS YA QUE EL COMPONENTE DE EDUCACION PARA LA SALUD ES AMPLIO

MEDIOS

→ ESPACIO FISICO, ADECUADO

→ MATERIAL DE EXPLORACION Y CONTROL

→ MATERIAL PARA APLICACION DE TRATAMIENTOS, CURAS, SONDAJES, ETC.

→ DOCUMENTACION NECESARIA → HISTORIAS
→ PROTOCOLOS
→ ETC.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 1

Contestar las siguientes cuestiones:

1. Defina el concepto de «comunidad».
2. Enumere las razones que hacen en la actualidad necesario el trabajo en equipo en Atención Primaria.
3. Describa brevemente «la consulta de Enfermería».
4. Describa esquemáticamente las funciones de la enfermera de Atención Primaria.
5. Enumere los objetivos que guían las relaciones del equipo de Atención Primaria con la comunidad.

RESPUESTAS

1. DEFINA EL CONCEPTO DE «COMUNIDAD»

Las comunidades son grupos que están territorialmente definidos, donde los individuos pueden pasar la vida entera.

Las comunidades se dividen en familias, grupos y asociaciones. A pesar de esta división tienen en común una identidad común de tipo social.

La identidad social y las limitaciones geográficas son los factores que diferencia a una comunidad de otra.

2. ENUMERE LAS RAZONES QUE HACEN EN LA ACTUALIDAD NECESARIO EL TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCION PRIMARIA

- A) Por la especialización que ha creado interdependencia.
- B) Por la concepción de la salud y la orientación de la Atención Sanitaria.
- C) Por el enfoque integral de la salud y del individuo.

3. DESCRIBA BREVEMENTE «LA CONSULTA DE ENFERMERIA»

La consulta de Enfermería forma parte de la atención personalizada al

individuo y la familia, siendo una actividad que complementa la atención prestada en un centro de Atención Primaria de Salud.

La atención de enfermería en la consulta se dirige a:

- Cuidados a enfermos crónicos, adultos, ancianos, mujeres y niños.
- Recepción de enfermos que acuden por primera vez al centro.
- Aplicación de los cuidados de enfermería y tratamientos médicos.

4. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA

Estas funciones se pueden contemplar desde tres aspectos diferentes:

A) *Como profesional de Enfermería hacia su propio equipo y profesión:*

- Asistencia: actividades de planificación, ejecución y evaluación del programa de Enfermería de Atención Primaria.
- Investigación: con el fin de mejorar los servicios que presta a los miembros de la comunidad y su medio.
- Docencia: a través de la educación a los profesionales (educación postbásica y formación continuada) y a los futuros profesionales (educación básica).

B) *Como profesional de Enfermería hacia el equipo de salud multidisciplinario:*

- Colaboración: con el resto del equipo para atender los diversos aspectos relacionados con su actuación, que están incluidos en el programa de atención a la comunidad.
- Coordinación: incluyendo la coordinación del grupo profesional de Enfermería con los otros miembros del equipo y entre el equipo y las familias que se atienden.
- Incorporación: con el fin de promover el que los miembros de la comunidad se incorporen al equipo de salud para así realizar un trabajo conjunto.

C) *Como profesional de Enfermería hacia su campo de trabajo:*

- Referidas al conjunto de actividades que la enfermera realiza en el terreno de trabajo. Corresponde a la función asistencial y abarca las actividades de:
 - Atención directa al enfermo y familias.
 - Educación para la salud.
 - Clínica del niño sano.
 - Específicas a los programas y campañas sanitarias.

5. ENUMERE LOS OBJETIVOS QUE GUIAN LAS RELACIONES DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CON LA COMUNIDAD

- Facilitar y promover la participación de la comunidad en:
 - La realización del diagnóstico de salud.
 - Las actividades de educación para la salud.
 - Otras actividades del centro.
- Analizar el grado de satisfacción de la población en relación a los servicios y actividades realizadas por el centro y el equipo.
- Facilitar y promover la integración y coordinación a nivel local de todas aquellas instituciones y servicios que tengan que ver con la salud de la comunidad.
- Servir de instrumento de intercomunicación e información entre la comunidad y el equipo.
- Asesorar y obtener propuestas sobre:
 - Nuevas actividades o programas de salud.
 - Necesidades de recursos.
 - Formas de colaboración y coordinación.
 - Actividades de educación para la salud.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 2

Del caso que se expone a continuación deberá:

1. Formular los problemas que se detectan.
2. Elaborar los objetivos en base a los problemas detectados.
3. Describir las actividades para resolver los problemas.

A la consulta de Enfermería es remitido un paciente que ha sido diagnosticado por el médico de Diabetes *Mellitus*.

Al primer contacto con el paciente y su esposa se recogen los siguientes datos:

— Enfermo de cincuenta años de edad, casado, empleado de banca, vive con su mujer y un hijo de diecisiete años. Tiene dos hijas casadas.

— Prescripción médica:

- Insulina novo lenta, 15 UI en el desayuno.
- Dieta de 2.500 calorías de diabético.
- Control médico a los veinte días.

— En la entrevista manifiesta que:

- Nunca ha estado enfermo.
- Le preocupa mucho su problema, pues deberá cambiar sus hábitos de vida y estar dependiendo de que le administren la insulina.
- No conoce las repercusiones de tipo social que puede tener «todo lo que le está ocurriendo».
- No conoce las complicaciones de tipo físico que puede tener y esto le asusta.
- Está muy deprimido porque cree que ya es un enfermo «para toda la vida».
- La esposa también se encuentra muy preocupada e inquieta, pues no se considera capacitada para cuidar a «un diabético».

RESPUESTAS

1. *Problemas que se detectan:*

— Problema principal: falta de conocimientos de la pareja para el autocuidado en situación de desviación del estado de salud del marido.

— Problemas asociados: estado de ansiedad de la pareja ante la nueva situación, potencial desequilibrio metabólico por diabetes.

2. *Objetivos del plan de cuidado:*

— Objetivo general: en el plazo de un mes la pareja deberá demostrar estar adaptada a la nueva situación de salud.

— Objetivos específicos:

- En el plazo de quince días el matrimonio explicará las medidas necesarias que el marido debe llevar a cabo para proteger la integridad de la piel, así como las referentes al cuidado de los pies.
- Demostrarán las capacidades para extraer y administrar la dosis de insulina prescrita.
- Utilizar e interpretar correctamente el análisis rápido de la orina.
- Describir los síntomas que denotan hiper/hipoglucemia.
- Confeccionar la dieta adecuada.

3. *Acciones de enfermería:*

Durante veinte días la pareja acudirá al centro de salud de 10,00 a 11,30 horas al programa de educación sanitaria específico donde:

— Recibirán información sobre:

- La Diabetes *Mellitus*.
- Actividades que puede realizar el paciente.
- Autocuidados específicos.

— Recibirán enseñanzas sobre:

- Administración correcta de la insulina.
- Realización e interpretación del análisis rápido de la orina.

— Se les entregará un folleto informativo sobre:

- Dieta adecuada para varios días de la semana.
- Hábitos y autocuidados a seguir.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 3

Describe las acciones de enfermería dirigidas a mantener las necesidades de seguridad y comodidad en un paciente incapacitado, total o parcialmente, de forma permanente y que ha de ser atendido en su domicilio por la enfermera visitadora.

RESPUESTAS

Un paciente que tiene que ser atendido en su domicilio durante largo tiempo precisa cuidados especiales e incluso en algunos casos puede necesitar material especial.

La familia puede requerir consejos, información y apoyo educativo para adaptarse a las necesidades del paciente y para enfrentarse a la situación.

Las actividades de la enfermera de atención a domicilio incluyen:

- La preparación del enfermo.
- La preparación adecuada del medio.
- La adecuación del material.

Preparación del enfermo:

- Muchos enfermos necesitan evitar peldaños y hacer desplazamientos largos, por lo tanto se debe instalar al enfermo siempre que sea posible en una habitación que esté cerca del baño y que no tenga desniveles.
- Si es posible se instalará al enfermo en una habitación con colores animados y ventanales, para que pueda recibir más estímulos, sobre todo si no puede salir de casa.
- La habitación deberá estar lo más lejos posible de la sala donde la familia convive y pasa la mayor parte del día. Esto hará que los momentos de descanso del enfermo sean más tranquilos.

Preparación adecuada del medio:

- Si el paciente tiene que permanecer en cama se le debe de preparar sus objetos personales de forma que los puede alcanzar con facilidad. La mayoría de estos enfermos desean tener a su alcance la televisión, la radio, el teléfono, los libros, las revistas, el reloj, etc. Aunque sus necesidades pueden variar diariamente, la enfermera debe asegurarse de que los artículos que con más frecuencia utiliza los tenga siempre a mano. También es conveniente instalar en la habitación un timbre; el enfermo se sentirá más seguro si sabe que cuando necesite a la familia ésta acudirá rápidamente.

- En caso de que el paciente pueda caminar habrá que facilitarle el movimiento por la casa:
 - Recomendar siempre que sea necesario la instalación de barandillas o pasamanos en pasillos y baño.
 - Asegurar suficiente luz en los lugares por donde deambule el enfermo, ya que irá más seguro si consigue ver el camino.
 - Eliminar o cubrir con rampas los umbrales elevados o peldaños que no pueda evitar.
 - Evitar moquetas de pelo largo, alfombras sueltas y cubrir los suelos resbaladizos para prevenir caídas.
 - Sustituir los tiradores de las puertas por palancas para que puertas y armarios abran fácilmente.
- Para que el enfermo pueda bañarse con facilidad:
 - Aplicar adhesivos a la bañera para que no se resbale.
 - Aconsejar al enfermo y familia que aquél se duche sentado en un taburete.

Adecuación del material:

Para la seguridad y comodidad de este tipo de paciente puede ser necesario disponer de material adicional:

- Se debe informar a la familia si la Seguridad Social proporciona el material recomendable; dónde se puede adquirir, etcétera.
- En caso de que el paciente se encuentre postrado en cama puede ser necesario una cama de hospital para facilitar al enfermo el sentarse, levantarse y moverse. A las personas que atienden al enfermo también les será más fácil con este tipo de cama, manipular y atender al paciente.

UNIDAD II

EDUCACION PARA LA SALUD*

OBJETIVO GENERAL

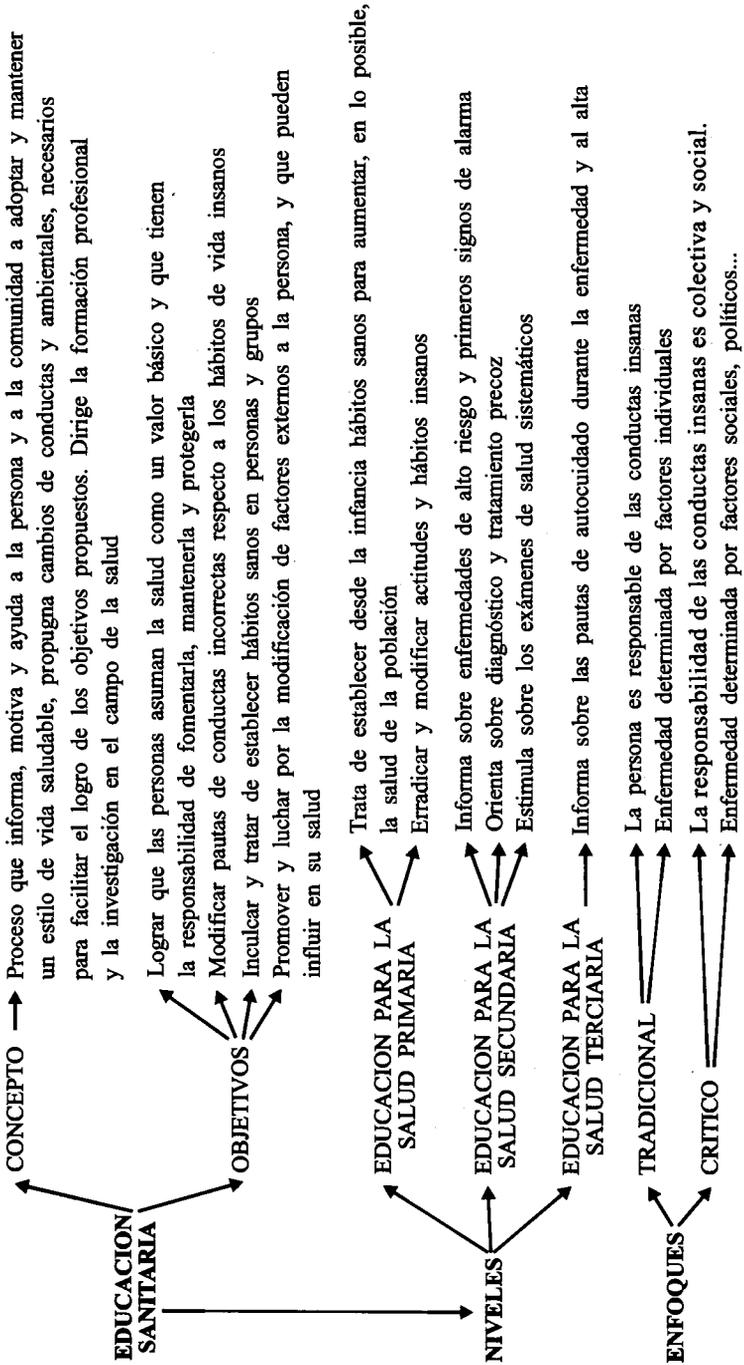
Al finalizar el estudio de esta unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que las capacitan para identificar las necesidades en materia de educación sanitaria de la persona, grupo/comunidad; planificar y ejecutar los programas y subprogramas educativos según las necesidades detectadas, conociendo los principios básicos del proceso enseñanza-aprendizaje y teniendo en cuenta las técnicas más apropiadas en el campo de la salud, evaluando los programas según los resultados obtenidos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

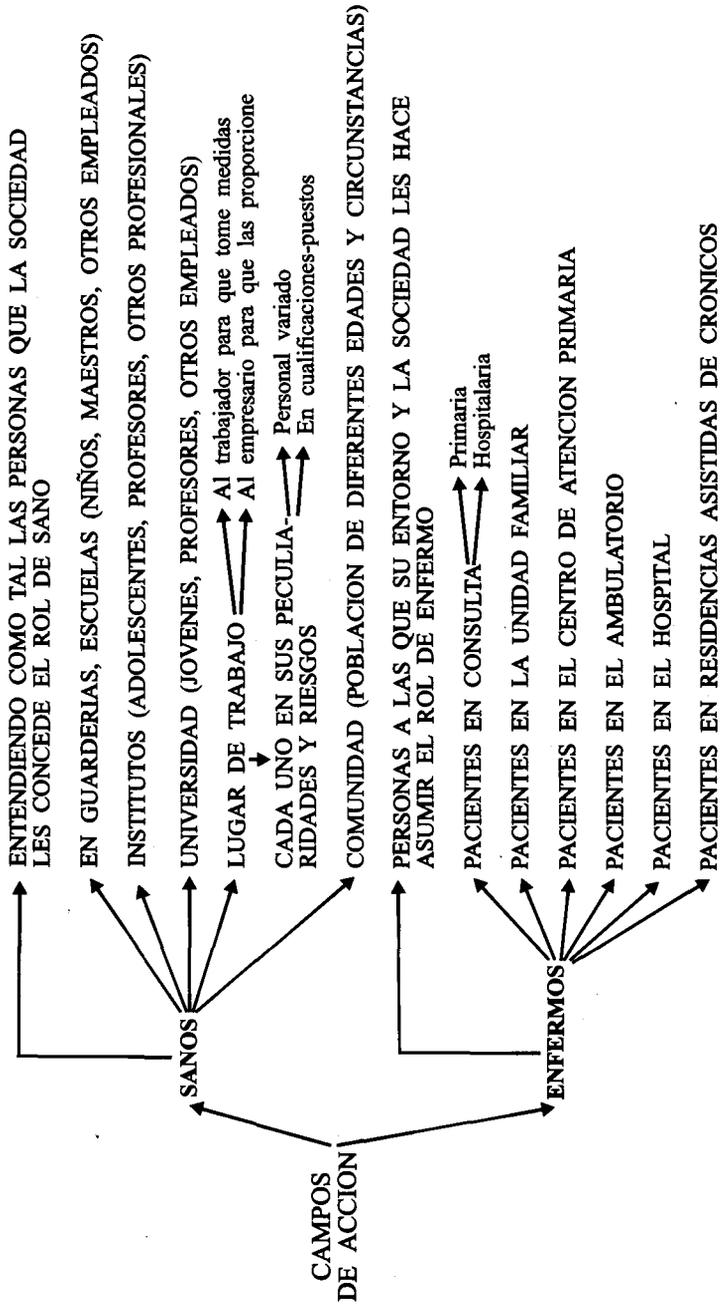
1. Valorar la importancia de la educación para la salud en el trabajo de Enfermería.
2. Definir el concepto de educación para la salud.
3. Describir los objetivos generales de la educación para la salud.
4. Describir los niveles de educación para la salud.
5. Explicar los principios de la educación para la salud.
6. Razonar la necesidad de la educación sanitaria en grupos de personas en riesgo de padecer algún problema de salud.
7. Elaborar un programa de educación para la salud a un grupo específico de la población.

Se describe la unidad completa.

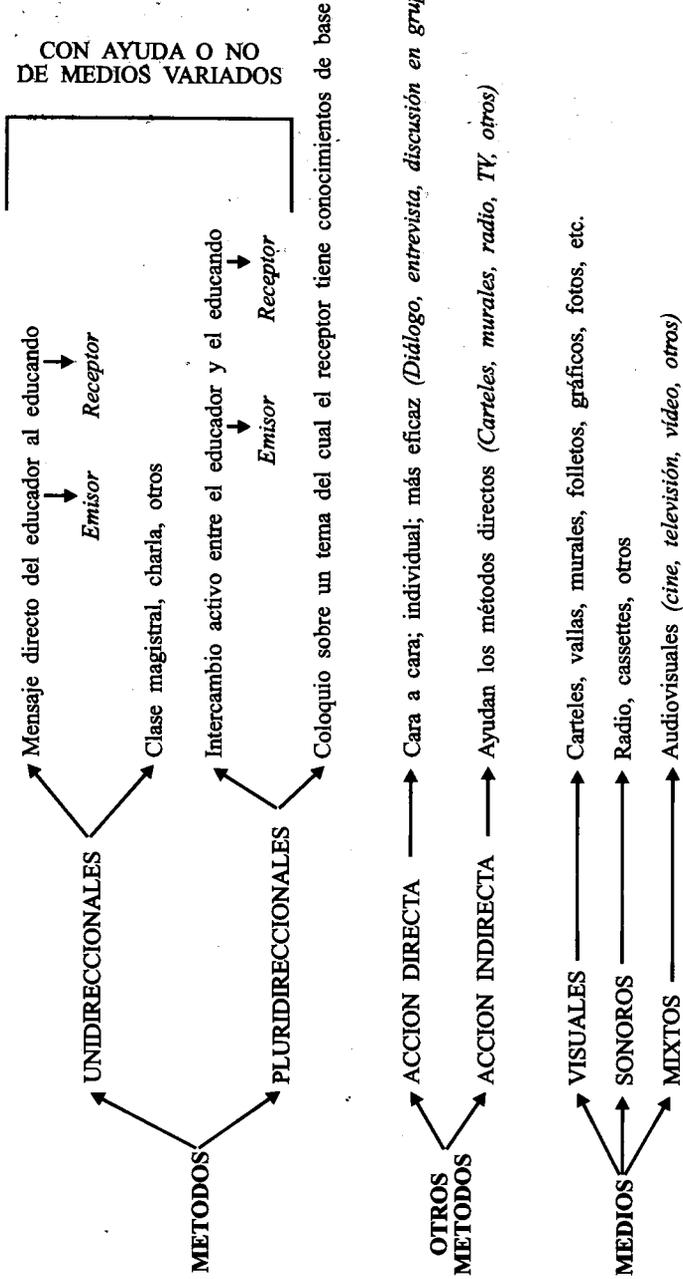
EDUCACION PARA LA SALUD (I)



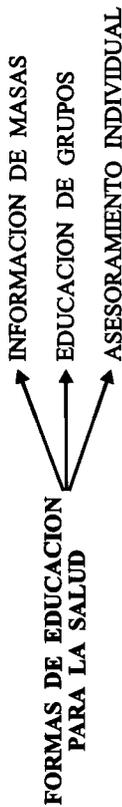
EDUCACION PARA LA SALUD (II)



EDUCACION PARA LA SALUD (III)



EDUCACION PARA LA SALUD (IV)



AGENTES DE EDUCACION SANITARIA

PERSONAL NO SANITARIO

- MAESTROS DE ESCUELA
- PERIODISTAS
- ESPECIALISTAS EN ECONOMIA DOMESTICA
- ASISTENTES SOCIALES
- OTROS

PERSONAL SANITARIO

- ENFERMERAS
- PRINCIPIOS Y FUNCIONES
- PARTICIPACION
- METODOS QUE UTILIZA
- PROGRAMAS QUE REALIZA
- ACTIVIDADES

- MEDICOS
- FARMACEUTICOS
- OTROS PROFESIONALES

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD

EJERCICIO 1

1. Explique brevemente los objetivos de educación para la salud.
2. Describa los enfoques de educación para la salud.
3. Enumere tres aspectos fundamentales de la educación para la salud.
4. Describa las actividades de educación sanitaria en su función para la protección de la salud.
5. Describa los efectos que producen los medios de comunicación de masas en el campo de la educación sanitaria.

RESPUESTAS

1. EXPLIQUE BREVEMENTE LOS OBJETIVOS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Los cuatro objetivos fundamentales que se pretende con la educación para la salud son:

- A) *Sensibilizar* a la población para que acepten la salud como un valor fundamental, a nivel individual y colectivo.
- B) *Hacer que desaparezcan* los hábitos no saludables que son responsables de la morbilidad y mortalidad actual (dependencias, formas de vida, alimentación, etcétera).
- C) *Incorporar* en forma de hábitos saludables en la vida de las personas los nuevos conocimientos sanitarios que se obtienen por la investigación (la práctica del ejercicio físico, régimen alimenticio adecuado, etcétera).
- D) *Modificar* los factores externos que influyen negativamente en el comportamiento de salud de la persona.

2. DESCRIBA LOS ENFOQUES DE EDUCACION PARA LA SALUD

Según O'Neill se distinguen dos enfoques de educación sanitaria: el *tradicional* y el *crítico*. Ambos enfoques son substancialmente diferentes ideológicamente.

En el primero se hace responsable a la persona de las conductas insanas que ha adoptado; los factores determinantes de la enfermedad son individuales, biológicos o conductuales. En el enfoque crítico la responsabilidad de las conductas

insanas son colectivas y sociales; los factores determinantes de la salud son de tipo sociales, culturales y económicos.

Según estos enfoques las políticas y estrategias de intervención son muy distintas en cada uno de ellos. En el enfoque tradicional se preconiza el cambio de los estilos de vida insanos, mediante acciones dirigidas sólo a la persona individualmente. En el enfoque crítico las acciones son ambientales, políticas, económicas, culturales, etc.; factores que son los responsables de los comportamientos insanos.

3. ENUMERE TRES ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

- A) La meta fundamental de la educación para la salud es que las personas adquieran los conocimientos, actitudes y modificaciones de conductas en aspectos relacionados con la salud.
- B) La educación para la salud va dirigida a personas individualmente y a grupos de personas.
- C) La educación sanitaria es un proceso dinámico.

4. DESCRIBA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA EN SU FUNCION PARA LA PROTECCION DE LA SALUD

- A) *Identificar los individuos y grupos en riesgo*, a través de la epidemiología.
- B) *Informar y motivar* a las personas en riesgo para que desechen los comportamientos que condicionan los riesgos.
- C) *Estimular a que las personas en riesgo se sometan a los exámenes de salud precisos* para la determinación precoz de los problemas de salud condicionados por el estilo de vida y comportamientos insanos.
- D) *Informar sobre los síntomas tempranos* de las enfermedades de alto riesgo y orientarles sobre los servicios a que deben dirigirse para el diagnóstico y tratamiento precoces.

5. DESCRIBA LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS MEDIOS DE COMUNICACION DE MASAS EN EL CAMPO DE LA EDUCACION SANITARIA

- A) *Informan y sensibilizan* a la colectividad sobre los hábitos insanos objeto del programa educativo.
- B) No son válidos para cambiar actitudes insanas muy arraigadas, pero *refuerzan los comportamientos sanos* previamente sostenidos.

- C) *Pueden dar lugar a cambios de conductas sólo cuando ya existe una predisposición previa a la acción.*

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que se hacen a continuación, diga si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

1. Dentro de las funciones de la enfermera de Atención Primaria, la educación para la salud a grupos de enfermos es una actividad aislada.
2. La presencia de un programa de salud dentro de un equipo de atención sanitaria aumenta la calidad de la Atención Primaria.
3. Los programas de salud se elaboran en base a aspectos generales.
4. Cualquier persona adulta puede llevar a cabo un programa de educación sanitaria.
5. Los métodos y medios que la enfermera utiliza en la educación para la salud se seleccionan según ciertos factores.
6. En un programa de educación para la salud a los pacientes diabéticos se debe incluir la «demostración».
7. El asesoramiento es un proceso de enseñanza-aprendizaje.
8. La educación sanitaria primaria se relaciona con el diagnóstico y tratamiento precoz de los problemas de salud.
9. La evaluación en la educación para la salud no es esencial.
10. Las modificaciones de hábitos inadecuados para la salud sólo depende de la voluntad de la persona.

RESPUESTAS

1. *Falso:* la educación para la salud complementa la visita domiciliaria y la consulta de Enfermería. Estas tres actividades son instrumentos que se refuerzan entre sí; por tanto, no se puede considerar una actividad aislada.
2. *Verdadero:* un programa hace que se atienda a grupos con características específicas; se atienda de forma programada; se trabaje en equipo; que la atención integral sea más eficaz; se economicen y rentabilicen los esfuerzos de los profesionales; haya una unificación de criterios de actuación.

3. *Falso*: la forma más común de organizar los programas dentro de un plan de salud es la de hacerlo por grupos de edad y por necesidades en función de las circunstancias fisiológicas o no (programas para la mujer, el lactante y el escolar, el adolescente, el adulto y el anciano), o por problemas específicos (programas de vacunaciones, de salud bucodental, del hipertenso, del diabético, etc.), y los referidos a aspectos generales (programas de salud del medio, de salud mental y de salud general).

Los segundos enumerados se denominan también «subprogramas» dentro de los programas de salud por grupo de edades.

4. *Falso*: el educador para la salud debe ser un miembro de equipo que tenga autoridad profesional legítima, para que su opinión goce de credibilidad.

La educación para la salud debe ser dirigida por un especialista que actuará como asesor, catalizador y coordinador del programa. Hay que tender a que la organización de un sistema de educación para la salud haga que todo el personal que participe tenga una formación adecuada para ello.

5. *Verdadero*: la selección de unos u otros métodos están influidos por los siguientes factores:

- El tema a tratar, los objetivos y el contenido.
- Las características de la persona o grupo (edad, sexo, cultura, etcétera).
- Los recursos de los que se dispone.

6. *Verdadero*: precisamente, a estos pacientes hay que enseñarles la administración de la dosis adecuada de insulina y la realización del examen rápido de la glucosa, con el objetivo de que el enfermo obtenga la máxima independencia en el autocuidado derivado de la desviación del estado de salud. La enseñanza de estas actividades al enfermo requiere necesariamente la demostración de la técnica, para garantizar el aprendizaje del enfermo.

7. *Falso*: entre la educación para la salud y el asesoramiento se establece una diferencia substancial. La primera es un proceso de enseñanza-aprendizaje, dirigido por el educador y dentro de un programa o subprograma de educación para la salud.

El asesoramiento es un proceso de orientación a una persona, tratando de que sea el paciente (o su familia) quien lleva la dirección. Este medio se realiza a medida que la persona va adquiriendo conocimientos y es más autodirigido; es decir, que él mismo dirige sus acciones para solucionar el problema y las necesidades de salud.

8. *Falso*: la afirmación se refiere a la educación sanitaria secundaria. La educación sanitaria primaria tiende a evitar que los problemas surjan mediante la modificación de comportamientos favorecedores de la enfermedad.
9. *Falso*: la evaluación es un componente esencial del proceso de enseñanza, ya que indica si los objetivos se han cumplido, por tanto, se tomarán como referencia.

10. *Falso*: la acción educativa sobre la persona, y grupos, si no va acompañada de modificaciones en el medio ambiente y en las políticas nacionales tendrá muy poco éxito, por lo menos en lo que concierne a conductas que están muy arraigadas y en las que la persona está muy implicada. Para actuar sobre estos factores externos a la persona (ambientales, políticos, etc.) es necesario un programa nacional.