***Proceso de Enfermería de un Adulto Mayor con Incontinencia Urinaria Funcional***

Alva Hernández Martínez1, Carolina Trujillo de la Cruz1, Sebastiana del Rosario Gargantúa Águila1, María Teresa Lidia Salazar Peña1, María Luisa Manuela Ramos Díaz1, Graciela Arrioja Morales1 y María Laura Méndez Ovando1.

1 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**Introducción**

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático mediante el cual se planean y proporcionan cuidados de enfermería. Su meta es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales para la salud del paciente, con el fin de establecer planes para hacer frente a las necesidades que se identifiquen e intervenir en forma específica para satisfacerlas, y ayudar en el mejoramiento su calidad de vida.

Este trabajo es un proceso de enfermería que se aplicó a una persona que se encuentra en la etapa de adulto mayor, actualmente cursa con incontinencia urinaria disfuncional, para ello se realizaron todos los pasos necesarios como la valoración de enfermería a través de la observación, entrevista y por último la exploración física, posteriormente se clasificaron y analizaron los datos para poder identificar diagnósticos de enfermería y como marco de referencia para la valoración se utilizaron los 11 patrones funcionales de salud de la Dra. Mayori Gordon. Para la formulación de los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía de la NANDA. Al final se elaboró un plan de cuidados de enfermería que incluye el diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, fundamentos de las intervenciones y evaluación de la ejecución; para este plan se tuvo el apoyo de la “Clasificación Internacional de Resultados de Enfermería (NOC)” y la “Clasificación Internacional de Intervención de Enfermería (NIC)”y por último se realiza la evaluación.

(Joelle Charrier *El plan de cuidados estandarizados un soporte de diagnóstico de enfermería* Editorial Masson 4° edición España.)

**Proceso de enfermería**

**Valoración**

La valoración de enfermería consiste en obtener, verificar y organizar datos acerca del estado de salud de una persona ya sea sana o en una condición de salud alterada. Los datos que se relacionan con los aspectos físicos, emocional, de desarrollo, social, intelectual y espiritual se obtienen de gran variedad de fuentes y son la base para las acciones y decisiones que se tomen en pasos subsecuentes. Para realizar esta primera fase del proceso de enfermería, se requiere de habilidades de observación y comunicación que se logra a través de la entrevista, en el presente trabajo se utiliza el instrumento de valoración de Dra. Marjory Gordon.

**Valoración de los 11 Patrones Funcionales De Salud de la Dra. Mayori Gordon.**

Los patrones funcionales de salud, surgen de la interacción de la persona y su entorno, ya sea en individuos familias o comunidades.

Cada patrón es una expresión de la interacción biopsicosocial y ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los otros patrones.

Los patrones están influidos por patrones biológicos, de desarrollo, culturales, sociales y espirituales y actualmente son 11.

(McGraw-Hill (2000) *cuidados de enfermería* editorial Luckman 2° Edición en Español)

**Incontinencia Urinaria (IU)**

La IU, es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.Es un síndrome común en la etapa de la vejez ya que su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en los adultos mayores, sin embargo y a pesar de ser común en este grupo etario, no debe ser tomada como una situación normal o esperada ya que no es un resultado inevitable del proceso de envejecimiento. Su presencia es anormal a cualquier edad, grado de movilidad y situación mental o física, generando frecuentemente, sentimientos de vergüenza, retraimiento, estigmatización y regresión, es por ello, que habitualmente el paciente con incontinencia urinaria no acude al médico por este problema, ni facilita la información de manera voluntaria para poder elaborar el diagnóstico, produciéndose en el paciente adulto mayor, múltiples problemas psicológicos, sociales, higiénicos y médicos, mismos que contribuyen a promover el aislamiento socia.

(<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/16_Incontinencia.pdf> SSA)

**Historia De Enfermería**

*Entrevista.* Se tuvo comunicación con un adulto mayor de 88 años de edad, de nombre V.F.D. de sexo femenino. En el momento de la entrevista muestra una expresión tranquila, amable y dispuesta a participar, durante la entrevista la persona se mostró nerviosa.

Se realizaron 2 entrevistas, con una duración de 1 hora en la cual se observó su entorno y se obtuvo información para poder identificar los patrones funcionales y potencialmente alterados. Cabe mencionar que alguna información la proporciono la Religiosa B.C.S. ella es la persona que la cuida en el asilo.

**Datos del entorno**

V.F.D, vive en el asilo desde hace 1 año, fue rescatada de las calles.

su estructura es de dos niveles, distribuidos de la siguiente manera en la planta baja se encuentran las oficinas y la cocina en el segundo nivel se encuentran los dormitorios, al comedor, una sala de descanso un área para ejercicios y el consultorio. Cabe mencionar los dormitorios están divididos en área de hombres y mujeres.

El médico que los atiende es un médico particular que brinda atención gratuita, las personas encargadas del cuidado de los adultos mayores son la religiosas, ellas están las 24 horas al cuidado de los adultos mayores que viven en este asilo.

Sus redes de apoyo solo son los donativos que las personas de la caridad aportan.

***1.- Patrón Percepción Manejo De La Salud***

La señora no recuerda mucho de su pasado, tiene todas sus vacunas, no padece ninguna alergia, nunca ha estado hospitalizada, en la actualidad padece de hipertensión arterial sistémica (HAS), enfermedad de párkinson y conjuntivitis. La religiosa B.C.S nos comenta que se lava los dientes 1 vez al día, se baña cada tercer día, y se corta las uñas una vez a la semana.

***2.- PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO***

difícilmente mastica, come muy lento, toma entre un litro o litro y medio de agua, no tiene problemas digestivos, no utiliza prótesis y tampoco consume suplementos alimenticios.

No refiere problemas de olfato; boca aparentemente sana, no utiliza prótesis, ya no cuenta con todas las piezas dentales, tiene dificultad para masticar y deglutir.

***3.-Patrón Eliminación***

La paciente expresa o comenta que tiene dificultad para ir al baño ya que no tiene mucha movilidad, por lo cual es necesario la utilización de pañal, micciona 2 veces al día, presenta incontinencia, defeca 1 vez al día, sus heces son blandas, no utiliza ningún medicamento como laxantes que ayuden en sus evacuaciones.

***4.-Patrón Actividad Ejercicio***

Realiza ejercicio solo cuando va el equipo de fisioterapia, su movilidad es escasa ya que tiene problemas para realizar actividades, ya no puede caminar subir escaleras ni ir al baño sola sus movimientos son dolorosos. Recibe ayuda para bañarse, asearse, vestirse y moverse en la cama.

El tórax se encuentra simétrico sin presencia de dolor; extremidades superiores e inferiores simétricas con presencia de dolor al movilizarlas.

***5.- Patrón Sueño Descanso***

Duerme por lo menos 12 horas, no acostumbra las siestas, pero utiliza medicamentos para dormir ya que la religiosa nos menciona que si no los consume, no duerme durante la noche.

***6.- Patrón Cognitivo Perceptual***

Se observa un estado de confusión, tiene problemas de orientación en tiempo y espacio pero no en persona, no tiene problemas de audición, lenguaje, tacto y gusto pero si tiene problemas con la vista. No recuerda toda su vida solo algunas cosas, pero no tiene dificultad para aprender.

Aspectos generales: limpio, confuso, desorientado en tiempo y espacio pero no en persona.

***7.- Patrón Autopercepción Auto concepto***

Se siente sola, ya que en el asilo no tiene muchas amistades, pero dice que se siente tranquila ya que las religiosas son las que se preocupan por ella Nunca se ha enojado con algún compañero del asilo. Menciona que su estilo de vida era muy diferente a la actualidad pero dice que este es mejor, a si que no le será difícil adaptarse.

***8.- Patrón Rol Relaciones***

Nunca se casó, su familia solo estaba conformada por sus padres y tres hermanos pero ya todos murieron, no interactúa con las demás personas que están en el asilo ya que ella prefiere estar sola.

***9.- Patrón Sexualidad Reproducción***

No existe ninguna información sobre menopausia, dolor de mamas, V.F.D comenta que nunca tuvo hijos ni abortos.

***10.- Patrón Adaptación Tolerancia Al Estrés***

La religiosa nos comenta que doña V.F.D es muy tranquila no se enoja con facilidad, no consume ningún medicamento para los nervios.

***11.- Patrón Valores Creencias***

Es católica no quiso hablar de sus sentimientos acerca de la vida solo comento que está tranquila porque ya vivió todo lo que tuvo que vivir y que solo quiere estar tranquila en estos momentos.

***Valoración Física***

Desorientada en tiempo y espacio pero no en persona.

. Pulso: 84 x1 Respiraciones 24 x1, la piel y las mucosas se encontraban resecas, la cabeza estaba simétrica, se observa la presencia de golpes o cicatrices en la frente cabello: corto, sedoso, escaso y canoso; frente protuberante sin anomalías; párpados normales; ojos con datos de infección y presencia de secreciones, secos, pupilas dilatadas; nariz alargada, reseca, no refiere problemas de olfato; boca aparentemente sana, no utiliza prótesis, ya no cuenta con todas las piezas dentales, tiene dificultad para masticar y deglutir, presenta secreciones, sin lesiones; cuello alargado sin presencia de inflamación de la cadena ganglionar; oídos pequeños, no utiliza aparatos auditivos, tiene secreciones (cerumen) ; el tórax se encuentra simétrico sin presencia de dolor; extremidades superiores e inferiores simétricas con presencia de dolor al movilizarlas.

***Historia clínica***

La señora tiene todas sus vacunas, no padece ninguna alergia, nunca ha estado hospitalizada, en la actualidad padece de hipertensión (HAS), enfermedad de párkinson y conjuntivitis.

Su medicación consiste en Hipromelosa gotas, Cloranfenicol gotas, Enalapril, Akinectol, Venatol.

Dxs de Enfermería

* Incontinencia urinaria funcional
* Deterioro de la ambulación
* Riesgo de caída

Intervenciones

* Controlar periódicamente la eliminación urinaria.
* Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el aseo.
* Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama.
* Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
* Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.
* Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
* Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
* Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
* Educar al personal sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dicho riesgo.

**Conclusión**

Es muy diferente trabajar con un paciente geriátrico esto es porque las intervenciones tienen que ser con más exactitud, además que estos pacientes son muy difíciles de tratar debido a que algunos se vuelven más explosivos, al principio fue difícil interactuar con la señora con el contacto continuo colabora en el cuidado, la enseñanza del contacto personal con adultos mayores no solo como profesional que les aportarles técnicas y cuidados de salud sino también el verdadero significado del valor del ser humano y la importancia de la actitud, palabras y expresiones que hace la diferencia.

.

**Referencia**

Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. *Clasificacion de resultados de enfermeria* (Cre). Editorial Harcourt Mosby. 4° edición. Madrid, España.

McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria*. Clasificacion de las intervenciones de enfermería*(Nic). Editorial Harcourt Mosby. 5° edición. Madril, España.

NANDA (2009 –2011)*. Diagnostico enfermero.* Editorial Elsevier. 2010 Edición en Español.

Joelle Charrier *El plan de cuidados estandarizados un soporte de diagnóstico de enfermería* Editorial Masson 4° edición España.

McGraw-Hill (2000) *cuidados de enfermería* editorial Luckman 2° Edición en Español

<http://www.who.int/countries/mex/es/> OMS

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/16_Incontinencia.pdf> SSA