



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**EN UN PACIENTE CON ALTERACION EN LOS PROCESOS INTELECTUALES**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y**  
**OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**MARIA ISABEL GUERRERO VAZQUEZ**

**CUENTA 404117395**

**DIRECTOR DEL TRABAJO**

**MTRO. JULIO HERNANDEZ FALCON**

**México D.F. Septiembre 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
3. Antecedentes. ....	4
4. Proceso de Atención de Enfermería.....	5
5. Teoría de Virginia Henderson.....	6
6. Necesidades Humanas Básicas.....	9
7. Definición de Enfermería.....	10
8. Teoría de las Necesidades.....	11
9. Valoración.....	14
10. Diagnostico de Enfermería.....	18
11. Planeación.....	20
a) Jerarquización de Necesidades.....	20
b) Objetivos centrados en el cliente.....	23
c) Actividades o Estrategias.....	24
12. Ejecución del Cuidado.....	25
a) Revaloración.....	25
b) Intervenciones.....	26
c) Registro de Observaciones.....	29
13. Evaluación.....	31
14. Comentario final.....	32
15. Bibliografía.....	34
17. Anexos.....	35

## **Introducción**

El presente proceso esta basado en la teoría de Virginia Henderson, la cual se describirá brevemente, esta es considerada de gran apoyo para la detección de los problemas reales y potenciales de la persona; y con ello brindar a él y a su familia una atención holística e individualizada, siendo este uno de los principales objetivos del cuidado de enfermería.

Se abordan las acciones de cuidado a realizar por la enfermera en unos de los campos de atención, la del adulto mayor en el primer nivel de atención. Se seleccionó un adulto mayor, por ser este un grupo de riesgo cada vez más numeroso, al cual se le debe prestar especial atención, con el objeto de lograr un envejecimiento pleno.

En el presente estudio se describirán los conceptos básicos del proceso de atención de enfermería; así mismo se especificaran las fases del cuidado y los resultados alcanzados en un paciente con diagnóstico médico de Enfermedad de Alzheimer, que en la mayoría de sus actividades de la vida diaria, son dependientes de su familia; y al ser esta enfermedad crónica y degenerativa limita a la persona llevar una vida plena.

## Objetivos

### General:

Aplicar el proceso de cuidado Enfermero en la atención de las necesidades de un paciente con diagnóstico médico de Enfermedad de Alzheimer.

### Específicos:

- Realizar la valoración integral de las necesidades del paciente.
- Establecer los principales diagnósticos de enfermería que guíen la atención.
- Establecer estrategias de intervención y cuidado; independiente y colaborativo.
- Realizar seguimiento y evaluación de las intervenciones.
- Orientar al cliente y a su familia sobre el proceso de la enfermedad para evitar el maltrato físico y psicológico del cliente.
- Estimular las capacidades intelectuales y motoras del cliente limitando así el daño.
- Optimizar las redes de apoyo de la familia para mejorar las condiciones físicas y psicológicas del cliente.

## **Antecedentes**

La historia de los cuidados se perfila desde el nacimiento de la vida, desde el surgimiento del Homo Sapiens, ya que había actos que la mujer y el hombre solían hacer, esto era innato del hombre para su supervivencia.

A lo largo de la historia de la humanidad, hubo quienes estaban encargados de proporcionar los cuidados, al principio los chamanes o matronas realizaban ritos para la conservación de la salud, después la religión, en la cual el sacerdote tenía como objeto salvar el alma de los enfermos y de aquellos que prestaban cuidados básicos por medio de conocimientos empíricos con los que se contaba. Durante el siglo XIX, surgieron los médicos, quienes determinaban las causas de la muerte con bases científicas, pero los cuidados que ellos brindaban eran muy limitados, ya que estaban dirigidos únicamente para las clases sociales del medio urbano.

Durante el mismo siglo Florence Nightingale, fue la primera enfermera que trató de describir la palabra cuidador en su escrito "notas de enfermería", pues ya desde principios del siglo XX hasta finales de los años 60's se creía que el papel de la mujer era como enfermera auxiliar del médico, teniendo como objetivo principal, el cuidado.

## **Proceso de Atención de Enfermería**

Es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, que son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnóstico:** es un enunciado que describe, diagnostica y trata las repuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.
- **Planificación:** se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- **Ejecución:** es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

## **TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**

### **Conceptualización del Cuidado**

“Es un conjunto de acciones, y de todo aquello que pueda contribuir a mantener, conservar y continuar el desarrollo de la vida, para satisfacer todas aquellas necesidades indispensables que llevan a la independencia del individuo, además de tratar de compensar todas aquellas alteraciones causadas por enfermedad y que pueden exponer la homeostasis del organismo”.<sup>1</sup>

Actualmente el cuidado que otorga el profesional de enfermería se basa en conocimientos y habilidades que se han adquirido a través de los años y a los avances que se han tenido tanto en investigación como en tecnología. De tal forma que la esencia de enfermería es el cuidado, abordando al individuo como un ser integral que incluye sus aspectos físicos, biológicos, psicológicos, económicos, sociales y espirituales, ya que estos factores influyen su salud y en su independencia.

### **Metaparadigma**

Los cuidados que otorga enfermería se basan en la identificación del estado de salud y en las necesidades que requieren ser satisfechas por el individuo. Esto se obtiene mediante la interacción que existe entre la enfermera y el cliente. También se basan en la delimitación del campo de acción de la profesión para que el cuidado se centre en la persona, en su entorno, en su salud y en la participación

que enfermería tenga para mejorar las condiciones del estado de salud del individuo, los cuatro conceptos antes mencionados integran el paradigma de enfermería.

Para tener más claro el significado del paradigma se propone la siguiente definición, “es una forma de explicar, identificar y delimitar el campo de estudio de la profesión, teniendo como objetivo el otorgar cuidados de enfermería, determinando su ejercicio sobre la persona que recibe los cuidados, el entorno en que desarrolla, la salud en el momento del contacto y las acciones de enfermería.

### **Conceptualización de Enfermería**

Para Virginia Henderson enfermería se define como: “la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que se realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Y hacer lo anterior de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Henderson en su concepto, enfatiza que enfermería debe abarcar tanto el campo de prevención como el de atención, pues ambos tienen como objetivo la salud y la independencia dentro del aspecto biopsicosocial, ya que abarca al individuo sano o enfermo, y de no ser posible la recuperación del daño fisiológico, el aspecto psicológico de la persona.

También se hace hincapié en la promoción de la salud por medio de la educación de la población y esta pueda ser capaz de autocuidarse por medio de los conocimientos que adquiriera para mantener un estado de salud óptimo.

Así mismo, los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería, los define Henderson de la siguiente manera:

**Salud:** considera a la salud en la función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción de la misma.

**Entorno:** es el conjunto de todas las condiciones e influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

**Persona:** considera a un paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

**Enfermería:** La define como una asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyen a la salud o una muerte tranquila y la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.

## **Necesidades humanas básicas**

Estas necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son:

- 1 - Oxigenación.
- 2 - Nutrición e hidratación.
- 3 - Eliminar de los productos de desecho del organismo.
- 4 - Moverse y mantener una posición adecuada.
- 5 - Sueño y descanso.
- 6 - Seleccionar la vestimenta adecuada.
- 7 - Termorregulación.
- 8 - Mantener la higiene.
- 9 - Evitar los peligros del entorno.
- 10 - Comunicarse con otras personas
- 11 - Vivir según sus valores y creencias.
- 12 - Trabajar y sentirse realizado.
- 13 - Participar en actividades recreativas.
- 14 - Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

## **Definición de Enfermería**

Tomando en cuenta que la esencia de enfermería es el cuidado, la profesión se basa en teorías y modelos que sustentan el proceso de atención de enfermería para brindar una calidad de atención.

El modelo en el cual se basa el presente proceso es en la escuela de las necesidades de Virginia Henderson, ya que ella menciona que se debe apoyar al individuo sano o enfermo a realizar todas aquellas necesidades que no pueden satisfacerse por sí mismos o ayudarlo a tener una muerte tranquila.

Otro de los modelos en el que se basa es en las Relaciones Interpersonales de Peplau, pues la enfermera debe tener conocimiento de su propia conducta para ayudar a los demás, ya que debe ser capaz de identificar y responder a las necesidades no satisfechas por medio de la interacción enfermera-paciente.

Por lo tanto, teniendo como fundamento ambos modelos de enfermería podemos retomar que la profesión debe centrar sus conocimientos en la detección de los problemas reales o potenciales del cliente y así mismo a la satisfacción de estos, basándose en las 14 necesidades básicas que enumera Henderson, tratando con lo anterior que el cliente prevenga, mantenga o recupere su salud e independencia o ayudarlo a tener una muerte tranquila.

## Teoría de las Necesidades

El modelo de Virginia Henderson denominado “escuela de las necesidades”, se originó como una corriente filosófica ya que en aquel entonces el término de teoría aún no se empleaba.

Henderson fue una de las teóricas que incorporaba los aspectos espirituales del cliente a la atención del individuo sano o enfermo. La enfermera trata de asistirlo durante el tiempo que no puede llevar a cabo sus actividades para el logro de su salud mediante la recuperación de la enfermedad, mantener un estado óptimo o una muerte tranquila.

Las 14 necesidades que identifica, tienen una cierta similitud con la jerarquía de las necesidades que requieren ser satisfechas por el individuo dándole cierta jerarquización.

### Descripción de las 14 Necesidades

1. **Respiración:** consiste en la captación de oxígeno y desechar el gas carbónico producto de las células. Los factores que contribuyen a su satisfacción son una buena postura, el ejercicio, la alimentación, el estado emocional, el clima, el ambiente laboral y la vivienda.
2. **Alimentación e Hidratación:** una necesidad que tiene el organismo para tener un buen funcionamiento, el individuo debe de ingerir alimentos en

calidad y cantidad suficientes de acuerdo a su edad, a la actividad física que mantenga, a su estado emocional, a su economía y a los hábitos que tenga.

3. **Eliminación:** se refiere a la eliminación de todo aquello que al organismo ya no le es de utilidad, por medio de la orina, heces fecales, transpiración y espiración pulmonar.
4. **Moverse y mantenerse en buena postura:** es una necesidad que el mismo organismo requiere, ya que permite la eficacia de distintas funciones como la circulación sanguínea. La actividad debe ir de acuerdo con la edad (ya que puede presentar limitaciones), a la actividad laboral y va de acuerdo a la personalidad.
5. **Dormir y descansar:** el individuo debe estar en las mejores condiciones para dormir, el horario debe ser de 8 horas para concluir un ciclo de sueño, con el fin de tener un buen rendimiento.
6. **Vestido:** Esta es una actividad de la vida diaria que permite al individuo sentirse protegido. La ropa debe estar de acuerdo a sus circunstancias, al clima, a la edad, a la talla, pues debe permitir la libertad de movimiento y a la cultura que pertenezca.
7. **Mantener la temperatura corporal:** El organismo es el encargado de mantener la temperatura dentro de los límites normales debido a los centros reguladores en el hipotálamo, que es quien inhibe o aumenta la producción de calor cuando así se requiera.
8. **Higiene:** El aseo es una necesidad que todo individuo requiere con la finalidad de proteger al cuerpo de cualquier microorganismo.

- 9. Evitar peligros:** Todo ser humano posee mecanismos de defensa que ayudan a preservar su integridad física y emocional, protegiéndose de todas aquellas agresiones que provienen de su mismo entorno además de sus propias reacciones.
- 10. Comunicación:** Es un proceso de información que puede ser verbal y que nos permite comunicarnos con los demás seres humanos. En este proceso se ven integrados los órganos de los sentidos, la percepción de los estímulos, el entorno y las emociones.
- 11. Creencias y valores:** Cada individuo es único y por lo tanto diferente a los demás, lo que hace que cada quien tenga sus propios valores y actitudes respecto al entorno que lo rodea y de acuerdo a la cultura en la que se desarrolle.
- 12. Realización:** Para todo individuo es necesario sentirse ocupado, útil, mediante acciones o actividades que le permitan satisfacer sus necesidades a nivel productivo y de recreación. Para lo cual se requiere de autonomía, del rol social que se tenga y de sus capacidades físicas.
- 13. Recreación:** Es una necesidad que todos debemos satisfacer con el fin de liberarnos del estrés y de la rutina, para obtener un descanso físico y psicológico.
- 14. Aprendizaje:** Es una forma de adquirir nuevos conocimientos con el objetivo de mantener un estado óptimo de salud, ya que el medio ambiente en el cual nos desarrollamos se encuentra en constante cambio y requiere de aprendizaje nuevos para mejorar su vida diaria.<sup>3</sup>

## Valoración

En este capítulo se detallara los hallazgos que se encontraron durante la valoración. La fuente fue directa e indirecta (paciente-familia) se aplico el Test Mini Mental para detectar el grado de deterioro cognitivo, así como el test de Katz para calificar las acciones de la vida diaria presentado por el paciente.

Se trata de paciente masculino que cursa con su séptima década de la vida (70 años), pertenece al sexo masculino, casado desde hace 45 años, creyente de la religión católica, curso con licenciatura de derecho, ejerció durante 35 años, es originario del Distrito Federal.

Al momento de la exploración presenta frecuencia respiratoria de 20x' por minuto, movimientos respiratorios simétricos, frecuencia cardiaca de 80 pulsaciones por minuto con un ritmo regular y una amplitud fuerte, su temperatura corporal es de 37 grados centígrados siendo periférica a nivel axilar y tensión arterial corporal de 140/80 mmhg en una posición supina en brazo derecho, su peso es de 52 kilogramos y 1.60 de estatura.

No tiene problemas para respirar, antecedentes de tabaquismo ninguno, no convive con fumadores en su domicilio, no tiene animales domésticos, su domicilio tiene buenas condiciones de iluminación y ventilación, cuenta con todos los servicios, nunca ha presentado enfermedades pulmonares graves.

En la exploración se escuchan campos pulmonares bien ventilados, no se auscultan estertores o sibilancias y presenta un llenado capilar de 2 segundos.

Mantiene una alimentación en calidad y cantidad adecuadas, no toma complementos alimenticios, no presenta problemas para masticar aunque refiere

usar puente dental, menciona que este se mantiene bien ajustado, presenta disminución del apetito por lo que solo come bajo la insistencia de la familia; no es alérgico a ningún medicamento, no presenta problemas para controlar su peso, ingiere 7 vasos de agua al día, entre los horarios de las comida come galletas, pastel o fruta, no presenta problemas digestivos.

Durante la exploración se observan mucosas orales hidratadas, puente removible en óptimas condiciones e higiene, piel semihidratada, no son palpables adenomegalias.

Aproximadamente defeca una vez al día, no presenta problemas de hemorroides, diarrea, estreñimiento, sangrado, no es incontinente fecal, aparentemente no presenta dolor al evacuar, el micciona 6 veces al día, su orina es de color amarillo claro, cabe mencionar que ha tenido accidentes ocasionales de incontinencia. A la exploración se observa ligera distensión abdominal, no hay dolor a la palpación y tiene un Giordano negativo.

Su capacidad de levantarse, sentarse y caminar no le limita el movimiento a pesar de lo anterior permanece la mayor tiempo sentado leyendo, viendo televisión o durmiendo, y si sale solo es acompañado, el tronco tiende a hacer propulsión, durante el último año ha tenido dos caídas (al tropezar con la alfombra de su habitación) sin complicaciones. Se observa una postura con tendencia hacia delante, sus pasos son continuos y simétricos, su marcha es estable.

Presenta insomnio intermitente, por lo que duerme en el día. Se observas ojeras, bostezo, se observa dinámico, participativo.

Se baña diariamente pero obligado por la esposa, su cambio de ropa es diario, se lava los dientes una vez al día, su lavado de manos lo realiza antes de cada comida y después de ir al baño ante la insistencia de la familia.

Presenta presbicia que es corregida con el uso de anteojos, aunque comúnmente no los usa, en su casa hay factores de riesgo de caídas por tener piso resbaloso, el baño sin piso antiderrapante, alfombra a las entrada de las recamaras sin protección, además de la pérdida de la memoria reciente ocasional por lo que puede presentar desorientación espacial. Su capacidad auditiva aún esta conservada.

Vive con su hermana, cuñado y sobrina, se observa que mantienen una buena relación, el riesgo de maltrato es mínimo por el momento. La comunicación se ha visto limitada debido a los cambios propios de la demencia, refiriendo cambio en el significado de las cosas por lo que en muchos momentos no encuentra las palabras correctas, tiene problemas con la memoria a corto plazo.

Cuenta con mucho tiempo libre, con el cual no hace ninguna actividad. Su estado de salud ha modificado sus actividades de la vida diaria, volviéndose semi-independiente para la realización de estas, así como para actividades instrumentales como contestar el teléfono, preparar los alimentos y participar en el cuidado de la casa. Tiene conciencia de enfermedad y aún así tiene que contar con el apoyo de la familia para la toma de sus medicamentos, su familia desconoce la enfermedad y solo siguen indicaciones médicas, empiezan a desesperarse con las reacciones ambivalentes que el paciente presenta como agresividad o aislamiento extremo. No le interesa continuar realizando alguna actividad prefiere seguir en casa. No asiste a la iglesia pero lee la Biblia cada día.

El paciente se encuentra en el estadio inicial de la enfermedad por presentar deterioro de la memoria reciente, actitud pasiva, lentitud e irritabilidad, así mismo disminución de la fluidez verbal.

## Diagnósticos de Enfermería

A continuación se detallaran los diagnósticos enfermeros que se obtuvieron de acuerdo a la valoración y las necesidades de los pacientes. Los diagnósticos están basados en los hallazgos encontrados durante la entrevista, los pacientes con deterioro cognitivo deben ser sometidos a una valoración detallada. Estos se desarrollaran de acuerdo a los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA

Diagnósticos:

1. Alteración de eliminación urinaria relacionado con la disminución de la capacidad vesical e irritación de la vejiga manifestado por incontinencia urinaria ocasional.
2. Alteración del patrón de sueño relacionado cambios en el ritmo circadiano manifestado por dificultad para concilia el sueño, sueño interrumpido y deambulación nocturna.
3. Déficit del autocuidado en la higiene, relacionado con la deficiencia cognitiva presentada manifestado por la incapacidad a bañarse o lavarse una parte del cuerpo.
4. Riesgo de caída relacionado con presencia de riesgos en el hogar.
5. Deterioro de la comunicación relacionado con un la perdida de la memoria reciente manifestado por problemas para encontrar las palabras correctas.
6. Trastorno de la movilidad física relacionada con la agilidad motora o debilidad muscular manifestada por rechazo o desgano a moverse.

7. Alteración de los procesos familiares relacionado con la alteración de rutinas familiares debido a tratamientos que necesitan dedicar mucho tiempo manifestado por no busca o no acepta la ayuda oportuna.

## Planeación.

En el presenta capitulo se planearan las acciones y cuidados a aplicar con el paciente basado en la jerarquización de las necesidades, se describirán las acciones prioritarias de dichas necesidades y los objetivos centrados en el Cliente, así mismo se formularan las actividades o estrategias a desarrollar.

### a) Jerarquización de Necesidades

Se clasificaron para este estudio las necesidades de acuerdo a las capacidades del paciente y a los conocimientos de la familia sobre la enfermedad a si como a la participación de la familia en los cuidados proporcionados al paciente.

<b>Necesidad</b>	<b>Independiente (I), Parcialmente dependiente (PD), Dependiente (D)</b>
<b>1. Oxigenación</b>	<b>(I) Mantiene buena ventilación, movimientos torácicos simétricos, fosas nasales con aleteo adecuado, presenta buena coloración de tegumentos.</b>
<b>2. Nutrición e hidratación</b>	<b>(PD) Las comidas las lleva a cabo en casa, el no cocina y tienen que insistirle para comer, no tiene voluntad para realizarlo por si solo, su alimentación es buena en cantidad y calidad.</b>
<b>3. Eliminación</b>	<b>(PD) Requiere apoyo educacional en cuanto ha ejercicios vesicales debido a que ha presentado incontinencia urinaria ocasional.</b>

4. Moverse y mantener una buena postura	(D) Solo camina si alguien lo acompaña por falta de voluntad para realizarlo; a pesar de lo anterior camina 3 veces a la semana. Mantiene una buena postura.
5. Descanso y sueño	(I)Presenta insomnio intermitente, requiere apoyo educacional sobre higiene del sueño.
6. Uso de prendas de vestir de acuerdo a su edad	(I) El decide que ropa utilizara, se viste y se desviste solo y, su vestimenta es adecuada y cómoda de acuerdo a cada época del año
7.Termorregulación	(I) Su temperatura es adecuada para la época del año.
8. Necesidades de higiene y protección de la piel	(PD) Su aseo es obligado y ha insistencia de la familia por falta de voluntad del cliente. El lavado de manos lo realiza después de ir al baño y antes de comer.
9. Necesidad de evitar el peligro	(I) falta de conocimientos sobre las medidas de seguridad mínimas necesarios que deben llevarse en el hogar.
10. Necesidad de comunicarse	(PD) Inadecuada con los integrantes de la familia por no poder expresar claramente sus ideas y presentar alteraciones de la memoria a corto plazo.

<p><b>11. Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores</b></p>	<p><b>(I) Se mantiene firmemente en sus creencias y valores, no va a la iglesia pero lee diariamente la Biblia.</b></p>
<p><b>12. Necesidad de trabajar y realizarse</b></p>	<p><b>(D) Ya no trabaja y su manutención la llevan a cabo su esposa e hija. Situación que le frustra y mortifica, por perdida de su rol en la familia.</b></p>
<p><b>13. Necesidad de guiar y participar en actividades recreativas</b></p>	<p><b>(D) Ya no participa abiertamente en las actividades dentro y fuera de casa por falta de voluntad al realizarlas.</b></p>
<p><b>14.Necesidad de aprendizaje</b></p>	<p><b>(PD) Logro su objetivo profesional al ejercer libremente su profesión, no tiene interés de seguir estudiando</b></p>

**b) Objetivos centrados en el paciente.**

- 1 El paciente manifestara continencia de la orina durante 24 horas por medio de ejercicios vesicales como mínimo en dos semanas.
- 2 Coadyuvar a que el paciente mejore su ciclo del sueño por medio de educación sobre higiene del sueño y técnicas de relajación en aproximadamente dos semanas.
- 3 Realizar educación sanitaria así como la importancia de tener hábitos higiénicos óptimos para mejorar la calidad de vida del cliente en por lo menos en dos semanas.
- 4 Garantizar la seguridad del paciente por medio de aplicar medidas de protección en el hogar de manera inmediata
- 5 Establecer una comunicación verbal y no verbal eficaz por medio de enseñar a la familia a comprender sus necesidades a medida que aumenta el deterioro por medio de las técnicas verbales en dos semanas.
- 6 Establecer programas de ejercicios y caminatas continuas para mantener la movilidad de este por tiempo indefinido.
- 7 Coadyuvar a que la familia busque ayuda en las redes de apoyo adecuadas que ayuden al bienestar del paciente.

### **c) Actividades o estrategias.**

1. Atención a la regularización del funcionamiento intestinal teniendo presentes los cambios fisiológicos de la edad.
2. Mantener al paciente en actividad vespertina para ayudar al descanso nocturno. Enseñar técnicas de relajación y de medios naturales que produzcan sueño, como la aromaterapia, o musicoterapia.
3. Se orientara sobre la importancia del baño diario y el cuidado de la piel, para evitar lesiones o infecciones.
4. Se enseñaran a la familia medidas de autoprotección para aplicar con el paciente en el hogar (como una buena iluminación en su recamara y pasillos, barandales en el baño, piso antiderrapantes, cintas antiderrapantes en escaleras etc.)
5. Hacer hincapié con el usuario que debe comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, como expresar deseos y opiniones a la familia, amigos, etc.
6. Establecer en conjunto con la familia horarios y rutinas de ejercicios para mantener al paciente en movimiento así como integrarlo a las actividades de la vida diarias, como en su autocuidado y lo relacionado al cuidado del hogar.
7. Proporcionar a la familia las redes de apoyo existentes para el cuidado y manejo del paciente (casas de descanso, la búsqueda de un cuidador externo).

## EJECUCION DE LOS CUIDADOS

En este capítulo se abordarán la descripción de los cuidados planeados, tanto con el paciente como con la familia, de acuerdo al estadio de la enfermedad en la que se encuentra el paciente.

### a) Revaloración.

1. El cliente permanece solo en su casa la mayor parte del día lo cual limita que se lleve a cabo el control vesical
2. El paciente no presenta limitantes para realizar las recomendaciones sobre higiene del sueño por lo que estas solo deberán ser supervisadas por la familia
3. El cliente no cuenta con limitaciones para su aseo personal solo presenta falta de motivación y seguridad para realizar esta actividad.
4. La familia no se compromete a aplicar las medidas de seguridad recomendadas argumentando problemas económicos.
5. El cliente mantiene buena relación con familiares y amigos, pero esta se puede ver deteriorada por la por problemas de comunicación por el deterioro cognitivo presentado.
6. El paciente presenta resistencia a llevar a cabo el programa de ejercicios manifestando poco interés a realizarlo.
7. La familia no se compromete a recibir la información argumentando falta de tiempo.

## **b) Intervenciones.**

Recomendaciones:

➤ La siguiente intervención esta basada en el diagnostico 1.

1. Indicar a la familia mantener atención a la regularización del funcionamiento intestinal teniendo presentes los cambios fisiológicos de la edad.
2. Enseñarles que la ingestión de alimentos ricos en fibras es recomendable para una buena digestión y desaconsejar grasas y picantes.
3. Recomendar a la familia la importancia de la vigilancia en la regularidad de las micciones.

➤ La siguiente intervención tiene su origen en el diagnostico 2

1. Mantener rutinas del horario para dormir
2. Animar a la persona a tener actividad en el día y limitar las siestas en el día
3. Recomendar la no utilización de medicación hipnótica y disminuir la ingesta de cafeína durante la noche.
4. Procurar el uso de prendas adecuadas y confortables.
5. Mantener la recamara con la luz lo más tenue posible, sin televisiones ni ruidos.
6. Mantener la temperatura ambiental evitando las temperaturas extremas.
7. Recomendar la micción antes de acostarse.

➤ Intervención indicada en el diagnóstico número 3.

1. Tener calma al momento de pedirle que se duche. Recordarles que la ducha debe ser placentero.
2. La regadera y tina deben tener tapetes antiderrapantes para evitar accidentes y proporcionarle seguridad al cliente.
3. Permitir que la persona se maneje sola y mantener la privacidad y autonomía necesarias para proporcionar la confianza suficiente para realizar esta actividad de autocuidado.
4. Ofrecer opciones y preguntar preferencias, animar la independencia y la participación, así como elogiar logros.
5. Los utensilios de higiene personal deberán tener un diseño especial para los ancianos.
6. Control periódico del estado de la piel, arreglo de las uñas y detectar a tiempo problemas en esta. Se recomendará el uso de cremas hidratantes y lociones para evitar la sequedad cutánea.

➤ Se basa en el diagnóstico 4.

1. Educar a la familia sobre las medidas de seguridad que deberán llevarse a cabo en el hogar para protección del paciente y de los mismos integrantes de esta.
2. Algunas de las medidas básicas recomendadas son el uso de tapetes antiderrapantes en el baño, usar una luz tenue en el pasillo cerca de la

recamara del paciente, tiras antiderrapantes en escaleras, protectores en las recamaras en donde haya alfombras.

➤ En diagnostico numero 5 se recomienda:

A la familia

1. Es importante informar primero a la familia utilizar un tono de voz normal y hablar sin prisas utilizando una voz suave.
2. Reducir las distracciones externas
3. Utilizar órdenes e instrucciones sencillas que tengan un solo contenido.
4. Escuchar a la persona con calma y sin interrupciones.
5. No hacer creer a la persona que se le entendió cuando no es así.

Al paciente

1. Recomendarle que se tome el tiempo suficiente para expresar sus deseos y sentimientos.
2. Si la persona no comprende motivarla a preguntar.
3. Si la persona prefiere expresar lo que piensa por escrito invitarlo a realizarlo

➤ Basado en el diagnostico numero 6.

1. Recomendar que el paciente no permanezca sentado durante largos periodos de tiempo.
2. Mantener al paciente en movimiento como realizar caminatas de por lo menos 30 minutos diarios en compañía de un familiar.

3. Incorporarlo a las actividades diarias de la vida.
4. Inscribirlo un club de adultos mayores en donde realiza actividades lúdicas y ejercicio.

➤ En cuanto al diagnostico numero 7:

1. Coadyuvar a que la familia a tener una perspectiva realista proporcionando información exacta con respecto al problema presentado por el paciente y respondiendo en lo posible todas sus dudas.
2. Ayudar a la familia a reorganizar los roles en el hogar y establecer prioridades para mantener su integridad.
3. Integrar a la familia en el cuidado del paciente de acuerdo a sus tiempos.
4. Animar a la familia a contratar a una persona que se encargue del cuidado del paciente.

**c) Registro de observaciones.**

- Obtuvo la capacidad suficiente de eliminación urinaria, fecal y de transpiración. Los hábitos eliminatorios e higiénicos se mantendrán para evitar infecciones. Se reforzara estas actividades con la familia motivando su participación activa en estas acciones.
- El cliente durmió de forma regular y con sueño reparador. Se mantuvo activo durante el día lo que facilito el descanso nocturno. Ingirió alimentos suficientes para mantener su energía y sueño continuo. La familia no ha mantenido la vigilancia necesaria en la micción antes de dormir para tal efecto. Se mantendrá la orientación en este aspecto.

- El paciente fue capaz de realizar su aseo personal. Mantiene interés en el cuidado de su piel, cabello y uñas. Elige vestido y calzado adecuados a su aspecto físico, la familia se comprometió a observar que así sea.
- La familia tomo las medidas de autoprotección básicas sugeridas como poner las tiras antiderrapantes en escaleras y tapetes antiderrapantes en el baño. Así como poner una luz tenue en cerca de la recamara del paciente que le permitirá moverse de forma segura en su entorno.
- La familia incorporo al paciente en las conversaciones familiares y lo motivo a realizar comentarios al respecto. El paciente aún presenta dificultades para comunicarse pero lo realiza con la escucha atenta de la familia, hay frustración y desesperanza en ellos pero ha disminuido la ansiedad presentada. Se motiva a mantener esta actitud de forma paulatina.
- La sobrina del paciente sale a realizar caminatas con el, pero de manera irregular, se mantendrá vigilancia y visitas continuas para que se continúe esta rutina.
- La familia opto por continuar con el cuidado del paciente por ellos y mayor compromiso con este, manifestaron su miedo y su desconcierto a la problemática del paciente continuaran con la aplicación de las acciones implementadas dentro de sus posibilidades.

## **Evaluación.**

En este capítulo se detallarán la evaluación del proceso enfermero y de cada una de sus etapas, la cual se realizó por medio de la observación de la realización de las acciones recomendadas a la familia y de la educación para la salud impartida a estos y al paciente.

**Valoración:** La valoración se realizó por medio de una entrevista al paciente y familiares, también por medio de la observación del medio en donde vive y la aplicación de un test para detectar grado de deterioro cognitivo. Durante la aplicación del test Mini Mental los familiares corregían al paciente diciéndole la respuesta correcta por lo que se tuvo que volver aplicar 3 semanas después, se aplicó el Test de Katz para valorar las actividades de la vida diaria, obteniéndose un puntaje bajo considerando que por lo observado que es por falta de interés y motivación del paciente. Se tuvieron algunas complicaciones debido a que la familia no conocía muchos datos con respecto al paciente debido a que trabajan y estudian gran parte del día, el paciente debido a sus problemas de memoria a corto plazo olvida muchos datos de lo que realizó en el día.

**Planeación:** la planeación se basó en los datos obtenidos durante la entrevista al paciente y los hallazgos encontrados dentro de su ambiente haciendo hincapié en las necesidades propias del cliente se realizaron bajo los criterios diagnósticos de la NANDA. En cuanto a esta se presentaron algunos inconvenientes debido a que la familia contaba con poco tiempo y poco interés para presentarse a las asesorías

que se planearon para ellos y querían estar siempre presentes en el momento que se planeaba platicar y aplicar las enseñanzas con el usuario por lo que costo mucho trabajo empatar tiempos.

**Ejecución:** en cuanto a la ejecución era difícil mantener la atención del usuario y la familia interfería en la atención de este, por lo tanto no se podía trabajar de manera ordenada con el. La familia siempre manifestaba que no tenían tiempo de estar trabajando con el paciente en tareas que se les asignaba por lo tanto se les recomendó llevarlo a una casa de descanso para el. Así mismo designar un cuidador que fuera parte de la familia o bien externo y se les explico la importancia de esto para limitar lo más posible el deterioro progresivo de este. Se explica las posibles complicaciones que se presentaran durante la progresión de la enfermedad y la manera en como aplicar las acciones determinadas detendrá la progresión de la enfermedad coadyuvando esto con la ayuda de la farmacoterapia.

## COMENTARIO FINAL

La geriatría es un campo de la salud, área que requiere de personal profesional calificado para poder brindar una atención de calidad de manera holística.

Como profesional de enfermería me siento satisfecha de haber aplicado el proceso enfermero en un paciente con un diagnóstico médico de Deterioro Cognitivo Leve el cual es una de las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor con la que se trabaja.

De tal forma aplicando el proceso enfermero guiado con la teoría de Virginia Henderson, aprendí a valorar de manera objetiva al paciente, así mismo brindarle los cuidados que se requiere para la satisfacción de sus necesidades y las de su familia.

Lo más importante fue el contacto que se mantuvo con el paciente y su familia porque se coadyuva a disminuir el deterioro progresivo de la enfermedad lo cual fue enriquecedor, con lo que se retroalimentó el aprendizaje que se podrá aplicar en procesos futuros.

## BIBLIOGRAFIA

- G. WAXMAN Stephen. Neuroanatomía Correlativa. Edit. Manual Moderno. 19 de Abril 2002
- MARTINEZ Arronte Felipe. Tópicos de Gerontología. FES Zaragoza, UNAM. Mayo 2001
- L. KAPLAN Harold. Sinopsis de Psiquiatría. Edit. Panamericana. Julio 2001
- Alzheimer Insights, Volumen 2 N° 1, 2002 Pagina 1 a 11
- ARANGO Lasprilla Juan Carlos. Las Demencias Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento. Edit. Manual Moderno. Volumen 2. 2002
- JUALL Carpenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Edit Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA. 2002
- SMITH James, P. Virginia Henderson; Los primeros 90 años. Ed. Masson S.A. España, 1996

## ANEXOS

### **Deterioro cognitivo leve**

Entre el estado de funciones cognitivas normales y demencia en el estadio inicial existe una zona gris denominada deterioro cognitivo leve. El normal rendimiento en actividades de la vida diaria es, quizás, la mayor distinción entre deterioro cognitivo leve y demencia. Es importante señalar que el criterio para deterioro cognitivo leve debe ser considerado tentativo en este momento. Es un término emergente que abarca el estado clínico entre el anciano normal y la demencia. Podría ser un estado óptimo para tratar al paciente, dependiendo de los criterios utilizados en diferentes estudios. Entre el 19 y el 50% de los pacientes con deterioro cognitivo leve progresan a la demencia (usualmente a la enfermedad de Alzheimer) en 3 años.

Los criterios diagnósticos para deterioro cognitivo leve son:

- (a) trastornos de memoria corroborados por el familiar o informante
- (b) evidencia objetiva de deterioro en la memoria reciente para la edad y nivel educacional en la evaluación neuropsicológica
- (c) normal rendimiento en actividades de la vida diaria
- (d) otras funciones cognitivas –no memoria- normales;
- (e) ausencia de criterios para el diagnóstico de demencia.

La presencia de depresión puede ser un factor pronóstico importante en pacientes con deterioro cognitivo leve. Debido a la heterogeneidad, es apropiado interpretar

el término deterioro cognitivo leve como un síndrome general, similar al término demencia.

Recientemente se han descrito otros tipos de deterioro cognitivo leve restringido a una esfera en particular y con memoria intacta. Estos individuos podrían evolucionar a otros tipos de demencias que no sea Alzheimer. En síntesis, aún existe controversia acerca de la caracterización, implementación y definición del deterioro cognitivo leve.

## Mini-Mental State Examination (MMSE)

### ORIENTACIÓN

¿En qué número y día de la semana, mes, año y estación estamos?		5
¿Dónde está Ud. ahora? (lugar, hospital, ciudad, provincia, país).		5

### REGISTRO

Nombrar tres objetos lentamente. EJ: casa, zapato, papel.		3
---	--	---

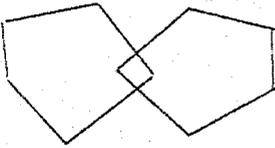
### ATENCIÓN Y CALCULO

Múltiplos de siete de atrás hacia delante:	93	86	79	72	65			5
Deletrear de atrás hacia delante la palabra mundo.								

### MEMORIA

Repetir los objetos nombrados anteriormente (casa, zapato, papel).		3
--	--	---

### LENGUAJE

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres		2
Repetir: tres perros en un trigal.		1
Indicar: Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo.		3
Lea y obedezca lo siguiente: -CIERRE LOS OJOS-		1
Escriba una oración.		1
Copie este dibujo		1
		
<b>Puntuación total:</b>		<b>30</b>

# ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A

30

## BAÑO/LAVADO:

*Independiente.* Necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo.

*Dependiente.* Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera.

## VESTIDO:

*Independiente.* Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos.

*Dependiente.* No se viste solo o lo hace de forma incompleta.

## USO DEL RETRETE:

*Independiente.* No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche.

*Dependiente.* Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.

## MOVILIZACIÓN (CAMA/SILLÓN)

*Independiente.* No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede utilizar ayudas mecánicas, como un bastón).

*Dependiente.* Requiere alguna ayuda para una u otra acción.

## CONTINENCIA:

*Independiente.* Control completo de la micción y de la defecación.

*Dependiente.* Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado de orinal y/o cuña.

## ALIMENTACIÓN:

*Independiente.* Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda.

*Dependiente.* Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a través de una sonda.

Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

Clasificación:

- A. Independiente en todas las actividades.
- B. Independiente en todas las actividades, salvo en una.
- C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más.
- D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más.
- E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más.
- F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más.
- G. Dependiente en todas las actividades.