



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON CONFUSIÓN
CRÓNICA RELACIONADA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MANIFESTADO POR DETERIORO DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO Y
DETERIORO COGNITIVO PROGRESIVO.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ANA MARIA HERNÁNDEZ PÉREZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ

México, D. F. 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** por permitirme terminar una etapa de mi vida satisfactoriamente con los aprendizajes obtenidos para brindar los cuidados necesarios al ser humano que lo requiera.

A **MIS PADRES** por el apoyo brindado y cariño durante mi formación académica y personal. Por estar a mi lado y confiar en que lo podía lograr. Así como su apoyo económico y moral.

A **MI HIJA DULCE WENDOLLINE** por haber sido parte fundamental y el pilar de mi carrera, por ser quien me daba los alientos necesarios para conseguir un mejor futuro para ambas y por haber estado alejada de ella para lograrlo.

A **MIS HERMANOS Y HERMANA** que me brindaron su apoyo, amor y confianza para lograr mi carrera profesional.

A **MIS PROFESORES Y AMIGOS** que me brindaron sus conocimientos, experiencias y aportaciones para lograr mi objetivo como Enfermera, en especial a la **Lic. Silvia Vega Hernández** por su asesoría y confianza en este proyecto.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	JUSTIFICACIÓN.....	7
III.	OBJETIVOS.....	9
IV.	MARCO TEÓRICO.....	10
	4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR.....	10
	4.2 SIGNIFICADO HISTÓRICO DEL CUIDADO.....	16
	4.2.1 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	23
	4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	26
	4.3.1 Concepto.....	26
	4.3.2 Tipos de teorías.....	26
	4.3.3 Clasificación de teorías.....	26
	4.3.4 Importancia de las teorías en la práctica de enfermería.....	27
	4.3.5 Relación de la teoría con el proceso de enfermería.....	27
	4.4 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	28
	4.5 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	33
	4.6 LA PERSONA ADULTO MAYOR.....	41
	4.6.1 Cambios fisiológicos en el adulto mayor.....	42
	4.6.2 Signos de alarma del Adulto Mayor.....	44
	4.6.3 ALZHEIMER.....	46

V.	APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN ADULTO MAYOR CON CONFUSIÓN CRÓNICA RELACIONADA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MANIFESTADO POR DETERIORO DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO Y DETERIORO COGNITIVO PROGRESIVO.....	66
5.1	Presentación del Caso Clínico.....	66
5.2	Resultados de la valoración.....	68
5.3	Priorización de diagnósticos de enfermería.....	69
5.4	Planes de cuidados.....	71
VI.	CONCLUSIONES.....	88
VII.	GLOSARIO.....	90
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93
IX.	ANEXOS.....	95
	Instrumento de Valoración de Virginia Henderson.....	95
	Marco Legal y Normativo relacionado con el Adulto Mayor.....	102
	Bibliografía del Dr. Alois Alzheimer.....	106

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, inicia con la concepción y termina con la muerte, se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma acorde con la actitud ante la vida, como haya vivido, los cuidados que se brindó en etapas previas, ya que no envejece igual quien ha tenido buena salud física y mental.

El envejecer no es un fenómeno aislado, siempre se da en relación con otros que tarde o temprano se verán involucrados en acciones como proporcionar ayuda, compañía, cuidado y orientación, mismas que requieren que quienes las realicen se vuelvan cuidadores, conocedores de lo que es el proceso de envejecimiento, tanto en su parte positiva o saludable, como en su parte disfuncional o patológica.

Es por ello que el cuidado de adultos mayores dependientes y más concretamente con algún tipo de demencia requiere cuidados específicos, que una persona responsable debe otorgar y/o una enfermera debe conocer.

La demencia es un problema de gran magnitud por el deterioro que implica para la persona en diferentes aspectos como es la motricidad, la memoria, la orientación, etc. Este síndrome mental que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento es el resultado, entre otros factores, del aumento de la esperanza de vida al nacer y de la disminución de la mortalidad del grupo de adultos mayores.

Generalmente este padecimiento se incluye en el grupo de las enfermedades neurodegenerativas, del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor y aumenta la tensión de los integrantes de la familia, por lo que se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella.

Si bien se reconoce la implicación que tiene este problema de salud, no sólo para el paciente sino para el cuidador, la familia y la sociedad en general, es frecuente que en la

práctica cotidiana, los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se genera un sinnúmero de cambios.

A pesar de que se acepta el papel del cuidador o enfermera (o) como un respaldo insustituible en el cuidado del anciano dependiente, no se le ha dado la importancia suficiente, pues se ha tendido a considerarle como algo estático y que actúa de forma pasiva. Es por esto que el cuidado que se debe tener en un adulto mayor debe ser planificado, tomando en consideración los diferentes signos y síntomas que puede padecer la persona con demencia.

Con base a lo anterior es importante que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia como parte integrante del equipo multidisciplinario de salud en la atención del adulto mayor, desarrolle un papel fundamental, con la finalidad de lograr un cuidado integral el cual debe ser complementario y no competitivo, es por ello que debe poseer ciertas características: principios éticos de enfermería, liderazgo para actuar como agente de cambio y progreso, actitud de aceptación y respeto por la vejez, habilidad de comunicación y compromiso con el adulto, la familia y la comunidad.

Todo esto a través de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, el cual es una herramienta teórico metodológica que le permite al profesional de enfermería, otorgar un cuidado integral y de calidad así como optar por estrategias eficientes acorde a las necesidades de la persona, para responder de manera eficiente y oportuna a los problemas de salud que presentan los adultos mayores, y promover un plan de atención permanente a nivel domiciliario que fortalezca las redes de apoyo, considerando su entorno sociocultural y económico, así como los recursos existentes dentro de la comunidad con la finalidad de que disfrute una longevidad con calidad de vida.

II. JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad de Alzheimer engloba una de las demencias más frecuentes en el adulto mayor, esta se manifiesta por la pérdida del funcionamiento cognitivo, pensar, recordar y razonar, a tal grado que interfiere con la vida y las actividades diarias de una persona. En México de acuerdo al (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018) se ha incrementado la esperanza de vida al nacimiento 77.2 en mujeres y 71.2 en hombres lo que representa una mayor longevidad, en conjunto con una disminución significativa de la tasa de fecundidad reflejando así un envejecimiento poblacional. Esta transición demográfica en paralelo con los estilos de vida no saludables se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles.

Es importante señalar que de acuerdo a la (Encuesta Nacional de Salud 2012) se calcula que en México existen más de 5 millones de adultos mayores, de los cuales 500 mil viven en estado de dependencia en los cuidados debido a problemas de cognición y demencia.

Este problema requiere de la participación de un grupo multidisciplinario de salud, que le ofrezca al adulto mayor un manejo integral junto con la familia, y todo el que tenga que ver con el enfermo afectado. Mediante el diseño de intervenciones que fortalezcan conductas que incrementen la esperanza de vida autónoma, considerando su entorno sociocultural, y económico así como los recursos existentes dentro de su comunidad.

Por lo que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia realiza un Proceso Atención de Enfermería para el cuidado a los adultos mayores con demencia senil de tipo Alzheimer, el cual tendrá como fin ser un instrumento de cuidados para la atención a pacientes con dicha patología, el cual servirá de guía para los profesionales de enfermería para el diseño y aplicación de intervenciones de acuerdo a las necesidades de cada persona, estas acciones son de vital importancia para el principal cuidador, ya que de él depende la estabilidad del paciente, e impide el desgaste de uso del mismo cuidador. Esto permitirá lograr un resultado de calidad y esperanza de vida óptima y para llegar al bien morir, así como para favorecer el estado anímico y emocional del cuidador y evitar el desgaste propio.

Este trabajo no solo será aplicado por personal de salud, sino que también va dirigido hacia los familiares que ejecutan el rol de cuidador, ya que de ellos dependen que se realicen las intervenciones apropiadas para el manejo del adulto mayor y así contribuir a facilitar las funciones de apoyo de éste. Con base a lo anterior es importante que el cuidador tenga los conocimientos necesarios para la ejecución de las intervenciones, ya que al tener deterioro cognitivo las primeras afecciones mentales serán en el área afectiva presentando cambios en el carácter e irritabilidad que serán más atenuantes ante el familiar. En cuanto al paciente tendrá como finalidad la ejecución por terceros para mantener su calidad de vida.

Es así que el Proceso de Atención de Enfermería presentado resultara de utilidad para las instituciones de Salud dirigidas al cuidado de Adultos Mayores con la Enfermedad de Alzheimer, logrando la estipulación de planes de cuidados y para el aprendizaje y consulta de nuevas generaciones que se interesen en su contenido.

III. OBJETIVOS:

3.1 GENERAL:

Elaborar un proceso atención de enfermería, que le permita a la enfermera valorar e identificar las necesidades que presenta un adulto mayor con confusión crónica relacionada con enfermedad de Alzheimer, con el fin de proporcionar una atención holística y de calidad con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Valorar el estado de salud del paciente, con el fin de identificar sus necesidades, jerarquizarlas y diseñar los diagnósticos de enfermería reales y potenciales.
- Aplicar la metodología para el diseño de Planes de Cuidados estandarizados dirigidos a la atención del paciente con este tipo de alteraciones, que faciliten la toma de decisiones de una manera objetiva, oportuna y así contribuir a mejorar su calidad de vida.
- Establecer un plan de cuidados para la atención domiciliaria, del paciente con confusión crónica relacionada con enfermedad de Alzheimer, con base a sus necesidades con el fin de disminuir factores de riesgo y/o complicaciones por este padecimiento.

IV. MARCO TEÓRICO.

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR:

A través del tiempo, enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy en día su historia nos puede orientar sobre esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia “El cuidado”. Enfermería como actividad ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas (Colliere, 1993).

Por ello, es necesario describir aspectos esenciales a la disciplina de enfermería como el holismo, el respeto y consideración por la individualidad de la persona, y el fomento de la participación y autonomía de individuos, grupos y sociedades en el proceso de satisfacción de sus necesidades. Los cuidados constituyen un fenómeno que trasciende los hechos puntuales y por estar destinados al hombre, deben considerarse como parte del fenómeno humano. Por otro lado, el conocimiento relativo al fenómeno de los cuidados, como todo conocimiento, tiene su dimensión histórica de manera que el pasado está presente en cada persona y en el mundo cultural e institucional que la rodea.

Durante muchos años se ha considerado a Florencia Nightingale (1820-1910) como la iniciadora de la obra y las tareas de las enfermeras ya que durante la Guerra de Crimea organizó y mejoró las instalaciones sanitarias, además de escribir varias obras acerca de estas reformas. Estableció además, las bases de una formación para las enfermeras.

En relación con la función profesional y su desarrollo, surge a partir de los años 50s que le da a la enfermera una identidad propia dentro de las profesionales de la salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de enfermería en la obra de Hildegard Peplau que

tiene por título “Interpersonal Relations in Nursing”; en este mismo año, apareció la revista Nursing Research convirtiéndose en un órgano de difusión en la investigación.

En México, esta preocupación aparece en la década de 1980, que es cuando las enfermeras desarrollan una serie de actividades para constituirse como disciplina científica. Buscan sistematizar su conocimiento empírico para ampliar la concepción del proceso atención de enfermería hacia un diagnóstico de enfermería; abordar el proceso salud- enfermedad de manera distinta al acto médico, lo que significa trabajar en la conformación de un pensamiento profesional propio y ampliar la manera de entenderse así mismas y el objeto de su actividad profesional, así como considerar sus labores más allá de la simple ocupación, elevándolas para alcanzar los niveles de profesión (Cárdenas, 2005)

LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, profesión proviene del latín *professio-onis* acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución.

Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esta disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Marriner, 2008)

La teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como una disciplina académica, sino también para la práctica como enfermería profesional. La American Journal of Nursing estipula que una profesión debe hacer lo siguiente:

- 1.-En su práctica, utilizar un cuerpo bien definido y bien organizado de conocimiento especializado que esté en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
- 2.-Aumentar constantemente el cuerpo de conocimiento que utiliza, y mejorar sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
- 3.-Confiar la formación de sus profesionales a centros de educación superior.
- 4.-Aplicar su cuerpo de conocimientos en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.

5.-Funcionar de manera autónoma para formular estrategias profesionales y por lo tanto, para regular y controlar la actividad profesional.

6.-Atraer a individuos con cualidades intelectuales y personales que enaltezcan el servicio por encima del beneficio personal y que reconozcan la profesión que han escogido como un trabajo de por vida.

7.-Luchar por compensar a sus profesionales, proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica (Marriner, 2008)

Ellis y Hartley, citado por (Burgos, 2002) en 1997 propusieron siete características de las profesiones:

1. Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo. Enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, por lo que se ha logrado con base a éstos, establecer un cuerpo propio de conocimientos, fundamentados en teorías y modelos que son marco de referencia en su actividad profesional. En 1950 se generalizó la idea de establecer un cuerpo propio de conocimientos y el desarrollo de una base científica de enfermería, por lo que en 1952 Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente Orlando en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continúa la necesidad de contar con teorías. Por lo que surgen varias teorías y modelos conceptuales, de diversos autores tales como; King, Roy, Rogers, King, Orem y Newman.

2. Utilización del método científico. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, con el fin de mejorar la atención brindada a las personas. El profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social en su contexto, así como sus características individuales, para realizar una valoración holística que le permita identificar sus necesidades, para lo cual desarrolla un plan de cuidados que le ayude a satisfacer estas necesidades para mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

3. Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional. Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en

1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses. Esta formación de enfermeras sirvió posteriormente de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

En América Latina la formación universitaria en enfermería es relativamente reciente, comenzó a vincularse a las universidades en la década de los treinta del siglo XX. Junto a esto los procesos de formación de enfermeras han estado encaminados a la transmisión de un cuerpo teórico de conocimientos.

4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales. La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional que ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer profesional.

5. Código de ética profesional. El código de conducta en enfermería data desde las Escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. La Comisión Interinstitucional de Enfermería (COIE) coordinada por la Secretaría de Salud público en el 2001 ***“El código ético para las enfermeras y enfermeros en México”***, mismo que contiene disposiciones generales, deberes de las enfermeras para con las personas, como profesionistas, para con sus colegas, para con su profesión y para con la sociedad.

6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención.

7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales, ha realizado grandes esfuerzos por la

profesión en estos puntos. El CIE en una declaración revisada en 2007, establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial.

Con base a lo anterior puede decirse que las características del surgimiento de una profesión son determinantes para que ésta sea reconocida y valorada por una sociedad

LA ENFERMERÍA COMO UNA DISCIPLINA

Una disciplina profesional se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. Enfermería ha superado la dependencia de otras ciencias y fundamentarse en principios de otras, trasladando desarrollos científicos. Ha creado condiciones de desarrollo con base a 4 patrones fundamentales sobre la construcción del conocimiento de enfermería: conocimiento empírico (ciencia de enfermería), conocimiento estético (arte de enfermería), conocimiento moral (ética de enfermería) y conocimiento personal (uso terapéutico de uno mismo). (Esteban, 1994)

Enfermería como disciplina científica, es el conjunto de conocimientos característicos que se desarrollan o deducen partir de una forma particular de ver una situación determinada; desde esta perspectiva; considera los conocimientos científicos y los fundamentos profesionales que incluyen aspectos éticos, bases filosóficas y bases históricas.(Pinto, 2014)

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera, el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

De acuerdo con la autora María Mercedes (Durán, 2000) la disciplina está conformada por dos componentes:

1. La fundamentación profesional: son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de enfermería.

2. La ciencia de Enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería.

Es así que la disciplina enfermera tiene dos rasgos importantes:

Explica. Describe, analiza y confiere referencias ordenadas y sistematizadas al interactuar con otras disciplinas.

Implica. Actúa y procede en el uso de técnicas y aplicando estilo y ética propias. Implica en el desarrollo y sistematización de una práctica, en el diseño de una tecnología al servicio de los conceptos disciplinares y técnicas orientadas a un fin.

Toda disciplina que se construya como ciencia debe pensarse: desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la Ciencia y desde la historia comparada de las ciencias. (Esteban, 1994)

Enfermería como disciplina debe poseer un cuerpo propio de conocimientos que le permiten describir, explicar los fenómenos que ocurren en torno al cuidado a través de métodos de indagación que tienen en cuenta la naturaleza práctica de su acción de cuidar, ha vislumbrado su fundamentación epistemológica, a través de la construcción de teorías que orientan al cuidado, la persona como sujeto de cuidado, el entorno en el que interactúa la persona y la concepción de salud. (Cárdenas, J. y Zarate, G. 2010)

4.2 SIGNIFICADO HISTORICO DEL CUIDADO

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha identificado a la enfermería en función de la actividad de cuidar a los seres humanos, en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas para conservar la vida, asegurando la continuidad de la especie. Cuidado que tiene un profundo componente afectivo, resultado de la condición humana de ser capaz de sentir, emocionarse y experimentar sentimientos. Es importante mencionar que en cuanto al desarrollo histórico del cuidado se parte de la premisa de que el ser humano necesita determinadas condiciones para nacer, crecer, desarrollarse y mantener la especie, más allá de que cada época y cultura visualice la necesidad y la satisfacción en forma particular; lo que hace que pueda afirmarse que la profesión de enfermería ha transitado por cuatro etapas:

- Etapa Domestica
- Etapa Vocacional
- Etapa Técnica
- Etapa Profesional

ETAPA DOMESTICA

El cuidado de enfermería apareció con el hombre; en esta etapa la mujer en cada hogar la encargada del cuidado, cuyo objetivo era mantener la vida frente a las condiciones adversas del medio.

La mujer utilizaba elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.(Martin-Caro, 2007)

Durante la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador. El sanador se mantenía alejado del poblado ya que infundía respeto por la posesión de poderes sobrenaturales. El conocimiento místico de las cosas, da paso al desarrollo de la razón, los cuidados de enfermería son enmarcados en las coordenadas, mágico religiosas, y en el ámbito doméstico con algunas incursiones a nivel institucional. La práctica de los cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuación de la vida.

En la etapa egipcia la asistencia sanitaria fue paralelamente mística y empírica, había dos grupos que se encargaban del cuidado de los enfermos; unos eran los sacerdotes y el otro los médicos técnicos, cuyos conocimientos fueron muy vastos. La posición de la mujer en el Antiguo Egipto era importante, disfrutaba de libertad y dignidad, y ocupaba desde su propia casa una posición de autoridad. Eran ellas quienes atendían los partos y las mujeres que tenían crías eran contratadas para amamantar a recién nacidos durante 6 meses.

En la India, los cuidados estaban asignados a hombres jóvenes que debían poseer conocimientos de cómo prepararse y combinarse los medicamentos, ser astutos, dedicarse al paciente que atendían y tener pureza, tanto mental como del cuerpo.

En las culturas Mexicanas, de América Central y Perú, la posición de la mujer indígena era primordial, tenía autoridad total sobre el hogar. Formaba parte del consejo de mujeres y declaraba la guerra después de que se tomará la decisión. Su papel incluía el cuidado de los niños, la asistencia del parto y algún tipo de participación en el cuidado de los enfermos y los ancianos. (Martin-Caro, 2007)

ETAPA VOCACIONAL

Se llama vocacional ya que se involucra la religión cristiana al Cuidado. Las actividades de cuidar deberían ser obedientes y sumisos; así como actuar en nombre de Dios. Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Las personas dedicadas a la tarea de cuidar acabaron

por ser adiestradas para la docilidad, la pasividad, la humanidad y un desprecio total de sí mismas. (Martin-Caro, 2007)

El criterio individual de la cuidadora y la responsabilidad personal para tomar decisiones, en relación con la atención a los enfermos, fueron olvidados y ajenos a las actividades de cuidar. Los cuidados de enfermería se institucionalizaron basados en un concepto de ayuda que podríamos denominar “Vocacional-Cristiano-Caritativo”, era la mujer, la enfermera consagrada que desempeñaba oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos.

En la Era Cristiana, surgen las congregaciones encargadas del cuidado y trabajo social, entre las que destacaban las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas. Las diaconisas eran mujeres de buena cuna y elevada posición social; su función era dar auxilio a hogares humildes. Las viudas se dedicaban a la asistencia de enfermos y pobres. Las vírgenes se dedicaban a labores eclesiásticas relacionadas a dar caridad. Las matronas atendían a los enfermos y a los pobres menesterosos.

Para Europa Medieval el cuidado de los enfermos de las haciendas estaban a cargo de la esposa del Sr Feudal, quienes estudiaban primeros auxilios y tenían conocimientos de remedios caseros. Existían también los Monjes quienes tenían como función el cuidado de los enfermos.

En el siglo IV con el cristianismo, se generan los primeros hospitales, en donde sobresale el San Basilio de Cesárea; los cuáles eran construidos junto a monasterios, eran eclesiásticos, tenían la finalidad de brindar caridad y misericordia con el pobre y el enfermo. Los hospitales tenían las puertas abiertas para cualquier necesitado. Los principales hospitales creados en esta etapa fueron:

1.-HOTEL DIEU DE LYON: fundado por el Rey Chilberto, donde el cuidado estaba a cargo de mujeres laicas que tenían penitencias o eran viudas. Después ayudaron hombres y se les llamaba sirvientes y después hermanos.

2.-HOTEL DIEU DE PARIS: fundado por el obispo Landerico, el cuidado estaba a cargo de mujeres seglares, y después se funda la orden de las Agustinas, quienes eran hermanas enfermeras. Las hermanas dependían del clero y eran monjas de clausura, donde realizaban actividades de trabajo externo, la administración del hospital, el cuidado de los enfermos y los servicios religiosos. Las tareas de enfermería incluían la admisión y el alta del paciente, la responsabilidad de las cocinas y la lavandería.

3.-HOSPITAL DEL SANTO SPIRITO DE ROMA: dedicado al cuidado de pacientes con enfermedades mentales e infecciosas.

4.-HOSPITAL DE SANTA CATALINA Y SAN BARTOLOME: el cual brinda la enseñanza de enfermería y medicina.

En la Baja Edad Media aumentaron las enfermedades y por ende la necesidad de establecer nuevos tipos de órdenes para la atención a los enfermos. Las personas atraídas por los cuidados seguían procedimientos de niveles intelectuales y sociales elevados. Los hombres tenían ideales militares de disciplina y se introducen a los grupos dedicados a la atención a los enfermos.

En el Mundo Moderno las personas que se incorporaban al cuidado de los enfermos fueron las mujeres de vida alegre, entregadas a la bebida y procedentes de cárceles. El interés de estas mujeres era para asegurar una cama y comida. Los conocimientos y los sentimientos humanos eran nulos.

En España, los hospitales que se fundaron por parte de reyes, sacerdote y grandes señores; los cuales brindaban la atención a todo tipo de personas; los cuidadores que existían eran llamados practicantes hospitalarios de dentistas y cirujanos, enfermeras y sirvientas. Los cuidadores proporcionaban a los enfermos las intervenciones como las que actualmente se ejercen agrupándolas en 3 tipos de tareas:

- 1.-Cuidados de base: destinadas a satisfacer las necesidades básicas de los pacientes.
- 2.-Cuidados técnicos: destinadas a la recolección de muestras para ayudar al diagnóstico y tratamiento, así como en la administración de medicamentos y alimentos.

3.-Gestión: destinadas a actividades de escritura y secretaria, así como el formar e informar al personal.

Los cuidadores eran destinados a los hospitales españoles de acuerdo a la orden en la que estaban inscritos como fueron:

PERSONAL SEGLAR: Las hospitalarias eran mujeres que administraban los cuidados y vigilaban el funcionamiento del hospital. Las sirvientas administraban cuidados antes y durante de forma general. La señora o dona cuidaba de enfermos y niños.

ORDENES RELIGIOSAS: quienes brindaban asistencia a los enfermos leprosos, ayuda a los peregrinos contra las incursiones de los infieles y ayuda a los afectados en las epidemias.

ETAPA TÉCNICA

Para el siglo XIX se da el desarrollo científico y tecnológico aplicado en la atención; por lo tanto se requirió al personal de enfermería para realizar procedimientos básicos como toma de signos Vitales, Curaciones y Administración de Medicamentos. Se le denominaba “mujer enfermera-auxiliar del médico”. La nueva concepción de la enfermería surge como consecuencia de la preocupación de diversos grupos sociales que abogan por el establecimiento de sistemas de cuidados de naturaleza diferentes. (Martin-Caro, 2007)

Los principios de la profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale. Pero la consideración de enfermería como trabajo técnico surgió en el siglo XX. (Martin-Caro, 2007) Florence Nightingale define a la enfermera como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer, es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe.

Más adelante Fliedner y su esposa inician una escuela para diaconisas, que además de realizar las tareas de hogar en el hospital, brindaban cuidados. Para el ingreso al Instituto Kaiserswerth debían tener mínimo 18 años, contar con la carta del ministro de la iglesia confirmando que tenía una buena moral, certificado médico, limitación de dinero; cursar 3

años de formación, formación social de 3 meses a 1 año, enseñanza teórica, rotar por escuelas y hospitales.

En 1863 se funda la Cruz Roja marcando un hito en la organización internacional de la ayuda humanitaria, tanto en tiempos de guerra como de paz. En enfermería supuso la creación de numerosas escuelas.(Martin-Caro, 2007) A fines del siglo XIX en 1899 se constituye el Consejo Internacional de Enfermería, el cual es la primera asociación Internacional de Enfermería y en la actualidad sigue marcando las pautas para la actuación de la profesión.

La enfermería como ocupación técnica llegaría hasta el siglo XX, donde la enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose por la conjunción de los aspectos técnicos y moralistas. Su actuación eran de índole socio-sanitario, donde buscaban la mejora del control de las infecciones por la utilización de métodos de asepsia y antisepsia, erradicar las enfermedades transmisibles, formular diagnósticos médicos basados en la observación de síntomas y la concepción de la salud como ausencia de enfermedad.

La integración de las mujeres seculares en los estudios de enfermería comienza con el proceso de profesionalización, como exigencias para prestar cuidados, la preparación y el título. Así, la enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados, para curar el órgano afectado, centrándose en un modelo biologicista.

ETAPA PROFESIONAL

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Las asociaciones profesionales tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio de alto nivel.

La CIE fue la primera asociación que se interesó por los aspectos teóricos y jurídicos de la Profesión, culminando con el establecimiento del primer Código de Ética para enfermeras

(1953). En 1890 se funda la Asociación Americana de Enfermería (ANA), la cual en 1973 publica los criterios de la práctica profesional. (Martin-Caro, 2007)

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando. Ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermos). (Martin-Caro, 2007) Así como otros campos como la docencia, la gestión y la investigación.

La enfermera actual se define desde 3 aspectos diferentes sociológicos, teórico- filosófico y el ejercicio profesional. El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado.

La enfermería es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas como grupos a mantener o recuperar su bienestar.

El 09 de febrero de 1907 se inaugura la Escuela de enfermería en el Hospital General de México, aprobada por la Dirección General de la Beneficencia Pública, impartiendo educación a mujeres honestas. Brindando la oportunidad de desprenderse del hogar, prepararse y contar con una economía generada por su propio esfuerzo. Debían haber terminado la educación primaria, cursarían la carrera por 3 años, impartiendo clases una vez a la semana, y tener menos de 30 años de edad. En 1911 se realizó la incorporación del plan de estudios a la máxima casa de estudios. (Wynter, 2001)

Por lo anterior, se crean diferentes instituciones para la formación del personal tales como: la Cruz Roja Internacional, la cual tiene escuelas para enfermeras y auxiliares de enfermería.

Para 1524 se crea el Hospital de Jesús donde se imparte la educación a las enfermeras, y que actualmente forma Licenciadas en Enfermería. En 1674 surge el Hospital Militar el cual brinda los estudios de enfermería a señoritas con sistema de internado. Sin embargo el primer Colegio de tipo universitario "Colegio de la Santa Cruz" en 1536 fue fundado para la formación del personal. La casa máxima de estudios de enfermería se estableció en

instalaciones de la Universidad Autónoma de México en 1910, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Es así que el reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica, que quienes la ejercen, puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta. La disciplina de Enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios contruidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildergard Peplau, considerado como la primera Teoría de Enfermería. El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un *ser*, un *saber* y un *quehacer* propio.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población. (NOM-019, 2013)

4.2.1 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Definición

Etimológicamente, cuidado deriva del latín cura, antiguamente en latín se escribía coera, y era utilizada en un contexto de relaciones de amor y de amistad. También se deriva de cogitare-cogitatus-corrompe-coyedar, que significan curar. (Fragoso, 2008)

Cuidar: es un acto de vida, ya que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto individual que uno se da asimismo cuando adquiere autonomía; es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales.(Colliere, 2009)

Cuidado: acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

El cuidado asume una doble función de prevención de daños presentes, de precaución de daños futuros y de regeneración de daños pasados. El cuidado posee ese don: refuerza la vida, atiende las condiciones físico-químicas, ecológicas, sociales y espirituales que permiten la reproducción de la vida, y de su evolución.

Cuando amamos, cuidamos y cuando cuidamos, amamos. Nuestro padre Jesucristo dijo que amor es aceptar al diferente. Por ende para poder cuidar hay que tener empatía hacia el otro y brindar cuidados que favorezcan a la recuperación de éste. (Fragoso, 2008)

NOCION DE CUIDADOS

COSTUMBRE Y HABITUALES (CARE)

Representan a todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, aspectos que interfieren entre sí. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

CURACION (CURE)

Son cuidados que garantizan la continuidad de la vida; son los tratamientos que contribuyen a limitar la enfermedad y mejorar el desarrollo de la vida atacando sus causas.

Dichos cuidados tienen como finalidad que la persona tenga la capacidad para funcionar, es decir actuar por sí mismo para garantizar la respuesta a una necesidad que afecta a su

vida. La funcionalidad puede evaluarse en términos de poder, de poder parcialmente, de no poder hacer alguna cosa. (Colliere, 2009)

- Lo que la persona puede hacer sola
- Lo que la persona puede hacer con ayuda
- Lo que la persona ya no puede hacer

La funcionalidad también puede evaluarse en términos de saber: de conocer, o de saber hacer algo.

- Lo que la persona sabe hacer solo
- Lo que sabe hacer con ayuda
- Lo que no sabe hacer

TIPOS DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA

Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad. (NOM-019, 2013)

4.3 TEORIAS DE ENFERMERÍA

4.3.1 CONCEPTO

Una **teoría** es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno. (Marriner, 2007)

4.3.2 TIPOS DE TEORIAS.

Gran teoría: son complejas y de considerable envergadura. Exigen mayor especificación y fragmentación de sus enunciados para poderlas comprobar y verificar.

Teoría de Nivel medio: poseen un enfoque limitado, ya que se aplican de forma que resulte útil para definir conceptos recapitulativos y que expliquen las situaciones de la vida real.

Micro teoría: sin complejidad y específicas, son el conjunto de enunciados teóricos, como hipótesis, o fenómenos concretos.

4.3.3 CLASIFICACIÓN DE TEORIAS

TIPOS DE TEORÍAS	ENFOQUE TEÓRICO	EXPONENTES
Teorías de necesidades	Se enfoca en lo que las enfermeras hacen.	Dorotea Orem

		Faye Glenn Abdellah y Col Virginia Henderson
Teoría de Interacción	Se dirige a ver como la enfermera realiza o conduce el cuidado	Imogene King
Teorías de resultados	Se centra en los resultados del cuidado y en la necesidad del receptor del cuidado.	Doroty E. Jonson Myran Estri Levine Martha E Rogers

4.3.4 IMPORTANCIA DE LAS TEORIAS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Las teorías ayudan a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. El estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

La investigación en enfermería contribuyó al desarrollo de teorías que apoyaban ala mejora de conocimientos para la práctica enfermera. Los marcos conceptuales enfermeros empezaron a tener valor en los programas enfermeros, abstractos con el manejo del metaparadigma. Cada modelo conceptual se clasificó en función de su acción en relación a un conjunto de criterios de análisis y de evaluación.

Los trabajos teóricos llevaron a la enfermería aun nivel profesional superior. El conocimiento va de la mano con las funciones enfermeras, centradas en el proceso; guiando el pensamiento y la toma de decisiones para la atención del paciente Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico. La enfermera como disciplina académica depende de la existencia de conocimientos enfermeros.

4.3.5 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA

El cuerpo de conocimiento, las teorías y la investigación son cruciales para la disciplina y la profesión a medida que se siga generando conocimientos nuevos. La aplicación del

conocimiento enfermero en la práctica pone énfasis en la contabilidad de la práctica enfermera, basada en las teorías. La práctica profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente y los trabajos teóricos proporcionan solo las perspectivas del paciente.

Las teorías son un instrumento para la valoración del paciente, las cuales nos facilita la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), debido a que en este se busca la identificación de las afecciones del paciente y las intervenciones que hará el personal de enfermería y lograr un resultado óptimo en la calidad de salud del paciente. El Proceso de Atención de Enfermería es sistemático y las teorías son las bases científicas que ejemplifican la ciencia y el arte de la profesión.

4.4 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Su modelo se basa en las necesidades afectadas de un paciente, por lo cual Virginia Henderson define una necesidad como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar. Una necesidad es un requisito que condiciona la supervivencia absoluta de una persona.

Estas necesidades se clasifican en dos grados de dependencia de los pacientes:

1. **INDEPENDIENCIA:** Situación en la que la persona satisface sus necesidades fundamentales por sí sola, mediante las acciones adecuadas.
2. **DEPENDENCIA:** Situación en la que una o varias necesidades no están satisfechas, porque no sabe, no puede o no recibe la ayuda necesaria.

La dependencia son las fuentes de dificultad o cualquier impedimento para satisfacer una o más necesidades y se clasifican en 4 grupos:

1. De orden físico: atentan a la integridad física y pueden presentarse de varias formas: insuficiencia, desequilibrio.

2. De orden psicológico: atentan a la integridad del yo. Comprenden los sentimientos, las emociones, los estados de ánimo o del intelecto.
3. De orden sociológico: atentan a la integridad social (relación con el medio y con el entorno)
4. De orden cultural: atentan al conocimiento sobre la salud.

*** Los elementos más importantes de su teoría son:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente); es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. (Rubio, 2002)

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos como:
 - ☞ Falta aguda de oxígeno.
 - ☞ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - ☞ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - ☞ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - ☞ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - ☞ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - ☞ Una enfermedad transmisible.

- ☞ Estado preoperatorio.
- ☞ Estado postoperatorio
- ☞ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención:

- 1. Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- 2. Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- 3. Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía. (Marriner, 2008)

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia.

Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

-Enfermería:

Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es el método científico simplificado, que se caracteriza por la sistematización lógica y la interacción de toda la experiencia y competencias: conocimientos, habilidades, actitudes y valores adquiridos por el personal de enfermería para proporcionar el cuidado de acuerdo a la respuesta humana del paciente, con la calidez y calidad requeridas por la dignidad de la persona. (Aguilar, 2012)

El Proceso de Atención de Enfermería permite visualizar holísticamente a la persona; conduce a la enfermera a realizar los objetivos y atender las alteraciones o determinar los riesgos a la salud, es continuo, y establece una interacción entre la persona, el entorno y la enfermera, además de ser sistemático. (Rangel, 2006)

Beneficios del proceso de enfermería

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- Permite una mejor atención.

- Se centra en la respuesta humana única de la persona.
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

Características

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el paciente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático

Habilidades

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando va a comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están aquellas de identificar, diferenciar los problemas de salud actual y potencial a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el paciente, y la obtención ética de información

necesaria y relevante del paciente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado que se requiere por el paciente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del proceso de enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- **Valoración** de las necesidades del paciente,
- **Diagnóstico** de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir,
- **Planificación** del cuidado del paciente,
- **Implementación** del cuidado,
- **Evaluación** del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

La **Valoración** que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias. Existen 2 tipos de entrevistas para la valoración inicial la no estructurada y la estructurada.

- **La entrevista no estructurada:** nos permite valorar el estado socioemocional del paciente, no se lleva un formulario preparado.
- **La entrevista estructurada:** que lleva una estructura para la revisión del paciente de acuerdo a importancia de aparatos y sistemas.

El examen físico se realiza cefalópodal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, las historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. (Jiménez de E, 1997).

- **Inspección:** es el examen visual para determinar estados o respuestas normales o anormales como tamaño. Forma, color, movimientos y simetría.
- **Palpación:** consiste en la utilización del tacto para determinar características corporales de los órganos como tamaño, forma, humedad, vibraciones, movilidad y pulsos.
- **Percusión:** consiste en la apreciación por el oído de los fenómenos acústicos que se originan en la superficie externa del cuerpo.
- **Auscultación:** consiste en la apreciación con el oído de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo.

Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

El **Diagnóstico**, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye G. Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época,

luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería(NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.(Moran, 2012)

Los diagnósticos de enfermería constan de 7 ejes que pueden ayudar a la clasificación o definición de estos, los cuales son:

- 1.-Concepto diagnóstico. Elemento principal, esencial o fundamental
- 2.-Juicio, modificador o descriptor
- 3.-Sujeto de Diagnóstico: persona, familia, comunidad
- 4.-Localización del problema
- 5.-Edad: lactante, niño, adulto
- 6.-Tiempo: agudo, crónico, intermitente y continuo
- 7.-Estado del diagnóstico: real, de riesgo y de salud

Tipos de Diagnósticos:

1. Real: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales. Sus componentes son etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.

2. De alto riesgo: juicio clínico de enfermería acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o de la comunidad para desarrollar un problema, que otras personas en una situación similar. Sus componentes son la etiqueta diagnóstica y factores relacionados.

3. Bienestar: es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más alto de bienestar. Sus componentes son etiqueta diagnóstica y características definitorias.

Cada diagnóstico tiene componentes los cuales son:

- Etiqueta diagnóstica. Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término que representa un patrón de respuesta humana.
- Definición. Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- Características definitorias. Claves observables que se agrupan como manifestaciones.
- Factores de riesgo. Elementos ambientales y fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos, que incrementan la vulnerabilidad hacia la enfermedad de una persona, familia o comunidad.
- Factores relacionados. Son los patrones relacionados con el diagnóstico. Antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.(Aguilar, 2012)

La **Planeación**, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.(Rangel, 2006)

Se requiere identificar en el NOC el resultado, el indicador y la escala para llegar al nivel esperado de los cuidados de enfermería, donde se aplicara las intervenciones y actividades que localizamos en el NIC.

La **Ejecución**, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene

según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La **Evaluación**, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Es una actividad planificada, continua que determina el progreso de las intervenciones.

Los resultados son los cambios favorables y adversos en el estado de salud real o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados previos o coexistentes. Los cuales evalúan el trato digno del paciente y la aplicación de las intervenciones. (Aguilar, 2012)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

Griffith-Kenney y Christensen define que “El plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y evaluación de todo ello.”

Tipos de planes de cuidados.

- **Individualizados.** Permiten documentar los problemas del paciente, así como detectar las intervenciones concretas a este.
- **Estandarizados.** Protocolo específico de cuidados destinados a pacientes con la misma patología.
- **Estandarizados con modificaciones.** Planes que permiten la individualización del paciente y la modificación de las intervenciones y los objetivos ante la misma patología.

- **Computarizado.** Requieren la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles y permiten la individualización a un paciente concreto.

TAXONOMIA PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA NANDA, NIC Y NOC.

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

La NANDA proporciona un clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se utiliza internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importa las barreras idiomáticas o culturales. (Trinidad, 2007)

El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de las intervenciones de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escala de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren expresar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado. (Joanne, 2002)

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

Independientes: actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. (Moya, 2006)

4.6 LA PERSONA ADULTO MAYOR

Envejecimiento: Proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas , fisiológicas,

bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado, ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.

Características del envejecimiento:

- **Individualizado:** No todas las personas envejecen de la misma manera y al mismo ritmo.
- **Multifactorial:** El envejecimiento es causa de factores genéticos, ambientales y estilos de vida.
- **Vulnerabilidad:** Los cambios físicos, psicológicos y sociales que caracterizan el envejecimiento, incrementan la susceptibilidad de los adultos mayores para los padecimientos agudos y crónicos.

La vejez: es una etapa de la vida que está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la edad actual, y como se vivió durante este tiempo. La vejez puede clasificarse en 4 aspectos: cronológica, física, psicológica y socialmente.

1. **EDAD CRONOLÓGICA:** la ONU y la OMS establecen la edad de 60 años para ser considerada adulta mayor.
2. **EDAD FÍSICA:** existen cambios físicos y biológicos de acuerdo al estilo de vida, esperando un logro de funcionalidad y autonomía.
3. **EDAD PSICOLÓGICA:** existen cambios emocionales, existe deterioro en la memoria o el aprendizaje gradualmente.
4. **EDAD SOCIAL:** las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de las mismas.

4.6.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR

***ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:**

Ojos. Disminución gradual de la agudeza visual por opacidad del cristalino, degeneración de la mácula y cambios en la retina. Debilidad de la estructura hística de sostén y disminución de la elasticidad del músculo del párpado, disminuye el movimiento ocular. Se presenta degeneración del músculo elevador y pérdida de la grasa orbital. Sequedad ocular crónica, aspecto de ojos hundidos.

Oídos. Disminución de la circulación de oído medio y cambios en las células vellosas. Descenso en número y actividad de las glándulas ceruminosas. Hay atrofia del órgano Corti el cual produce previa acusia.

Olfato. Adelgazamiento de la mucosa y disminución de los vellos de la mucosa nasal. Existe atrofia de las fibras olfatorias.

Tacto. Adelgazamiento de la piel, disminución de las glándulas, resequedad, pérdida de elasticidad con aparición de arrugas, comezón en el cuerpo, canas y caída de cabello.

Gusto. Disminución del tamaño y forma de las papilas gustativas, perdida en la distinción del sabor. Disminución en la producción de saliva por lengua lisa y desgastada.

***APARATO RESPIRATORIO:**

Existe una disminución del peso, el volumen y adelgazamiento o desaparición de los tabiques alveolares. Disminución de los movimientos y capacidades pulmonares ya que los huesos, cartílagos y músculos de la caja torácica se atrofian al adoptar posturas como cifosis (joroba). Disminución de las prolongaciones de las células del tracto respiratorio ya que se incapacita para la expulsión de secreciones.

***APARATO CARDIOVASCULAR:**

El corazón se atrofia presentando aumento del tejido conectivo, disminuyendo su peso y volumen y aumentando la grasa del mismo. La aorta aumenta en perímetro, espesor, volumen, peso y longitud. Los capilares presentan reducción de la red, dilataciones, tortuosidades y aumento de la frecuencia cardiaca. Disminuye la tensión venosa y la velocidad de la circulación. Existe un aumento de la presión arterial debido a la elasticidad

en los vasos sanguíneos por la disminución de la colágena. Los cambios en las células cardiacas disminuyen el volumen sanguíneo y la disminución de la transmisión de los impulsos nerviosos cardiacos con menor respuesta a las necesidades del organismo presenta arritmias.

***APARATO GASTROINTESTINAL:**

La primera afectación es la pérdida de piezas dentales, las cuales dificultan la deglución y masticación del alimento. La salivación se presenta en menor cantidad produciendo sequedad bucal. Existe la disminución de ácidos gástricos, ácido clorhídrico, reducción de la enzima ptialina provocando disminución de la movilidad intestinal. Presenta disminución del apetito, insuficiencia digestiva motora, disfagia, náuseas y vómito, disfonías vesiculares y constipación.

***APARATO GENITOURINARIO:**

Existe disminución de la producción de orina, se altera la capacidad de concentración y dilución de orina, existe disminución del reflejo de la sed.

Sistema Reprodutor Femenino. Las glándulas mamarias se vuelven flácidas y pequeñas, los genitales externos se hacen delgados y pequeños. La vulva se atrofia, los labios mayores se arrugan, el clítoris se atrofia, se pierde el vello púbico, las paredes vaginales perdieron su habitual elasticidad. Hay rigidez, estrechamiento y resequedad. Los ovarios reducen su tamaño.

Sistema Reprodutor Masculino. Habrá disminución en la capacidad de erección, y disminución de la libido. En cuanto al sistema urinario habrá una disminución en la producción de orina, secundaria de la pérdida de células o unidades de la función renal. La próstata crecerá, ocasionando dificultad para la micción.

***SISTEMA NERVIOSO:**

Disminución del tamaño y peso del cerebro debido a pérdidas de la cantidad de neuronas y neurotransmisores, reducción del flujo sanguíneo cerebral, acumulo de lipofuscina en las neuronas, degeneración de la vaina de mielina provocando alteración en la conducción de

la neurona motora, reduce los reflejos tendinosos profundos. Existe daño cognitivo en cuestión de aprendizaje y memoria al haber afección con las placas seniles.

***SISTEMA ENDOCRINO:**

Existe disminución de la función de las glándulas suprarrenales y páncreas. Existe la disminución de tolerancia a la glucosa, disminución de la medula ósea modificando la cantidad de células hemáticas (eritrocitos, leucocitos y plaquetas). El bazo y los ganglios linfáticos muestran disminución del volumen y engrosamiento de la cápsula, atrofia del tejido linfático y aumento del conectivo.

***SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:**

Existe menos masa muscular y nerviosa, con menor concentración de calcio de huesos. Las articulaciones, los cartílagos articulares presentan alteraciones como aumento de opacidad, coloración amarillenta, pérdida de elasticidad y una superficie granulosa. Hay disminución de la altura del disco, alteraciones de la pulpa nuclear. El tejido muscular, las fibras musculares se pierden y pueden llegar a ser sustituidos por tejido fibroso.

***SISTEMA INMUNOLOGICO:**

Aumentan los anticuerpos y disminuyen las células de defensa (linfocitos T). Requieren de protección inmunitaria como vacunas de Neumococo para evitar la neumonía, la Influenza para la prevención de gripes, la de Hepatitis a pacientes con probabilidades de cirrosis, la de Tétanos y la de Tuberculosis.

4.6.2 SIGNOS DE ALARMA EN EL ADULTO MAYOR

Los cambios fisiológicos contribuyen a aumentar la fragilidad del individuo y la probabilidad de enfermarse o sufrir un riesgo mayor. Debemos tener en cuenta que existen signos que pueden mandar una señal de alarma de que algo sucede con el adulto mayor como son:

***Dolor:** síntoma que implica que el organismo se está defendiendo contra alguna enfermedad. En el adulto mayor reduce la percepción del dolor, por lo tanto debe tenerse en cuenta la presencia de este.

***Fiebre:** al tener la pérdida de la termorregulación los adultos mayores no presentan hipertermia, sino que presentan hipotermia.

***Diaforesis:** se presenta como un signo de deshidratación.

***Falta de apetito:** en los adultos mayores con los cambios fisiológicos del sistema digestivo se pierde la sensación de apetito, al igual que pasa con el deterioro cognitivo ya que con la demencia senil se pierde la capacidad de aviso de hambre.

***Pérdida de Peso:** se disminuye la masa corporal, se disminuye el peso ya que al no haber apetito sufre anorexia por la baja ingesta de alimentos.

***Caídas frecuentes:** se presentan por la pérdida de equilibrio, así como alteraciones de la presión arterial. Otro efecto son las enfermedades mentales como la demencia senil.

***Desorientación y confusión:** el adulto sufre de cambios de actitud y comportamientos, puede presentar desmayos, mareos, pueden ser por síntomas de deshidratación, demencia, infección, fiebre.

4.6.3 ALZHEIMER

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. A pesar de que México sigue manteniendo una población joven, la mitad de sus habitantes tienen menos de 26 años, la población adulta comienza a mostrar una tendencia al alza.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90, viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. (Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2012)

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. En 1975, su número había aumentado a 350 millones, las proyecciones demográficas para el año 2025 serán de más de 1,100 millones a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones. Por lo tanto, en 45 años más, las personas de edad avanzada constituirán el 13,7% de la población mundial. (Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2012)

En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años. Se puede observar que algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años; además no hay que olvidar la definición social. (Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México, 2012)

Con base al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 señala que el número de adultos mayores crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012(PSS, 2013-2018) por ello, el. En la última década, la población en su conjunto creció a una tasa promedio anual de 1.6%, mientras que el aumento del grupo poblacional de 60 años fue de 3.8%, señala INEGI (2011)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2012 se calcula que en México existen más de 5 millones de adultos mayores, de los cuales 500 mil viven en estado de dependencia. Dicha encuesta arroja resultados de los adultos mayores con problemas de cognición y demencia en grupos de edades.

DISTRIBUCIÓN POR PORCENTAJE DE LAS LIMITACIONES ASOCIADAS CON DISCAPACIDAD POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPO DE EDAD	COGNICIÓN Y DEMENCIA
60 a 69	11.9
70-79	20.9
80 y mas	33.5
Total	66.3%

*FUENTE: ENSANUT 2012

DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer o demencia senil de tipo Alzheimer, es una enfermedad neurovegetativa, que se manifiesta como una pérdida inexorable y progresiva de la función cognitiva, la aparición de trastornos conductuales y con el tiempo hasta la incapacidad de llevar a cabo las tareas más simples. Afecta a la memoria, el pensamiento y al comportamiento (Colomer, 2013). La enfermedad de Alzheimer se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 18° revisión (CIE-10) define a la demencia como el síndrome debido a una enfermedad o lesión cerebral u otra afección de la función cerebral.

ANTECEDENTES DEL ALZHEIMER

La enfermedad toma su nombre del Dr. Alois Alzheimer. En 1906, el Dr. Alzheimer notó cambios en los tejidos del cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Sus síntomas incluían pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible. Después que la mujer murió, el Dr. Alzheimer examinó su cerebro y descubrió varias masas anormales (actualmente llamadas placas amiloideas) y bultos retorcidos de fibras (actualmente llamados ovillos o nudos neurofibrilares).

En 1907, Alois Alzheimer, neuropsiquiatra alemán, describió el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre. Se trataba de una mujer de 51 años con deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales, cuyo estudio cerebral post-mortem reveló la existencia de atrofia cortical, placas, ovillos y cambios arterioescleróticos. Otra aportación fundamental al conocimiento de las demencias es la efectuada por Arnold Pick,

profesor de neuropsiquiatría en Praga, quien comenzó a describir en 1892 una serie de casos de demencia con atrofia cerebral localizada en los lóbulos frontales.

Tras los avances de comienzos del siglo XX, el interés por las demencias disminuyó considerablemente. Se consideraba que la enfermedad de Alzheimer no era más que una forma rara de demencia presenil. Incluso en una época tan cercana como los años cincuenta y sesenta, se creía que la mayoría de las personas que desarrollaban un síndrome demencial después de los 65 años (la llamada "demencia senil") sufrían de alguna forma de insuficiencia cerebrovascular, la llamada "demencia arteriosclerótica".

A finales de la década de los cincuenta y durante los sesenta, los trabajos de la Escuela Inglesa de Psiquiatría con Martin Roth a la cabeza, empezaron a suponer un cambio en la forma de entender el problema. Estos autores pusieron en evidencia la prominencia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia entre los ancianos, considerándose de forma cada vez más unánime que las formas seniles y preseniles corresponden en realidad al mismo trastorno.

Desde entonces, el interés por este grupo de enfermedades ha crecido de forma considerable, cuando apenas sí ocupaba una mínima parte de los tratados de Psiquiatría y Neurología. Entre los factores que han contribuido a ello destacan principalmente los cambios demográficos, que han incrementado de forma espectacular la frecuencia absoluta y relativa del número de ancianos en los países occidentales y en todo el mundo.

FISIOPATOLOGIA

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la pérdida de neuronas y sinapsis en la corteza cerebral y en ciertas regiones subcorticales. Esta pérdida resulta en una atrofia de las regiones afectadas, incluyendo una degeneración en el lóbulo temporal y parietal y partes de la corteza frontal y la circunvolución cingulada.

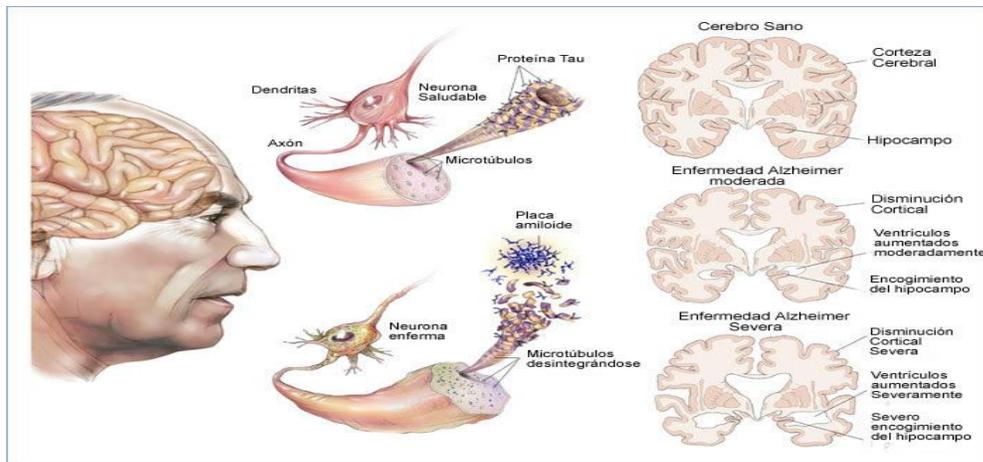
El tejido cerebral de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tiene 3 características distintivas: marañas neurofibrilares, placas neuríticas y degeneración granulo vascular. (Margaret, 2012). Las placas son depósitos densos, insolubles, de la proteína beta-amiloide y de material celular que se localizan fuera y alrededor de las neuronas. Estas continúan creciendo hasta formar fibras entretrejidas dentro de la célula nerviosa, los

llamados ovillos. Es probable que muchos individuos, en su vejez, desarrollen estas placas y ovillos como parte del proceso normal de envejecimiento, sin embargo, los pacientes con Alzheimer tienen un mayor número en lugares específicos del cerebro como el lóbulo temporal.

El gen que codifica la proteína precursora de la beta-amiloide (B-APP) también se encuentra en el cromosoma 21. La B-APP se encuentra en concentraciones anormales elevadas en el cerebro en personas con enfermedad de Alzheimer. La acumulación de sustancia amiloide, el desarrollo de marañas neurofibrilares y los cambios neuronales, como la reducción de la arborización dendrítica, contribuyen al progresivo deterioro intelectual que se observa en la enfermedad de Alzheimer.

Desde el punto de vista anatomopatológico hay atrofia difusa con alteraciones degenerativas que suelen ser independientes de los vasos cerebrales. (Nicola, 1985). Las placas seniles se forman por un grupo de dendritas que se degeneran por depósitos de amiloide. Los haces de fibras que forman los nervios se atrofian y son remplazados por tejido conectivo infiltrado de material lipídico y sales de calcio. (Salazar, 1985)

Se distinguen dos tipos de placas seniles, las *difusas* y las *neuríticas*. Las placas difusas son acúmulos proteicos extracelulares cuya proteína fundamental es la proteína amiloide- β (A- β) de 42 residuos. Aparecen en el envejecimiento normal y se considera que no son tóxicas sobre las células del sistema nervioso. Por el contrario, las placas neuríticas están formadas por A- β de 40 y 42 residuos y tienen estructura fibrilar. A su vez, las placas neuríticas pueden ser: *placas primitivas*, con un núcleo amiloide atravesado por prolongaciones nerviosas o neuritas; *placas clásicas*, similares a las anteriores, rodeadas de una corona de astrocitos y microglía, y *placas quemadas*, formada sólo por el núcleo amiloide.



Por otro lado los desequilibrios de otras vías neuroquímicas explican mejor los síntomas no cognitivos. Existe una afectación de los núcleos superiores del rafe, el núcleo cerúleo y una conservación relativa de la sustancia negra.

- **Déficit de serotonina.** Se relaciona con los síntomas depresivos así como con obsesión, compulsión y agresividad. Esto se observa tanto en Enfermedad de Alzheimer como en personas normales.

- **Déficit de noradrenalina.** Se observa también asociada a la depresión y a la agitación psicomotora. Con este neurotransmisor ocurre algo singular pues a pesar de existir una de población del núcleo cerúleo (donde se observan Cuerpos de Lewy), existe una hiperactividad noradrenérgica cortical, lo cual se atribuye a un aumento de la sensibilidad cortical y a la producción de noradrenalina (NA) en corteza. Sin embargo, el aumento de la concentración de NA sólo se encuentra en el cortexprefrontal. En los casos de depresión existe disminución de NA, mientras que en aquellos con agitación existe un aumento de ésta.

- **Déficit de acetilcolina.** Se asocia al deterioro cognitivo, especialmente con los problemas de memoria. Sin embargo, se postula que para que se desarrolle la depresión deben existir indemnizado niveles de acetilcolina cercanos a la normalidad. Esto sólo ocurre en los estadios iniciales.

- **Conservación relativa de dopamina.** Este hecho provoca un desequilibrio colina/dopamina con el aumento *relativo* de esta última observándose alucinaciones, trastornos del sueño y psicosis. En un 30% existe un déficit de dopamina con la aparición de un síndrome parkinsoniano. Sin embargo la preservación de la postura y la marcha hasta estadios avanzados es una característica de las demencias corticales por lo que los pacientes deambulan sin fin.

ETIOLOGÍA/ EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad de Alzheimer es una demencia senil incapacitante, con pérdida del razonamiento y la capacidad para los cuidados personales, que afectan a casi 11% de las personas mayores de 65 años. (Grabowski, 2000)

Las personas con enfermedad de Alzheimer sufren inicialmente dificultades para recordar los acontecimientos recientes. El envejecimiento representa de 5 a 7% en prevalencia de sufrir cualquier tipo de demencias y se duplica cada 5 años. Para la población de 80 o más años llega a ser de 20%. La intensidad de la Demencia Alzheimer (DA) es variable, 8% de los casos corresponden leve, moderada en 10% y grave en 11%.(Garcia, 2011)

La demencia senil es la cuarta causa principal de muerte en las personas de edad avanzada. Su incidencia anual en los pacientes mayores de 80 años es del 4%. La demencia leve aparece en el 10% de pacientes mayores a 65 años, la grave en el 5% y el 20% en los mayores de 80 años. (Bouchan)

Según estimaciones de la OMS, las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer causan cada año en el mundo alrededor de 276.000 fallecimientos de los cuales 93.000 son hombres y 183.000 son mujeres. Estas patologías representan el 0,5% del total de las causas de mortalidad. Las principales formas de demencia senil son la enfermedad de Alzheimer (EA) en un 50-70%, la demencia vascular (30-50%). (Garcia, 2011)

Las Demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, son en edades mayores, cuya prevalencia e incidencia son cada día mayor. Alrededor del 1,5% de las personas de 65 a 69 años padece demencia, prevalencia que aumenta exponencialmente con la edad (16-25% en los mayores de 85 años). (Janariz, 2011)

La enfermedad de Alzheimer ocurre en un 70% de los trastornos que producen deterioro en las funciones intelectuales en la vida adulta. En México se registraron 111 defunciones por EA en 1990, de los cuales 56 corresponden a hombres y 55 a mujeres.

TIPOS DE DEMENCIA.

La demencia senil se puede clasificar por su origen, sintomatología, degeneración cognitiva o por características. Existen organismos como la OMS, DSM-IV y CIE 10 que la han clasificado.

Para el estudio de este proceso de enfermería la clasificación que es más útil, es la de DSM-IV, la cual divide la demencia en:

- Demencia en enfermedad de Alzheimer
 - De inicio temprano
 - De inicio tardío
 - Mixta o atípica
 - Inespecífica
- Demencia vascular
 - De inicio agudo
 - Multi-infarto
 - Vascular subcortical
 - Mixta: subcortical y cortical
 - Inespecífica
- Demencias propias de otras enfermedades

- Enfermedad de Pick
- Enfermedad de Creutzfeld-Jakob
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Parkinson

➤ Demencia no específica

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

El Dr. Carlos Alberto Parquet menciona que la Enfermedad Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afección funcional. (Parquet, 2007)

Este tipo de demencia es la más común, y se caracteriza por la pérdida de memoria. Pueden aparecer alteraciones de la conducta tales como ansiedad, depresión, apatía y alucinaciones.

Existen dos tipos de Enfermedad de Alzheimer:

- En la Enfermedad de Alzheimer de aparición temprana, los síntomas aparecen primero antes de los 60 años y es mucho menos común que el de aparición tardía; sin embargo, tiende a empeorar rápidamente. La enfermedad de aparición temprana puede ser hereditaria y ya se han identificado varios genes.
- La enfermedad de Alzheimer de aparición tardía, la forma más común de la enfermedad, se presenta en personas de 60 años en adelante. Puede ser hereditario, pero el papel de los genes es menos claro.

DEMENCIA TIPO VASCULAR

La expresión demencia vascular (DV) hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de enfermedad vascular cerebral tipo isquémico o hemorrágico. (De la Vega, 2007)

El desarrollo de la demencia se da cuando el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se interrumpe. Presentando manifestaciones como progresión escalonada, signos y síntomas neurológicos como parálisis, problemas de memoria, problemas de concentración y depresión.

DEMENCIA TIPO LEWY

Demencia con declive cognitivo de carácter progresivo, de magnitud suficiente para interferir en la función social o laboral.

Las manifestaciones clínicas de este tipo de demencia son a corto plazo, como el olvido de hechos, episodios de confusión sin causa aparente, alucinaciones visuales y Parkinson.

ETAPAS DEL ALZHEIMER

Primera Etapa

Ausencia de daño cognitivo. Función normal. La persona no experimenta problemas de la memoria y no hay síntomas evidentes a los profesionales médicos durante las entrevistas médicas.

Segunda Etapa

Disminución cognitiva muy leve. Pueden ser los cambios normales provocados por el envejecimiento o pueden ser las primeras señales del Alzheimer. El individuo nota ciertas fallas de memoria como olvidar palabras conocidas o el lugar donde se colocan objetos de uso diario. Sin embargo, estos problemas no son evidentes durante los exámenes médicos, ni tampoco resultan aparentes para los amigos, familiares o compañeros de trabajo. (Association, 2007)

Tercera Etapa

Disminución cognitiva leve. La etapa temprana del Alzheimer puede ser diagnosticada en algunos individuos que presentan estos síntomas, pero no en todos. Los amigos, familiares o compañeros de trabajo comienzan a notar deficiencias. Los problemas de memoria o concentración pueden medirse por medio de una entrevista médica detallada.

- Dificultad notable de encontrar la palabra o el nombre adecuado

- Capacidad reducida para recordar nombres al ser presentado a nuevas personas
- Mayor dificultad notable de desempeñar tareas sociales o laborales
- Poca retención de lo que uno lee
- Pérdida o extravío de un objeto
- Menos capacidad para planificar y organizar (Association, 2007)

Cuarta Etapa

Disminución cognitiva moderada. Etapa leve o temprana de la enfermedad de Alzheimer. Se pueden detectar deficiencias claras en las siguientes áreas:

- Falta de memoria de acontecimientos recientes
- Dificultad para realizar cálculos mentales complejos por ejemplo, contar desde 100 hacía atrás de a 7 en 7 números cada vez.
- Mayor dificultad en realizar tareas complejas, tales como, planificar una comida para invitados, pagar las cuentas o administrar las finanzas
- Olvido de la historia personal
- Estar de humor variable o apartado, sobre todo en situaciones que representan un desafío social o mental (Association, 2007)

Quinta Etapa

Disminución cognitiva moderadamente severa. Etapa moderada o media de la enfermedad de Alzheimer. Lagunas de memoria y déficit en la función cognitiva son notables y las personas empiezan a necesitar asistencia con las actividades cotidianas. En esta etapa, los individuos que padecen del Alzheimer pueden:

- Ser incapaces de recordar su domicilio actual, su número telefónico o el nombre de la escuela o colegio a que asistieron

- Confundirse del lugar en que están o el día de la semana
- Presentar dificultades para realizar cálculos matemáticos menos complicados en forma mental como, por ejemplo, contar hacia atrás desde 40 de a cuatro números cada vez, o desde 20 de a dos números cada vez.
- Necesitar ayuda para seleccionar una vestimenta adecuada para la época del año o para la ocasión
- Por lo general, todavía recordar detalles significativos sobre sí mismos y sus familiares
- Por lo general, todavía no requerir ayuda para alimentarse o utilizar el baño (Association, 2007)

Sexta Etapa

Disminución cognitiva severa. Etapa moderadamente severa o media de la enfermedad de Alzheimer. Los problemas de la memoria siguen agravándose, pueden producirse cambios considerables en la personalidad y los individuos afectados por la enfermedad necesitan considerable ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

En esta etapa, el individuo puede:

- Perder conciencia de las experiencias y hechos recientes y de su entorno
- Recordar su historia personal con imperfecciones, aunque por lo general recuerda su propio nombre
- Olvidar ocasionalmente el nombre de su pareja o de la principal persona que lo cuida, pero por lo general puede distinguir las caras conocidas de las desconocidas
- Requerir ayuda para vestirse en forma apropiada y cuando está sin supervisión, cometer errores tales como ponerse el pijama sobre la ropa o los zapatos en el pie equivocado
- Sufrir una alteración del ciclo normal del sueño – durmiendo durante el día y volviéndose inquieto durante la noche
- Requerir ayuda para manejar asuntos vinculados con el uso del baño (por ejemplo: tirando la cadena, limpiándose o deshaciéndose del papel higiénico de forma correcta)

- Experimentar episodios de incontinencia urinaria o fecal en aumento
- Experimentar cambios significativos de la personalidad y con el comportamiento, incluyendo celos y creencias falsas (por ejemplo, creyendo que la persona que lo cuida es un impostor) o conductas repetitivas y compulsivas, tales como retorcer las manos o romper papeles
- Tener una tendencia a deambular y extraviarse (Association 2007)

Séptima Etapa

Disminución cognitiva muy severa. Etapa severa o tardía de la enfermedad de Alzheimer. En la última etapa de esta enfermedad los individuos pierden la capacidad de responder a su entorno, de hablar y, eventualmente de controlar sus movimientos. Es posible que todavía pronuncien palabras o frases. Las personas en esta etapa necesitan ayuda con la mayoría de su cuidado personal diario, incluyendo comer y hacer sus necesidades. Pueden perder la capacidad de sonreír, sentarse sin apoyo y sostenerse la cabeza. Los reflejos se vuelven anormales y los músculos rígidos. También se ve afectada la capacidad de tragar.

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas de demencia abarcan dificultad en muchas áreas de la función mental, entre ellas:

- El comportamiento emocional o la personalidad
- El lenguaje
- La memoria
- La percepción
- El pensamiento y el juicio (habilidades cognitivas)

El deterioro cognitivo leve (DCL) es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y el desarrollo del mal de Alzheimer. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen

ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas y, con frecuencia, son conscientes del olvido. No todas las personas con deterioro cognitivo leve progresan a mal de Alzheimer.

Los síntomas del deterioro cognitivo leve abarcan:

- Dificultad para realizar más de una tarea a la vez
- Dificultad para resolver problemas
- Olvidar hechos o conversaciones recientes
- Tardar más tiempo para llevar a cabo actividades más difíciles

Los síntomas tempranos del mal de Alzheimer pueden abarcar:

- Dificultad para realizar tareas que exigen pensar un poco, pero que solían ser fáciles, tales como llevar el saldo de la chequera, participar en juegos (como bridge) y aprender nueva información o rutinas
- Perderse en rutas familiares
- Problemas del lenguaje, como tener dificultad para encontrar el nombre de objetos familiares
- Perder interés en cosas que previamente disfrutaba, estado anímico indiferente
- Extraviar artículos
- Cambios de personalidad y pérdida de habilidades sociales

A medida que el mal de Alzheimer empeora, los síntomas son más obvios e interfieren con la capacidad para cuidar de sí mismo. Los síntomas pueden abarcar:

- Cambio en los patrones de sueño, despertarse con frecuencia por la noche
- Tener delirios, depresión, agitación
- Dificultad para realizar tareas básicas, como preparar las comidas, escoger la ropa apropiada o conducir

- Dificultad para leer o escribir
- Olvidar detalles acerca de hechos cotidianos
- Olvidar hechos de la historia de su propia vida, perder la noción de quién es
- Alucinaciones, discusiones, comportamiento violento y dar golpes
- Deficiente capacidad de discernimiento y pérdida de la capacidad para reconocer el peligro
- Uso de palabras erróneas, no pronunciar las palabras correctamente, hablar con frases confusas
- Retraerse del contacto social

Las personas con mal de Alzheimer avanzado ya no pueden:

- Entender el lenguaje
- Reconocer a los miembros de la familia
- Llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse

Otros síntomas que pueden presentarse con el mal de Alzheimer:

- Incontinencia
- Problemas para deglutir

Los 10 signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer son:

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral
- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares
- Problemas con el lenguaje
- Desorientación en tiempo y lugar
- Juicio pobre o disminuido
- Problemas con el pensamiento abstracto

- Cosas colocadas en lugares erróneos
- Cambios en el humor o en el comportamiento
- Cambios en la personalidad
- Pérdida de iniciativa

DIAGNÓSTICO

Se realizan evaluaciones de las funciones mentales, historia clínica, examen de la función tiroidea, biometría hemática, química sanguínea, neuroimagenes y test psicológicos.

La evaluación neuropsicológica puede alcanzar diferentes niveles de extensión y detalle según la complejidad de los instrumentos que se apliquen. Los instrumentos de valoración son pruebas cortas, accesibles, de aplicación rápida y sin necesidad de grandes normas de utilización, que aportan una información inicial y valiosa (Abellan Van Kan, 2006).

Entre estos instrumentos está:

- El Mini Mental State Examination MMSE, de Folstein (Mini Examen del Estado Mental) es un método para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, como demencia o delirium. (Lowenstein, 2008)
- El Mental Status Questionnaire de Khan, ofrece una breve y objetiva, de medición cuantitativa de la función cognitiva de las personas mayores. El examen del estado mental es una evaluación estructurada de funcionamiento conductual y cognitivo del paciente. Incluye descripciones de la apariencia del paciente y el comportamiento general, el nivel de la conciencia y la atención, la actividad motora y el habla, el estado de ánimo y afecto, pensamiento y percepción, actitud y conocimientos, la reacción evocada en el examinador, y, por último, las habilidades cognitivas superiores. Las funciones cognitivas específicas del estado de alerta, el lenguaje, la memoria, la capacidad de construcción, y el razonamiento abstracto son los más clínicamente relevante

- El test del reloj de Shulmman, Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales. Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).
- El Short Portable Status Questionnaire. Es una prueba de 10 ítems que mide la presencia y el grado de deterioro intelectual de las personas mayores. Los conceptos medidos incluyen: la orientación, la función de la memoria relacionada con la capacidad para el autocuidado, la memoria remota, y la capacidad para realizar varias operaciones mentales.
- El Cognitive Capacity Screening Examination. Test de 30 ítems diseñada para ayudar al clínico en la identificación de síndromes mentales orgánicos, sobre todo delirio, entre los pacientes médicos. Evalúa el juicio, la velocidad mental, y un esfuerzo sostenido.
- Valoración de las actividades de la vida diaria –Escala de Katz: Es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación.

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

DIAGNOSTICO POSIBLE	Demencia progresiva en ausencia de alteraciones neurológicas, psiquiátricas o sistémicas
DIAGNOSTICO PROBABLE	Examen clínico y prueba estandarizada apropiada (MMSE, Blessed) Déficit en dos o más áreas de la cognición Sin alteración de la conciencia Sin enfermedades que afecten memoria y cognición EEG normal o con cambios inespecíficos

	Atrofia cerebral en la TAC
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Evidencia histórica por biopsia o autopsia

*FUENTE. NINCDS-ADRDA, Mc. Kahan et al 1984

TRATAMIENTO

El conservar y estimular lo que no se ha perdido en habilidades y vida diaria es crucial para mantener más integrado al paciente.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Conservar la funcionalidad, a través de medidas de rehabilitación física
- Educación a los familiares y al cuidador para apoyar al paciente en su entorno familiar y social
- Cuidados ambulatorios y domiciliarios
- De no existir causas que condicionen la institucionalización del paciente, favorecer la permanencia de éste en su entorno socio-familiar
- Reforzar las actividades habituales del paciente
- Evitar drásticas modificaciones al ambiente, evitar entornos ruidosos, aconsejable música relajante de fondo.
- Promover la alternancia del cuidador, ya sea primario o secundario.
- Realizar bajo supervisión caminatas vespertinas
- Vigilar evacuación vesical antes de dormir, y datos de impactación fecal
- Iluminar la habitación por las noches, con lámparas de veladoras o iluminación presencial con luz tenue
- Mantener cerrado el baño y la cocina
- Eliminar del ambiente tijeras, cuchillos, objetos peligrosos en general
- Se recomiendan camas de menor altura
- Favorecer una nutrición adecuada, mediante una dieta a base de carbohidratos simples y complejos. Aporte proteico 1g/kg/día, aporte de oligoelementos (zinc, hierro, cromo), de vitaminas, fosfatos y B₁₂, fibra.
- Llevar al baño cada 2 o 3 hrs con lo que se pueda establecer calendario de incontinencia

- Evitar ingesta de líquidos vespertina y nocturna, así mismo evitar bebidas con efecto diurético (café, té)
- Empleo de pañales nocturnos absorbentes y solo en caso necesario sondaje vesical
- Reducir la inmovilidad en cama o sillón
- Psicoterapia individual y familia

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen en la actualidad fármacos que ayudan en el tratamiento de la demencia que han demostrado eficacia y pocos efectos adversos.

CILIOQUINOL	Atraviesa la barrera hematoencefálica, es un antibiótico quelador de cobre, zinc y magnesio.
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA	Se encuentran en las placas neuríticas y su inhibición puede modificar el depósito de beta amiloide. 50mg al día x 26 semanas
DONEPEZILO	Mejora las funciones cognitivas. Su dosis es de 5 a 10mg. Provoca náuseas, anorexia, vómito, diarrea, alteraciones autonómicas, bradicardia y síncope.
RIVASTIGMINA	Se emplea en dosis de 3 a 6mg 2 veces al día. Se inicia con 1.5mg dos veces al día cada mes se aumenta 1.5mg sin pasar de 6mg al día. Produce anorexia, náusea, vómito, diarrea, insomnio y alteraciones autonómicas. Mejora los trastornos conductuales
GALANTAMINA	La dosis varía de 4 a 16mg dos veces al día. Puede retrasar los síntomas neuropsiquiátricos.
MEMANTINA	Es un antagonista no competitivo de receptores N-metil-D-aspartato. Contrarresta la sobreproducción cerebral de glutamato, el cual es un neurotransmisor excitatorio, cuya liberación moderada estimula a las neuronas vecinas, y en exceso las daña. Su dosis inicial es de 5mg al día y cada semana se aumentan 5mg hasta

	llegar a 20mg.
--	----------------

FUENTE: PRACTICA DE LA GERIATRIA 3° EDICION 2007

COMPLICACIONES

- Neumonía por aspiración
- Ulceras por presión
- Anorexia
- Intolerancia a la glucosa
- Contracturas musculares
- Reducción del volumen plasmático
- Infección de vías urinarias
- Lesiones
- Estreñimiento
- Depresión
- Maltrato por parte de un cuidador demasiado estresado
- Pérdida del funcionamiento muscular que imposibilita mover las articulaciones
- Otras complicaciones relacionadas con la inmovilidad
- Caídas y fracturas
- Comportamiento dañino o violento hacia sí mismo o hacia los otros
- Pérdida de la capacidad para desempeñarse o cuidarse
- Pérdida de la capacidad para interactuar
- Desnutrición y deshidratación

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO (METODOLOGÍA)

El caso práctico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está dirigido a paciente del sexo femenino de 96 años de edad cursando la etapa de adulto mayor, originaria de Pachuca Hidalgo de estado civil viuda, escolaridad analfabeta, religión católica, con antecedentes laborales únicamente como servidora doméstica, residencia en México D.F.

Actualmente vive en casa propia de un familiar (nieta), que cuenta con todos los servicios domiciliarios (agua, luz, drenaje etc.), desde hace un año aproximadamente, a consecuencia de abandono familiar por parte de su hija. Es totalmente dependiente del cuidador primario y debido a su estado actual no realizar algún tipo de actividad cotidiana.

A la exploración física, se encuentra: Con ligera palidez de tegumentos, con cavidad oral hidratada, pérdida de piezas dentales (molares), frecuencia respiratoria de 25 por minuto, presión arterial de 110/70 mmHg, y frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto y llenado capilar menor de 5 segundos.

Su complexión corporal es caquéxica con un peso de 65 Kg y talla de 1.60cm, presenta pérdida de peso, alimentación por sí misma, y dieta normal.

La eliminación urinaria es mediante incontinencia urinaria con uso de pañal permanente, sin reconocimiento de la necesidad de orinar. La eliminación fecal presenta estreñimiento

con defecación pastosa, negra y presencia de sangre por ulceración actualmente se encuentra bajo tratamiento médico (sulfato ferroso, omeprazol y ranitidina).

Presenta deterioro de la movilidad física y de ambulación por fractura de fémur izquierdo la cual sufrió el 12 de febrero del 2014 con tratamiento posoperatorio y rehabilitación geriátrica en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Presenta herida quirúrgica a nivel femoral con 10 grapas y colocación de placa.

Sin alteraciones del sueño, durmiendo 10 horas durante la noche con sueño fisiológico y siestas durante el día de aproximadamente 30 minutos.

Existe deterioro del Autocuidado en el uso de prendas de vestir ya que no coordina los elementos para abrocharse, subir cierres, colocarse los zapatos y elegir la ropa. Además de que existe la dificultad de colocarse las prendas de forma correcta.

La temperatura corporal se encuentra en rangos normales de acuerdo a su edad, teniendo 35.7°C sin alteraciones termogumentales.

La piel se encuentra dañada por presencia de úlceras por presión provocadas por la inmovilidad física; herida quirúrgica en proceso de cicatrización favorable, baño cada tercer día y cambio diario de ropa de cama usando protectores de cama. Ligera palidez de tegumentos, manchas oscuras en cara por la edad y micosis en región podal.

No cuenta con datos vacunación, presencia de dolor agudo consecuente de la fractura, utiliza cama con barandales y apoyo para ambular de andadera por indicación terapeuta. Presenta deterioro cognitivo tipo Alzheimer desde hace un año aproximadamente, con alteraciones de la memoria, agresividad y alucinaciones. Con posibilidades de caídas por los factores antes mencionados.

Antecedentes ginecoobstétricos, tuvo 3 gestas, 1 aborto y 2 partos, con 2 parejas sexuales, mamas flácidas acorde a edad, amenorrea, sin presencia de enfermedades de transmisión sexual, ni alteraciones orgánicas.

La entrevista e intervenciones se realizan en su domicilio, los datos obtenidos son de forma indirecta a través de su cuidador primario (nieta) ya que ella por su situación de salud no está en condiciones de responder por el deterioro cognitivo que presenta. Se

observa y se le da seguimiento a la paciente en un periodo de 5 meses y con el diseño de un Plan de intervenciones de enfermería se establece una mayor integración social y de salud para mejorar su calidad de vida.

5.2 RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSÓN

NECESIDADES	SATISFECHA	INSATISFECHA	
		REAL	POTENCIAL
1.- Oxigenación	X		
2.- Nutrición e hidratación		X	
3.- Eliminación		X	
4.- Movilidad y postura		X	
5.- Descanso y sueño	X		
6.- Uso de prendas de vestir adecuadas		X	
7.- Termorregulación	X		
8.- Higiene y protección de la piel		X	
9.- Evitar peligros		X	X
10.- Comunicación		X	
11.- Creencias y valores	X		

12.- Trabajo y realización	X		
13.-Actividades recreativas	X		
14.- Aprendizaje	X		
15.- Sexualidad	X		

5.3 DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Priorización delos Diagnósticos de Enfermería:

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL
9.- Evitar peligros	Confusión crónica relacionada con Enfermedad de Alzheimer manifestado por deterioro de la memoria a corto plazo y deterioro cognitivo progresivo.	
	Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos e incapacidad para recordar información sobre los hechos	
		Riesgo de caídas relacionado con edad mayor de 65 años, uso de dispositivos de ayuda (andador), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad y dificultades visuales
2.- Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado	

	con factores biológicos manifestados por caída excesiva del pelo, pérdida de peso con aporte nutricional adecuado y bajo tono muscular.	
	Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por falta de piezas dentales y mala alineación dental.	
3.- Eliminación	Incontinencia Urinaria funcional relacionado con deterioro cognitivo manifestado por pérdida involuntaria de la orina y pérdida de la sensación de orinar.	
	Estreñimiento relacionado con cambio en el tipo de alimentos ingeridos manifestado por disminución del volumen de las heces, sangre rojo brillante en las heces, presencia de heces de consistencia pastosa e incapacidad para eliminar las heces.	
4.- Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por dificultad para girarse, cambios en la marcha e inestabilidad postural.	
	Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras y deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.	
8.- Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física manifestado por destrucción de las capas de la piel y	

	alteraciones de la superficie de la piel.	
6.- Uso de prendas de vestir adecuadas	Déficit de Autocuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo	
10.- Comunicación	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno relacionado con demencia manifestado por desorientación constante y pérdida del funcionamiento social.	

5.4 PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (1)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5 .-Siempre demostrado			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 4 Cognición CODIGO: 00129 Confusión crónica relacionado con Enfermedad de Alzheimer manifestado por deterioro de la memoria a corto plazo y deterioro cognitivo progresivo.	DOMINIO: 3 Salud Psicosocial CLASE: O Autocontrol CODIGO: 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	140304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes 140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes 140309 Interacciona con los demás de forma apropiada 140312 Expone pensamiento basado en la realidad	3 3 3 2	3 3 2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 3. Conductual Clase P. Terapia Cognitiva 4720 Estimulación Cognoscitiva				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas Hablar con el paciente Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente	Las neuronas se atrofian y se pierde la capacidad de aprendizaje cuando se dejan de estimular mediante actividades de ejercicios mentales y la pérdida de memoria. La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación.			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
Campo 3. Conductual Clase P. Terapia Cognitiva 4860 Terapia de reminiscencia	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Utilizar escucha y habilidades de atención Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados	La reminiscencia permite recordar las cosas olvidadas o hechos de la infancia, es una terapia que permite ejercitar la mente para recordar conocimientos pasados. Es el uso de historias de vida - por escrito, oral, o ambas cosas -

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (2)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN:1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 4 Cognición CODIGO: 00131 Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos e incapacidad para recordar información sobre los hechos	DOMINIO: 2 Salud Fisiológica	090801 Recuerda información inmediata de forma precisa	2	2
	CLASE: J Neurocognitiva	090802 Recuerda información reciente de forma precisa	1	1
	CODIGO:0908	090803 Recuerda información remota de forma precisa	2	3
	Memoria			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 3. Conductual Clase P. Terapia Cognitiva 4760 Entrenamiento de la memoria				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. Recordar experiencias pasadas con el paciente. Identificar y corregir con el paciente errores de orientación	Restaurar la memoria permite retener y recordar, mediante procesos asociativos inconscientes, sensaciones experimentadas previamente, así como ideas, conceptos y cualquier información aprendida de forma consciente ya que el entrenamiento al cerebro ayuda a la atención y percepción. En el cerebro, los ejercicios ayudan a agudizar la memoria y mejorar el enfoque y concentración.			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (3)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5 .-Siempre demostrado			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión Física CODIGO: 00155 Riesgo de caídas relacionado con edad mayor de 65 años, uso de dispositivos de ayuda (andador), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad y dificultades visuales.	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: T Control de riesgo y seguridad CODIGO: 1926 Deambulación segura	192607 Deambula sólo en el espacio propio y público 192608 Utiliza su propio baño 192616 Choca contra obstáculos cuando camina 192617 Dice que quiere irse a casa	2 3 5 5	3 3 3 5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos 6480 Manejo ambiental				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Crear un ambiente seguro para el paciente Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras, muebles pequeños, móviles) Disponer de camas de baja altura Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades de paciente	Manipulación del entorno del paciente para vigilar y actuar sobre el ambiente físico y fomentar la seguridad. Establece las acciones que se requieren para prevenir, mitigar, controlar, compensar y corregir los posibles efectos o impactos ambientales negativos que pueda presentar el paciente sin vigilancia y por el estado de afección cognitiva.			

Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente	
Proporcionar una habitación individual	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
--	--

Campo 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos 6490 Prevención de caídas	
--	--

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en el ambiente dado. Revisar la historia de caídas del paciente Ayudar a la deambulación de la persona inestable Proporcionar dispositivos de ayuda (andadera) para conseguir una deambulación estable Enseñar al paciente a utilizar un andador Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo	Mediante la utilización de auxiliares en la movilización del paciente favorece el empleo mínimo de esfuerzo ya que son consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad, esta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
--	--

Campo 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos 6654 Vigilancia Seguridad	
--	--

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad Determinar el nivel adecuado de supervisión hacia al paciente	La seguridad del paciente abarca desde la responsabilidad, el comportamiento individual y los conocimientos ante situaciones inseguras y la toma de medidas preventivas para evitarlas.

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (4)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CODIGO: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos manifestados por caída excesiva del pelo, pérdida de peso con aporte nutricional adecuado y bajo tono muscular.	DOMINIO: II Salud Fisiológico CLASE: K Nutrición CODIGO: 1004 Estado nutricional	100401 Ingestión de nutrientes 100402 Ingestión alimentaria 100405 Relación peso/talla 100410 Tono muscular 100411 Hidratación	3 3 3 3 3	3 3 4 3 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 1: Fisiológico Básico Clase D: Apoyo nutricional 1100 Manejo de la nutrición				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Determinar las preferencias de comida del paciente Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida Ofrecer tentempiés cuando sea preciso Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento	La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias. Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales. Por lo tanto para la mejora de ingestas se requiere previa visualización del estado nutricional y elaborar un plan de dieta de acuerdo a sus necesidades y requerimientos nutricionales.			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (5)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión Física CODIGO: 00048 Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por falta de piezas dentales y mala alineación dental.	DOMINIO: II Salud Fisiológica CLASE: L Integridad tisular CODIGO: 1100 Higiene bucal	110001 Limpieza de la boca 110002 Limpieza de los dientes 110009 Humedad labial 110017 Halitosis	1 1 3 1	1 1 4 1
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 1: Fisiológico Básico Clase F: Facilitación de los autocuidados 1720 Fomentar la salud bucal				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito Ayudar con el cepillo de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de Autocuidado de la paciente	La enseñanza al paciente favorece un mayor manejo de las actividades y el orientarlo aun Autocuidado eficaz y con mayor aceptación alas situaciones adversas. La higiene inadecuada puede favorecer la aparición de caries dental y enfermedad periodontal (EP), situaciones que, si no son tratadas de manera oportuna, pueden ser el origen de pérdida dental.			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

Campo 1: Fisiológico Básico
Clase F: Facilitación de los autocuidados
1710 Mantenimiento de la salud bucal

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes</p> <p>Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca</p> <p>Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario</p> <p>Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua</p> <p>Facilitar un cepillo de dientes e hilo dental</p>	<p>La prevención de enfermedades orales es importante para los pacientes con discapacidades físicas y mentales. Mantener la salud bucal permitirá tener un mayor agrado a los alimentos y la prevención de enfermedades bucales que pongan en riesgo el estado físico de la paciente, enseñando técnicas de limpieza y fomentando la participación del paciente y el cuidador.</p>

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (6)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5 .-Siempre demostrado			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 1 Función urinaria CODIGO: 00020 Incontinencia Urinaria funcional relacionado con deterioro cognitivo manifestado por perdida involuntaria de la orina y pérdida de la sensación de orinar.	DOMINIO: II Salud Fisiológico CLASE: F Eliminación CODIGO: 0502 Continencia Urinaria	050201 Reconoce la urgencia miccional 050216 Capaz de manejar la ropa de forma independiente 050217 Capaz de usar el inodoro en forma independiente 050212 Ropa interior mojada durante el día 050213 Ropa interior o de cama mojada durante la noche	2 1 2 4 5	3 2 3 3 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 1: Fisiológico Básico Clase B: Control de la eliminación 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Identificar las causas de los múltiples factores que producen la incontinencia Proporcionar prendas protectoras Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares Limitar los líquidos durante 2 a 3 horas antes de irse a la cama	Una incontinencia es la pérdida involuntaria de orina en cantidad y frecuencia suficiente para provocar un problema de tipo higiénico, físico, psicosocial y económico, por lo tanto debemos brindar una protección higiénica mediante el uso de pañales, calzón desechable y protectores de camas ya que el estado anímico y social puede verse afectado por los aromas que la eliminación urinaria puede provocar.			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (7)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal CODIGO: 00011 Estreñimiento relacionado con cambios en el tipo de alimentos digeridos manifestado por disminución del volumen de las heces, sangre rojo brillante en las heces, presencia de heces de consistencia pastosa e incapacidad para eliminar las heces.	DOMINIO: II Salud Fisiológico CLASE: F Eliminación CODIGO: 0501 Eliminación intestinal	050102 Control de movimientos intestinales	3	4
		050103 Color de las heces	2	3
		050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	2	4
		050108 Sangre en las heces	2	4
		050110 Estreñimiento	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 1: Fisiológico Básico Clase B: Control de la eliminación 0450 Manejo del Estreñimiento/impactación				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento o que atribuyen al mismo Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color Vigilar la existencia de peristaltismo	El estreñimiento debe ser observable mediante la continuidad de movimientos peristálticos y el consumo de alimentos con mayor ingesta de fibra que facilite la eliminación, el organismo tiende a desechar las heces en el trayecto intestinal, cuando este no es ejercido con fuerza por los movimientos peristálticos tienden a impactarse y producir el estreñimiento.			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (8)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 4 Actividad/ reposo CLASE: 2 Actividad/ejercicio CODIGO: 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por dificultad para girarse, cambios en la marcha e inestabilidad postural.	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: C Movilidad CODIGO: 0208 Movilidad	020801 Mantenimiento del equilibrio 020810 Marcha 020802 Mantenimiento de la posición corporal 020806 Ambular 020814 Se mueve con facilidad	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo: 1 Fisiológico Básico Clase: C Control de la inmovilidad 0910 inmovilización				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION			
Colocar la parte corporal con bolsas de arena Mover la extremidad lesionada lo menos posible (miembro inferior izquierdo) Comprobar la circulación de la parte corporal afectada Fomentar los ejercicios activo-pasivos	La inmovilización origina reducción circulatoria, el esfuerzo o tensión muscular innecesarios alteran el equilibrio de la alineación corporal por eso la movilización frecuente y la aplicación de una posición correcta previene tensiones neuromusculares y facilitan la mejora de la marcha. La inmovilidad prolongada causa pérdida de fuerza del aparato locomotor, de las funciones circulatorias y de la capacidad aeróbica, atrofia muscular, absorción de estructuras óseas y debilitamiento de tendones y ligamentos			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (9)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 4 Actividad/ reposo CLASE: 2 Actividad/ejercicio CODIGO: 00088 Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras y deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: C Movilidad CODIGO: 0200 Ambular	020001 Soporta el peso 020003 Camina a paso lento 020006 Sube escaleras 020015 Anda por la casa 020017 Camina alrededor de obstáculos 020007 Baja escaleras	2 2 1 2 2 1	2 2 2 2 2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo: 1 Fisiológico Básico Clase: A Control de actividad y ejercicio 0221 Terapia de ejercicios: ambulación				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION			
Vestir al paciente con prendas cómodas Colocar una cama de baja altura Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama o silla Ayudar al paciente en el traslado Aplicar/proporcional un dispositivo de ayuda (andadera) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial	La persona se desplaza de acuerdo a su voluntad, siguiendo las trayectorias que decida, para mantener o restablecer funciones corporales auton3micas y voluntarias durante el tratamiento y la recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n. La ambulaci3n temprana acorta la convalecencia y previene complicaciones.			

Vigilar la utilización por parte del paciente de dispositivos de ayuda

Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal

Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas con la deambulación

Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad ****

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (10)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión Física CODIGO: 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física manifestado por destrucción de las capas de la piel y alteraciones de la superficie de la piel.	DOMINIO: II Salud Fisiológica CLASE: L Integridad tisular CODIGO: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110101 Temperatura de la piel 110102 Sensibilidad 110103 Elasticidad 110104 Hidratación 110113 Integridad de la piel 110105 Pigmentación anormal 110115 Lesiones cutáneas	3 3 2 2 1 2 1	3 3 2 4 3 2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 2: Fisiológico complejo Clase L: Control de la piel/heridas 3520 Cuidados de las úlceras por presión				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera Aplicar vendaje Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada	Los cuidados dirigidos a la prevención y curación de úlceras por presión facilitan el manejo del paciente, así como mitigar la proliferación de microorganismos y la propagación de otros puntos de fricción. Se colocaran elementos que impidan la generación de nuevas úlceras e interviniendo con el cambio de posición el cual favorece a reducir las aéreas que provoquen presión en el cuerpo.			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
Campo 2: Fisiológico complejo Clase L: Control de la piel/heridas 3480 Monitorización de las extremidades inferiores	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema Examinar si hay cambios en las uñas de los pies Examinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del vello, la textura y las grietas o las fisuras de la piel Determinar el estado de movilidad (camina con mecanismos de ayuda) Examinar si en el pie hay evidencias de presión Determinar el tiempo de llenado capilar	La monitorización continua de las extremidades permitirá la valoración de la integridad tisular dañada por la presión que ejerce la piel con el área de presión (cama, sillón), así como las lesiones que se presentan por el desgaste natural de la textura e hidratación de la piel que provocan resequedad y ulceraciones.
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
Campo 2: Fisiológico complejo Clase L: Control de la piel/heridas 3590 Vigilancia de la piel	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje de la piel y las membranas mucosas Observar su color, pulsos, textura e inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades Vigilar el color y la temperatura de la piel Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel Observar si hay zonas de presión y fricción	La piel está constituida por tres capas superpuestas, que de la superficie a la profundidad son: 1) la epidermis; 2) la dermis; y, 3) la hipodermis o tejido graso subcutáneo. La piel es una barrera de defensa del organismo, la pérdida de su continuidad puede ser puerta de entrada de microorganismos.

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (11)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 5 Autocuidado CODIGO: 00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo, incapacidad para quitarse la ropa y deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: D Autocuidado CODIGO: 0302 Autocuidado: vestir	030201 Escoge la ropa 030204 Coge la ropa 030204 Se pone la ropa en la parte superior de cuerpo 030205 Se pone la ropa en la parte inferior de cuerpo 030210 Se pone los zapatos 030211 Se quita la ropa	1 2 2 1 2 2	2 2 2 1 2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 1: Fisiológico Básico Clase F: Facilitación de los autocuidados 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal				
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION			
Considerar la edad de la paciente al fomentar las actividades de Autocuidado Disponer las prendas del paciente en una zona accesible Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno Estar disponible para ayudar en el vestir Facilitar el peinado del cabello del paciente Ayudar con los cordones, botones y cremalleras	El cuidado personal comprender las habilidades relacionadas con el aseo, el vestido, la higiene y el aspecto personal nos permite mantener en confort y brindar capacidades menores al paciente para que participe en las acciones de menor complejo.			

PLANES DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (12)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 2 orientación CODIGO:00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno relacionado con demencia manifestado por desorientación constante y pérdida del funcionamiento social.	DOMINIO: II Salud Fisiológica CLASE: J Neurocognitivo CODIGO: 0901 Orientación cognitiva	090101 Se auto identifica 090102 Identifica a los seres queridos 090103 Identifica el lugar donde está 090104 Identifica el día presente 090105 Identifica el mes actual 090106 Identifica el año actual 090107 Identifica la estación actual	3 2 1 1 1 1 1	3 2 1 1 1 1 1
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
Campo 3. Conductual Clase P. Terapia Cognitiva 4820 Orientación de la realidad				
ACTIVIDADES	FUNDAMENACION			
Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción Hablar al paciente de una manera distintiva, a un ritmo, volumen y tono adecuados Informar al paciente acerca de personas, lugares tiempo Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales Observar si hay cambios de sensibilidad y orientación	Los sentimientos y el estado mental del paciente favorecen a un mejor entendimiento de los procedimientos que se le darán. La orientación a la realidad (OR) es una técnica que mejora la calidad de vida de personas ancianas con estados de confusión. Opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima.			

VI. CONCLUSIONES:

La enfermedad de Alzheimer es un padecimiento cuya forma es la más común de las demencias progresivas, su incidencia se incrementa a medida que aumenta la edad y la esperanza de vida de las personas, en relación con el género, la mayoría de los estudios encontraron una mayor prevalencia de las tasas de mortalidad en mujeres con enfermedad de Alzheimer. La menor morbilidad y mortalidad en los hombres se atribuye a la distribución gradual de la testosterona, en comparación con la caída de los estrógenos en la mujer (Mohamad, L.H. 2011).

Con base a lo anterior se consideró necesario elaborar este Proceso Atención de Enfermería (PAE) el cual me permitió como profesionalista del área de la salud, valorar e identificar las necesidades que presenta una paciente con confusión crónica relacionada con Alzheimer y diseñar las intervenciones que se deben implementar con base a sus necesidades para otorgarle una atención integral, y de esta manera brindar una atención de calidad a la paciente.

Con la finalidad de evitar que esta presentara un deterioro progresivo debido a su estado de salud por ser un padecimiento crónico el cual por lo general es atendido a nivel domiciliario por los familiares.

Este trabajo fue realizado a nivel domiciliario, con la paciente A.M.H.J, de 96 años adulto mayor la cual al valorarla de manera inicial se encontraba con deficiencias nutricionales, con cuadro clínico por enfermedad de Alzheimer como son incontinencia urinaria, alucinaciones y pérdida de memoria de corto plazo. Tras la cirugía a la que fue sometida a consecuencia de una fractura de fémur en miembro pélvico izquierdo, la paciente presento úlceras por presión a nivel de coxis, generando alteración de la movilidad y estreñimiento.

Obteniendo como resultado posterior a la aplicación del Plan de cuidados mejorar la movilidad de la paciente en cama y silla, así como la facilidad de girarse y ponerse de pie e iniciar la deambulacion con dispositivo de apoyo (andadera). También se logró mantener en el peso ideal, mejoró la coloración de tegumentos e hidratación de la piel, lo cual

permitió la cicatrización de las úlceras por presión. Con el tratamiento farmacológico y al generar movimientos activos-pasivos obtuvo como resultado la movilidad de los órganos internos favoreciendo la eliminación de heces.

Realizar este trabajo como parte de mi experiencia profesional favoreció a incrementar mis conocimientos sobre el cuidado a Adultos Mayores con esta alteración, no solo en el aspecto clínico, sino también en lo familiar y personal, ya que fue gratificante la evolución de la paciente ante su situación de salud y el aprendizaje obtenido para mantener su capacidad cognitiva y manejo de ambiente ante la desorientación de la misma, contribuyo a mejorar su calidad de vida y disminuyo las complicaciones que se presenten con el tiempo a causa de este padecimiento crónico.

Así mismo en la medida de lo posible se logró disminuir el desgaste del cuidador primario y de la familia, los cuales en muchas ocasiones requieren apoyo por parte de los sistemas financieros, legales, sociales y de salud. Por ello es importante que el cuidador primario y la familia se les otorgue capacitación específica, para la atención eficaz del paciente ante las alteraciones cognitivas y conductuales de éste, debido a que experimenta emociones negativas como enojo, culpa, frustración, vergüenza y tristeza. Lo que pone en riesgo la integridad del paciente por el desconocimiento sobre el manejo de sus alteraciones o se demerita la calidad del cuidador debido a la sobrecarga que sufre.

Por último es de gran importancia que este trabajo sirva de consulta para futuros profesionales de enfermería, debido a que este problema va en aumento por la transición que podemos observar según las estadísticas en el panorama epidemiológico y demográfico de nuestra población, con la finalidad de orientar sobre los cuidados y prevenir consecuencias de dicho problema de salud, para que con ello se capacite a los familiares y en particular al cuidador primario para prevenir su colapso o agobio, así como el maltrato al adulto mayor con demencia y conservar la dignidad del paciente hasta el último momento.

VII. GLOSARIO

A β 42. Péptido de 42 aminoácidos, muy insolubles y resistentes a la degradación proteolítica. Estas propiedades fisicoquímicas resultan, principalmente, de la presencia de una secuencia carboxiterminal de 12 a 14 residuos hidrofóbicos. La región anfipática amino terminal, constituida por 28 aminoácidos, parece ser responsable de la unión del péptido con apolipoproteínas, iones metales, α 1-antiquimiotripsina.

Acetilcolina. Neurotransmisor que liberan muchas neuronas del sistema nervioso periférico y algunas del sistema nervioso central. Es excitador en las uniones neuromusculares, pero inhibidor en algunas otras sinapsis.

Acetilcolinesterasa. Enzima que cataliza el catabolismo de la acetilcolina. Los productos son colins y acetil-CoA acetilcolina acetilhidrolasa.

Alucinación. Percepción sensorial que no se debe a un estímulo extremo. Puede producirse en cualquiera de los sentidos y tener el carácter auditivo, gustativo, olfatorio, táctil o visual.

Amiloide. Término que se utiliza para designar una clase heterogénea de precipitados proteicos tisulares, que tienen como estructura secundaria la hoja β plegada, lo cual le confiere afinidad por colorantes, como el rojo Congo, y al igual que el almidón, se tiñe de azul con yodo, lo cual explica su nombre. El amiloide puede depositarse a lo largo del organismo (amiloidosis sistémica) o en un órgano en particular, como en el caso de la enfermedad de Alzheimer.

Aminoácidos. Ácidos carboxílicos con un sustituyente α -amino; son los elementos primarios que constituyen las proteínas.

Astrocito. Célula grande estrellada que forma parte de la neuroglia del tejido nervioso.

Atrofia. Consunción o disminución en el tamaño de una parte, debido a falta de una abertura corporal normal.

Cuerpos de Lewy.- son el deterioro mental, parkinsonismo de intensidad variable, rasgos psicóticos como las alucinaciones visuales (AV), y fluctuaciones del estado cognitivo que afectan especialmente a la atención y concentración.

Demencia. Del latín demens, demantatus, literalmente “fuera de la mente de uno”. Implica un deterioro de la memoria a corto y largo plazos, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad.

Dopamina. Neurotransmisor que pertenece al grupo de las catecolaminas, deficiente en los cerebros de los pacientes de la enfermedad de Parkinson, que trasmite impulsos de un nervio de una célula nerviosa a otra.

Enfermedad de Alzheimer (EA). Enfermedad degenerativa y progresiva del sistema nervioso central. Es considerada, la primera causa de demencia senil.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ). Trastorno neurodegenerativo de evolución fatal y origen priónico, incluido en el grupo de las enfermedades espongiformes. Tiene un periodo de incubación muy largo, produciendo un deterioro mental progresivo.

Enfermedad de Huntington.- Es una enfermedad hereditaria que provoca el desgaste de algunas células nerviosas del cerebro.

Enfermedad de Parkinson. Trastorno neurológico degenerativo, lentamente progresivo, que se caracteriza por temblor en reposo, movimientos típicos de los dedos como si el enfermo estuviera contando monedas, ausencia de expresión facial, marcha característica, flexión anterior del tronco y rigidez y debilidad muscular.

Enfermedad de Pick.-Es una forma rara y permanente de demencia similar al mal de Alzheimer, excepto que tiende a afectar únicamente ciertas áreas del cerebro.

Memoria. La memoria consiste en aquello que es aprendido y retenido a través de mecanismos asociativos inconscientes. En la memoria se deposita y procesa la información, actualizando el conocimiento existente a medida que se adquiere, y comparando una experiencia con otra.

Microglía. Pequeñas células intersticiales migratorias que forman parte del sistema nervioso central. Adoptan diversas formas y presentan finas prolongaciones ramificadas.

Las células microgliales actúan como fagocitos que recogen los productos de desecho del tejido nervioso.

Neurita. Se identificó como un proceso de longitud mayor que un soma en diámetro, con un cono de crecimiento definible.

Neurona. Célula básica del sistema nervioso. Contiene un núcleo y varias prolongaciones citoplasmáticas. Se clasifican de acuerdo a la dirección en que dirigen sus impulsos y conforme al número de prolongaciones que poseen.

Neurotransmisores. Sustancia sintetizada por una neurona, liberada hacia la hendidura sináptica (como son secuencia de la despolarización del terminal nervioso) y que, a través de su interacción con receptores localizados en la membrana postsináptica, afecta la función de otras células.

Oligoelemento. Denominación genérica de los micronutrientes o elementos minerales indispensables para el desarrollo de las funciones orgánicas cuyos requerimientos básicos son reducidos, así como su contenido en el organismo.

Parkinsonismo. Término que se refiere a un grupo de condiciones que se caracterizan por cuatro síntomas típicos, temblor, rigidez, inestabilidad de postura y bradicinesia.

Placa senil o neurítica. Cúmulo intracorticales de prolongaciones neuronales engrosadas, tanto de axones como de dendritas (denominadas, de forma colectiva, neuritas), habitualmente de forma de un anillo irregular que rodea a un depósito de fibrillas de proteínas amiloide β .

Psicosis. Trastorno mental grave de origen orgánico o emocional que se caracteriza por una alteración o desorganización extrema de la personalidad, y que se acompaña con frecuencia de depresión grave, agitación, conducta regresiva, ilusiones, delirios y alucinaciones, que alteran de tal forma la percepción, la línea del pensamiento, las respuestas emocionales y la orientación personal.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, V (2012) *Proceso de enfermería*. México. Trillas
- Association Alzheimer (2007) *Información básica sobre la enfermedad de Alzheimer*
- Burgos, M (2002) Enfermería como profesión. Art. Opinión. Universidad de Concepción Chile p.p.1-9 (obtenido el 8 de mayo de 2014 desde http://bvs.sid.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.ht)
- Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. (2007) 2° edición, Editorial Elviesier
- Cárdenas-Jiménez M, Zárate-Grajales RM. La Enfermería como Disciplina Profesional. En: UNAM, editor. *La Teoría de Enfermería: Dimensiones, Conceptos y Aplicaciones Prácticas*. Multimedia ed. México: ENEO-UNAM; 2010
- Colliere, M (2009) *Promover la Vida*. México Mc Graw Hill
- De la Vega R. y Zambrano (2007) *Demencia vascular* www.hipocampo.org/do.asp
- Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2007-2008. Copyright 2007 NANDA International, editorial Elsevier.
- Estaban, M (1994) "Hacia una construcción de una disciplina enfermera" España Antología ENEO
- Fragoso, A. (2008) *El Cuidado en la Bioética*. México Ed. PACJ
- García, R (2011) *Practica de la Geriatria* México Ed. Mc Graw Hill
- García, C y Martínez, L. (2001) *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado de enfermería*. Elsevier
- Grabowski, T (2000) *Principios de anatomía y Fisiología* México Ed. Oxford
- Gordon, M (2013) "Manual de Diagnósticos enfermeros" <http://books.google.com.co/books>
- Janariz, H (2011) *Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Servicio Conora de la Salud.
- Jiménez, de E. y Gutiérrez, E. (1997) "El proceso de Enfermería una metodología de la práctica". Ed. Colombia Orion

- López, T (2007) “Aplicación a las estrategias de mejorar la calidad de asistencia de los cuidados de enfermería” www.index-f.com/para/n1/p125.php
- Lowenstein, D (2008) *Estudio del paciente con enfermedades neurológicas* Hamson
- Margaret, E. (2012) *Enfermería geriátrica*. México Manual Moderno
- Martínez, A. F. (2004) Tópicos de Gerontología. Serie de Monografías Científicas de la FES Zaragoza, UNAM
- Marriner, A. T. y Raile, M. A. (2007) *Modelos y Teorías en Enfermería*. Elsevier Mosby.
- Marriner T (2008) “Modelos y Teorías en Enfermería” Ed Harcourt
- Mc CLOSKEY, B. (1999) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), Nursing Interventions Classification (NIC). 3° Edición. Editorial Harcourt y Mosby.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
- Medina, M (2006) “La enseñanza de Enfermería como una práctica reflexiva”
- Morán, V y Mendoza, L (2012) *Proceso de Enfermería. Uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC*. Trillas
- Paquet(2007) *Demencia revista posgrado en la vía cátedra de medicina*. Pp. 693
- Perfil epidemiológico del adulto Mayor. México (2012) Secretaria de salud.
- Pinto, N (2014) “El cuidado como objeto de estudio de enfermería”
- Prieto de N. (1985) *Geriatría*. México Manual Moderno
- Programa Nacional de Salud 2013-2018 México
- Rangel, H (2006) *Enfermería Geriátrica Protocolo del Cuidado del Anciano*. México Alianza 3 Grupo Editorial
- Rubio, S (2002) *Teorías y modelos para la atención de enfermería*. ENEO UNAM
- Salazar, R. (1985) *Gerontología y geriatría* México Ed. Interamericana
- Van Kan, A (2006) “Tratado de Geriatría para residentes” Madrid Ed, International Marketing & Cominication SA

- Villa, V (2007) *El Adulto Mayor. Manual de Cuidados y Autocuidados*. Trillas.

IX. ANEXOS

FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

DATOS GENERALES

NOMBRE: **A.M.J.H** EDAD: 96 SEXO: **MUJER** ESTADO CIVIL: **VIUDA** OCUPACIÓN: **AMA DE CASA** TELEFONO: **52911786** SERVICIO: **DOMICILIO** FECHA: **ENERO –MAYO 2014** DOMICILIO: **FRANCISCO J MUJICA LOTE 119 MZA 4 CONSTITUYENTES DE 1917** DIAGNOSTICO MÉDICO: **ALZHEIMER** TIEMPO QUE TIENE CON EL PADECIMIENTO: **1 AÑO APROX**

ESPECIFICAR MEDICAMENTOS QUE TOMA:

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO	MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO
METILDOPA	ORAL	250MG	CADA 24	OMEPRAZOL	ORAL	40MG	CADA 24
ACIDO ACETILSALICILICO	ORAL	100MG	CADA 24	RANITIDINA	ORAL		CADA 24
SULFATO FERROSO	ORAL		CADA 24				

1 OXIGENACIÓN

TENSIÓN ARTERIAL: BRAZO DERECHO **116/69** BRAZO IZQUIERDO **107/66** **FRECUENCIA CARDIACA:** **85** TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ARRITMIA () **PULSO:** **93** TAQUISFIGNIA () BRADISFIGNIA () FILIFORME () REBOTANTE () **GRUPO SANGUÍNEO:** A () B () AB () O (X) Rh POS. (X) Rh NEG. ()

PATRÓN RESPIRATORIO: FRECUENCIA.: **25** RITMO: TAQUIPNEA () BRADIPNEA () NORMAL () **PROFUNDIDAD:** SUPERFICIAL () PROFUNDA (X) PAM: _____ **TIPO:** KUSMAULL () ORTOPNEA () DISNEA () CHEYNE STOKES () PVC: _____ SIGNO DE HOMMANS POSITIVO () NEGATIVO ()

ESTILO DE VIDA: SEDENTARIA (X) ACTIVA () ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SU RESPIRACIÓN? SÍ () NO (X) ¿CUÁL? _____ **TOS:** FRECUENTE () AISLADA (X) PRODUCTIVA () SECA (X) ¿HAY SECRECIONES AL TOSER? SÍ () NO (X) ESCASA () ABUNDANTE () BLANQUECINA () VERDOSA () AMARILLENTA () HEMATICA () ¿EXISTE MOLESTIA AL TOSER? SÍ () NO () DESCRÍBALA:

PRESENTA: MAREO () AGITACION () VERTIGO () FATIGA AL: SUBIR ESCALERAS () AL CAMINAR () AL COMER () OTROS () ESPECIFICAR:

COLORACION: CIANOSIS DISTAL () CIANOSIS PERIBUCAL () PALIDEZ (X) VARICES () TORTUOSIDAD VENOSA () LLENADO CAPILAR MENOR A 5" (X) MAS DE 5" () EQUIMOSIS (X) HEMATOMAS () APOYO VENTILATORIO: MASCARILLA () PUNTAS NAALES () CANULA () VENTILADOR ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (X) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

2 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

PESO: **65KG** TALLA: **1.60CM** PESO IDEAL: _____ I.M.C. ¿A PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ (X) NO () ¿CUÁNTO? **5KG** ¿A GANADO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ () NO (X) ¿CUÁNTO? _____ **COMPLEXIÓN:** ATLETICA () CAQUEXICA (X) OBESO () DELGADO () PIKNICO () **SE ALIMENTA:** SOLO (X) CON AYUDA () SONDA () OTRO () **HORARIO: DESAYUNO: 8:00** **COMIDA: 2:30** **CENA: 7:30** **COMIDAS HABITUALES:** UNA () DOS (X) TRES () CUATRO O MAS () **CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE INGIERE AL DÍA:** MENOS DE 500 ML () 500 A 1000 ML (X) MÁS DE 1000 ML. () **ACOSTUMBRA TOMAR:** AGUA (X) REFRESCO () JUGOS () TÉ () CAFÉ ()

ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE ORIGINAN: PREFERENCIA: **CARNE, SOPA, LECHE PANDESAGRADO: FRIJOLES Y CALABAZAS**

TIPO DE DIETA: NORMAL (X) BLANDA () AYUNO () PAPILLA () SUPLEMENTOS ()

PRESENTA: ANOREXIA () NÁUSEAS () VÓMITO PREPRANDIAL () VÓMITO POSPRANDIAL () INDIGESTIÓN () HIPERÁCIDEZ () AUMENTO DEL APETITO () DISMINUCIÓN DEL APETITO (X) ACIDEZ () REGURGITACIÓN () ERUCTOS () HEMATEMESIS () DISTENSIÓN () MASTICACIÓN DOLOROSA () DISFAGIA () POLIDIPSIA () CRECIMIENTO ABDOMINAL () FLATULENCIA ()

CAVIDAD ORAL: SECA () HIDRATADA (X) ESTOMATITIS () CARIES () PRÓTESIS () GINGIVITIS () ULCERAS () SIALORREA () XEROSTOMIA () SENSIBILIDAD AL FRÍO () SENSIBILIDAD AL CALOR () FALTA DE PIEZAS DENTALES (X) FLICLENAS () PROTESIS DENTAL FIJA () MOVIBLE ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

3 ELIMINACIÓN

INTESTINAL EN 24 HORAS: FRECUENCIA: **1** **COLOR:** CAFÉ () VERDOSA () NEGRA (X) AMARILLA () **CONSISTENCIA:** FORMADA () LIQUIDA () SEMILIQUIDA () PASTOSA (X) **CARACTERÍSTICAS:** OLEOSA () MUCOSA () GRUMOSA () CON RESTOS ALIMENTICIOS () SANGUIÑOLENTAS (X) FETIDA (X) **PRESENCIA DE:** DOLOR () ESTREÑIMIENTO (X) DIARREA () INCONTINENCIA () HEMORROIDES () MELENA () ACOLIA () PUJO () TENESMO (X) FLATULENCIA () HERIDAS () ESTOMA () RUIDOS PERISTÁLTICOS ANORMALES (X) DISTENSIÓN () MASAS () **CUANDO ESTÁ ESTREÑIDO UTILIZA:** LÍQUIDOS (X) ALIMENTOS () FÁRMACOS () ENEMAS ()

VESICAL EN 24 HORAS: FRECUENCIA: **3-5** **CANTIDAD: 100ML** **COLOR: AMARILLA** **OLOR: SUGERESIS**

PRESENCIA DE: HEMATURIA: () NICTURIA (X) DISURIA () POLIURIA () COLURIA () OLIGURIA () POLAQUIURIA () ENURESIS () ANURIA () RETENCIÓN () **GIORDANO POS. () GIORDANO NEG. ()** **SONDA () PAÑAL (X) OTRO () ESPECIFICAR: _____**

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

4 MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ () NO (X) ESPECIFICAR ACTIVIDAD: DIARIO () SEMANALMENTE () OCASIONALMENTE () ¿SABE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ () NO (X)
ESPECIFIQUE: _____

PRESENCIA DE: DOLOR MUSCULAR (X) EDEMA ARTICULAR () PARESIAS () PARESTESIAS () HEMIPLEJIA () PARAPLEJIA () CUADRIPLÉJIA () DISMINUCION DE FUERZA (X) RIGIDEZ MATUTINA () CREPITACION () ASTENIA () ADINAMIA () DEBILIDAD (X) LIMITACION DE MOVIMIENTO (X) ARTRALGIAS () UTILIZA APARATOS (X) PARÁLISIS () DEFECTOS ÓSEOS (X) REPOSO RELATIVO () REPOSO ABSOLUTO () TEMBLORES ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

5 DESCANSO Y SUEÑO

AL DÍA DESCANSA: MENOS DE 30 MIN. () DE 30 MIN. A 1 HORA () MÁS DE 1 HORA (X) TIPO DE SUEÑO: FISIOLÓGICO (X) INDUCIDO () INSOMNIO () RONQUIDOS (X) HORAS DE SUEÑO: MENOS DE 5 HORAS () DE 5 A 7 HORAS () MÁS DE 7 HORAS (X) SE NOTA: SOMNOLIENTO () BOSTEZA FRECUENTEMENTE (X) CANSADO () TIENE OJERAS () AL DESPERTAR SE SIENTE: CANSADO () TENSO () DESCANSADO ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (X) PARCIAL (X) TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD (X) FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

6 USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

CAMBIO DE ROPA INTERIOR (X) FRECUENCIA: DIARIO NYLON () ALGODÓN (X)

CAMBIO DE ROPA EXTERIOR (X) FRECUENCIA: DIARIO AJUSTADA () HOLGADA (X)

¿NECESITA AYUDA PAR VESTIRSE/DESVESTIRSE? SÍ (X) NO () VESTIDO: INCOMPLETO () DESCUIDADO () SUCIO () INADECUADO A LA SITUACIÓN () EXHIBICIONISMO ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

7 TERMORREGULACIÓN

TEMPERATURA: 35.7°C ORAL () OTICA () AXILAR (X) RECTAL () PRESENCIA DE: ESCALOFRIOS () PILOERRECCION () DIAFORESIS () CONTROL DE TEMPERATURA: SÍ () NO () MEDIOS: _____ ¿SE PROTEGE DE CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA? SÍ (X) NO () ¿CÓMO? CON COBIJAS

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (X) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS (X)

8 HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

BAÑO: PARCIAL () TOTAL (X) REGADERA (X) TINA () OTRO () FRECUENCIA: **CADA TERCER DIA** LAVADO DE MANOS (X) FRECUENCIA: **DIARIO** LAVADO DE DIENTES (NO) FRECUENCIA: ¿USA ALGÚN PRODUCTO PARA EL CUIDADO DE LA PIEL? SÍ (X) NO () ESPECIFICAR: **CREMAS**

PIEL

CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES	ESPECIFICAR REGION
PIGMENTACIÓN	PALIDEZ (X) CIANOSIS () ICTERICIA () ROJICUNDEZ () HIPERPIGMENTADA () CLOASMA () MELASMA () ANGIOMAS () NORMAL () MANCHADA (X)	FIACIAL
TEMPERATURA	NORMAL (X) FRIA () CALIENTE ()	AXILAR
TEXTURA	CELULITIS () ASPERA () NORMAL (X)	CORPOTAL
TURGENCIA	MENOS DE 5" (X) MAS DE 5" () EDEMA () SECA ()	BRAZOS
LESIONES	CONTUSIONES () CICATRICES (X) MASAS () ESTRIAS () HERIDAS (X) PAPULAS () VESICULAS () ISQUEMIA () COSTRAS (X) ESCAMAS () EROSION () ESCORIACION () ULCERAS (X) NEVOS () VERRUGAS () COMEDON () AMPOLLA () PUSTULA () TATUAJES ()	MIEMBRSO INFERIORES
PRURITO		
UÑAS	QUEBRADIZAS () MICOSIS (X) MORDIDAS () BLANCAS ()	PIES Y MANOS
OLOR	Neutro	CORPORAL

CABELLO: ALINEADO () DESALINEADO (X) LIMPIO (X) SUCIO () SEBORREA () FACIL DESPRENDIMIENTO (X) ESCAMAS ()

OJOS: LAGRIMEO (X) ENROJECIMIENTO () SECRECIÓN () OTRO ()

OREJAS: CERUMEN (X)

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

9 EVITAR PELIGROS

ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO () INCOMPLETO (X) ESPECIFICAR: _____ SR () FECHA: _____
TT () FECHA: _____ INFLUENZA () FECHA: _____ HEPATITIS () FECHA: _____

ADICIONES: DROGAS () ESPECIFICAR: _____ ALCOHOL () FARMACODEPENDENCIA ()
OTRA () ESPECIFICAR: _____

FRECUENCIA CON QUE ACUDE AL: MEDICO: **NUNCA VA** DENTISTA: **NUNCA VA**

MEDIDAS PREVENTIVAS QUE REALIZA PARA PREVENIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES: **NINGUNA**

DOLOR: SI (X) NO () **CARACTERISTICAS:** COLICO () PUNZANTE () OPRESIVO (X) LACERANTE ()
QUEMANTE () CONSTANTE () INTERMITENTE () ESPORADICO (X) INTENSIDAD + () ++ (X) +++ ()
UBICACIÓN: **PIERNAS** SE INTENSIFICA CON: **CAMINAR** DISMINUYE CON: **SENTARSE** ALERGIAS: **NINGUNA**

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA QUE SEAN FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD: HUMEDAD ()
ESCALERAS SIN BARANDAL () **PISOS:** TIERRA () CEMENTO () LOZETA (X)

PERSONAS CON LAS QUE VIVE: 1-2 () 3-4 (X) 5-6 () 7 o más () NUM. DE HABITACIONES (4)
HACINAMIENTO () PROMISCUIDAD () FAUNA NOCIVA SI () NO (X) MOSCAS () CUCARACHAS ()
ROEDORES () FAUNA DOMESTICA SI (X) NO () PERROS (X) GATOS () AVES ()

¿CUENTA CON AGUA POTABLE? SI (X) NO () CON DRENAJE SI (X) NO () LUZ ELECTRICA SI (X) NO ()

ESTADO MENTAL: ALERTA () ORIENTADO EN: TIEMPO () LUGAR () ESPACIO ()

AGRESIVO () INCONSCIENTE () SEDADO () VISION BORROSA (X) ESCOTOMA () DIPLOPIA ()
CONVULSIONES () LETARGICO () EXCITABILIDAD PSICOMOTRIZ ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA: (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

10 NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO SOCIAL? SÍ () NO (X) ¿POR QUÉ? _____

VIVE CON: HIJOS () PADRES () PAREJA () PARIENTES (X) AMIGOS () SOLO () OTRO ()
ESPECIFIQUE: **NIETA Y SU FAMILIA** ¿TIENE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CON ALGÚN MIEMBRO DE LA
FAMILIA? SÍ (X) NO () ¿CON QUIEN? **NO RECONOCE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

TIPO DE COMUNICACIÓN: ORAL (X) ESCRITA () SEÑAS () HABLA: NORMAL () POCO CLARA (X)
INCOMPLETA () INCOHERENTE () PAUSADO () AFASIA () IDIOMA/DIALECTO () SIN HABLA ()
DISLALIA () TARTAMUDEO () BALBUCEO () VERBORREICO (X) DISLÉXICO () COPROLAICO ()
AUDITIVO: SORDERA () DETERIORO AUDITIVO (X) DISPOSITIVO ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

11 VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

RELIGIÓN: **CATOLICA** FRECUENCIA DE ALGÚN SERVICIO RELIGIOSO: **NO ASISTE**

¿QUÉ VALORES CONSIDERA IMPORTANTES? AMOR Y RESPETO

¿QUÉ VALORES CONSIDERA QUE HA PERDIDO? TODOS

¿CÓMO INFLUYEN SUS CREENCIAS EN SU ESTILO DE VIDA? DE NINGUNA FORMA

¿CONSIDERA QUE SUS CREENCIAS INFLUYEN EN SU ESTADO DE SALUD? NO

¿RECURRE A TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA MANTENER SU SALUD? NO

¿EN QUE MEDIDA SUS VALORES SE HAN ALTERADO POR SU SITUACIÓN DE SALUD? NINGUNA

FETICHES () COLGIJES () TATUAJES () IMÁGENES (X)

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (X) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL: BUENO () GRAVE () MALO (X)

HISTORIA LABORAL: TRABAJADORA DOMESTICA Y DE CAMPO

TRABAJA ACTUALMENTE: NO TIPO DE EMPLEO: FIJO () TEMPORAL () ANTIGÜEDAD: _____

JORNADA: _____ ¿TIENE INCAPACIDAD? SI () NO () TIPO: _____

LA ENFERMEDAD LE HA TRAI DO PROBLEMA: PSICOLÓGICO (X) ECONÓMICO (X) LABORAL () FAMILIAR (X) LA ENFERMEDAD LE CAUSA: INQUIETUD () CORAJE () DESESPERACION () TRISTEZA () DEPRESION (X)

DEPENDIENTE ECONOMICO (X) INDEPENDIENTE ECONOMICO ()

¿CONSIDERA QUE PUEDE LOGRAR EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD? NO

¿CONOCE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EN SU PADECIMIENTO?: SI () NO (X)

¿MENCIONE ALGUNOS? _____

DATOS DE DEPENDENCIA SI (X) NO () PARCIAL () TOTAL (X) INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA (X) FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

13 PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA? :NOESPECIFIQUE: EN SU TIEMPO LIBRE: VA AL CINE () AL PARQUE () CAMINA (X) COME () BAILA () VE T:V. () OYE MÚSICA (X) ASISTE A CONCIERTOS () OTRA ACTIVIDAD: DUERME

¿CUÁNDO PARTICIPO POR ÚLTIMA VEZ EN ACTIVIDADES DE ESTE TIPO? _____

¿DISPONE DE RECURSOS PARA DEDICARSE A COSAS QUE LE INTERESEN? _____

¿LA DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO ES EQUILIBRADA ENTRE TRABAJO Y DISTRACCIÓN? SI () NO ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (**X**) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

14 NECESIDADES DE APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD: ANALFABETA (**X**) ALFABETA () ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

DESEMPEÑO ESCOLAR : **ANALFABETA** PROBLEMAS ESCOLARES: _____ ¿CONOCE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD? **NO** LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO RESULTA: INSUFICIENTE () CLARA () CONFUSA () COMPLETA () ¿CONOCE SU DIAGNOSTICO MÉDICO? **NO**

¿CUENTA CON RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE?: MENCIONELO: _____

¿LE GUSTARIA SABER MÁS SOBRE? SI MISMO (FÍSICAMENTE) () NECESIDADES BÁSICAS () ESTADO DE SALUD ACTUAL () TRATAMIENTO () AUTOCUIDADO ()

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (**X**) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

15 SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

¿DEMUESTRA COMODIDAD CON SU PROPIA IDENTIDAD SEXUAL? **SI** ¿POR QUÉ? _____

ENFERMEDADES QUE DIFICULTEN LA FUNCION SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ETS () ESPECIFICAR: _____
OTRAS () ESPECIFICAR: _____ GENITALES: ERUPCIÓN () IRRITACIÓN () LESIONES (**X**)
SECRECIÓN ()

MUJER: MENARCA: RITMO: FLUJO: CANTIDAD: FUM: _____ AMENORREA (**X**) IVSA ()
HIPERMENORREA () METRORRAGÍA () NO PAREJAS SEXUALES (**2**) MENOPAUSIA () P:F: ()
¿CUÁL? _____ PAPANICOLAO () FECHA: RESULTADO: _____ **MAMAS:** TURGENTES ()
FLACIDAS (**X**) MASAS () SIMETRICAS (**X**) ASIMETRICAS () GRIETAS () SANGRADO () GALACTORREA ()
DOLOROSAS () HIPEREMICAS () PEZON: FORMADO (**X**) INVERTIDO () PLANO () SEMIPLANO ()
EXAMEN MENSUAL DE MAMA: SI () NO (**X**) ¿POR QUÉ? **NUNCA SE LO HAN REALIZADO**

DATOS DE DEPENDENCIA SI () NO (**X**) PARCIAL () TOTAL () INDEPENDIENTE ()

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA () FALTA DE VOLUNTAD () FALTA DE CONOCIMIENTOS ()

MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO CON EL ADULTO MAYOR

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS:** Estipula en su artículo 4° que todo individuo tiene derecho a la salud, sin importan religión, raza, edad, o nivel económico; por lo tanto los Adultos Mayores deben tener estos beneficios sin excepción alguna.
- **LEY GENERAL DE SALUD:** En el título noveno Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad, Capítulo Único, Art 167 fracción II señala que se debe establecer atención especializada en adultos mayores con invalidez mental o física. Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.
- **LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES 2008:** En el Capítulo III de los Programas y las Obligaciones de las Instituciones Públicas, Artículo 18 Fracción II, nos estipula que deberán tener especial atención para la detección oportuna y tratamiento de enfermedades o discapacidades funcionales.

Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

- **LEY QUE ESTABLECE EL DERECHO A LA PENSIÓN ALIMENTARIA PARA LOS ADULTOS MAYORES DE SESENTA Y OCHO AÑOS, RESIDENTES EN EL DISTRITO FEDERAL** publicada en la gaceta oficial del distrito federal el 18 de noviembre de 2003.

Artículo 1.- Los adultos mayores de 68 años, residentes en el Distrito Federal tienen derecho a recibir una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Artículo 2.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal deberá incluir en el Proyecto de Presupuesto de Egresos del Distrito Federal, la asignación que garantice, efectivamente, el derecho a la pensión alimentaria a todos los adultos mayores de sesenta y ocho años, residentes en el Distrito Federal.

Artículo 3.- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal deberá aprobar, en el Decreto de Presupuesto anual, el monto suficiente para hacer efectivo el derecho a la pensión alimentaria.

Artículo 4.- La forma como se hará valer la pensión alimentaria, será a través de una tarjeta electrónica, que será expedida por el Gobierno del Distrito Federal, y la cual podrá ser utilizada en los principales centros comerciales autorizados y/o en los mercados públicos del Distrito Federal.

- **EL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL:** En su apartado del Parentesco, de los alimentos y de la violencia familiar, Capítulo II de los alimentos establece:

ARTÍCULO 301.- La obligación de dar alimentos es recíproca. El que los da tiene a su vez el derecho de pedirlos.

ARTÍCULO 304.- Los hijos están obligados a dar alimentos a los padres. A falta o por imposibilidad de los hijos, lo están los descendientes más próximos en grado.

ARTÍCULO 306.- Los hermanos y parientes colaterales a que se refiere el artículo anterior, tienen la obligación de proporcionar alimentos a los menores o discapacitados, este último supuesto incluye a los parientes adultos mayores, hasta el cuarto grado.

ARTICULO 308.- Los alimentos comprenden:

I.- La comida, el vestido, la habitación, la atención médica, la hospitalaria y en su caso, los gastos de embarazo y parto;

II.- Respecto de los menores, además, los gastos para su educación y para proporcionarles oficio, arte o profesión adecuados a sus circunstancias personales;

III.- Con relación a las personas con algún tipo de discapacidad o declarados en estado de interdicción, lo necesario para lograr, en lo posible, su habilitación o rehabilitación y su desarrollo; y

IV.- Por lo que hace a los adultos mayores que carezcan de capacidad económica, además de todo lo necesario para su atención geriátrica, se procurará que los alimentos se les proporcionen, integrándolos a la familia.

- **EN EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL:** En su apartado de Delitos de peligro para la vida o la salud de las personas capítulo I omisión de auxilio o de cuidado nos estipula en sus artículos:
- **ARTÍCULO 156.** A quien abandone a una persona incapaz de valerse por sí misma teniendo la obligación de cuidarla, se le impondrán de tres meses a tres años de prisión si no resultare lesión o daño alguno. Además, si el activo fuese ascendiente o tutor del ofendido, se le privará de la patria potestad o de la tutela.
- **ARTÍCULO 158.** Al que exponga en una institución o ante cualquier otra persona a un incapaz de valerse por sí mismo, respecto del cual tenga la obligación de cuidar o se encuentre legalmente a su cargo, se le impondrá de tres meses a un año de prisión
- **EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018:**
Estrategia 1.7 se promoverá el envejecimiento activo, saludable y con dignidad implementando acciones para el cuidado, atención y prevención de patologías en materia de salud mental.
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.** En sus siguientes numerales nos menciona cual es el apoyo por parte del personal de salud.

4.2. Persona adulta mayor, persona que cuente con 60 años o más de edad.

4.3. Persona adulta y adulta mayor en estado de abandono, persona que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico, psicológico y carencia de recursos económicos.

5.7.1. La atención médica que se proporcione a las personas adultas y adultas mayores debe estar sustentada en principios científicos, éticos que orientan la práctica médica y social; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el personal de salud.

5.7.4.3. Para la persona adulta mayor se hará la detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes, mantener y prolongar la funcionalidad y autonomía física, mental, emocional y social del individuo, conservando un estado de salud biopsicosocial, considerando entre otras las siguientes:

5.7.4.3.9. Deterioro cognoscitivo

5.7.4.4. Procurar que el diseño y aplicación de programas sean orientados a la atención de la persona adulta y adulta mayor con acciones relativas a:

5.7.4.4.3. Prevención de alteraciones psicoafectivas, para la persona adulta mayor

- **PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL 2008-2012:** El cual tiene como objetivo primordial. Promover el bienestar de las personas adultas mayores en el Distrito Federal.

Teniendo en cuenta las siguientes finalidades para el desarrollo del adulto mayor:

- a) Proponer programas de atención integral para las personas adultas mayores que realicen las diversas instancias del Gobierno del Distrito Federal.
- b) Implementar programas de atención integral para las personas adultas mayores.
- c) Contribuir al ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores.
- d) Fomentar una cultura del envejecimiento activo y de la vejez.
- e) Promover políticas públicas para la atención de las personas adultas mayores.

PROGRAMAS PRIORITARIOS:

- a) Pensiones Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años, residentes en el Distrito Federal.

- b) Visitas Médicas Domiciliarias para los derechohabientes de la pensión alimentaria.
- c) Programa de Apoyo Social para Adultos Mayores.
- d) Prevención de la violencia contra las personas adultas mayores
- e) Difusión de los derechos de las personas adultas mayores
- f) Investigación y capacitación



Alois Alzheimer

(14/06/1864 - 19/12/1915)

Nació el 14 de junio de 1864 en Marktbreit. Cursó estudios de Medicina en las universidades de Berlín, Tübingen y Würzburg. En esta última completó su tesis doctoral *Über die Ohrschmalzdrüsen* (Sobre las glándulas ceruminales) en 1887. Inicia su carrera profesional en 1888, como residente en el Hospital para Enfermos Mentales y Epilépticos, de Frankfurt am Main. Realiza investigaciones sobre demencias de origen arterioesclerótico y degenerativo y también sobre las psicosis, la psiquiatría forense y el control de la natalidad. El 4 de noviembre de 1906, en la XXXVII Conferencia de Psiquiatras del Sudoeste Alemán en Tübingen, presentó la primera descripción de una demencia que, posteriormente y por sugerencia del famoso psiquiatra alemán Emil Kraepelin, recibió el nombre de enfermedad de Alzheimer. La presentación de Alzheimer al congreso consistió en la descripción de una paciente de 51 años de edad llamada Auguste D. admitida en el hospital de Frankfurt el 25 de noviembre de 1901. La paciente tenía un trastorno caracterizado por la progresiva disminución de la capacidad cognitiva, síntomas de lesiones localizadas, alucinaciones, ilusiones y pérdida de la capacidad de integración psicosocial. Se instaló en la Clínica Psiquiátrica Real de Munich y continuó interesándose en la evolución de Auguste D. hasta la muerte de la paciente en Frankfurt el 8 de abril de 1906. Tras el fallecimiento de Auguste D., estudió las lesiones cerebrales de la paciente. En 1907 publicó sus hallazgos

con el título "Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral". Alois Alzheimer falleció en Breslavia (Alemania), hoy Wrocław (Polonia), el 19 de diciembre de 1915.