



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE ADULTO MAYOR CON
DEMENCIA MIXTA BASADO EN LA FILOSOFIA
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

PRESENTA:

LEVY MARLENE FLORES LOPEZ

NÚMERO DE CUENTA:

41503794-7

DIRECTOR DE TESIS:

E.E.A.E.C. Mario Cuna Hernández





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para Ellas en mí vida.

Las personas podemos tener pocas o muchas capacidades para ser fuertes ante las situaciones de la vida, pero extrañamente hay personas que adquieren el carácter distintivo de no dejar de ser fuertes, esas personas con una entereza formidable. Es claro que si llegásemos a conocer o incluso mejor llegar a convivir con alguien así, sería un regalo extraordinario e incomparable que la vida ofrece y vaya que puede darte golpes la vida, pero sí te da ello es darte demasiado, es darte una virtud inmensa, es la profundidad de la gracia, y mi mamá fue una de esas personas excepcionales que siempre mostraron esa capacidad, yo tuve la fortuna incalculable de ser su hija y haber compartido veinticinco años de mi vida con ella.

Con esa fortaleza que me honro en darme fue creado todo esto, cada letra y acción tiene mi entrega, en cada día frío permanecí. Todo ello fue hecho únicamente para ti. Para la mujer que me dio vida y futuro: mi Mamá.

La construcción y deconstrucción de nosotros mismos se en el día a día. El pasado y el presente se fusionan para construir a la persona que somos hoy. Ella y yo nos construimos desde hace mas de cinco años y hoy somos la fusión de su vida con la mía. Ella conserva en sus ojos la fortaleza que necesito contra la mala jornada, reconocería su voz en un túnel oscuro y vacío donde el eco formara un centenar de voces, porque ese timbre de voz ha sido y es el imán que me saca del abismo hacia la luz. Con certeza sabe que cuenta conmigo en los días que el frío quema y el aire asfixia, pero somos parte una de otra de los días soleados. Ella me construyo y yo a ella, ambas lo seguimos haciendo: construyéndonos. Ella no es el amor de mí vida, mí Lau es el amor en mí vida.

Considerando lo que he logrado durante estos cinco años, el agradecimiento es uno de los menores gestos que puedo tener con aquellas personas que lograron impactar en mi vida para llegar a este momento. Cada una de las personas mencionadas tendrán mi apoyo incondicional durante toda su vida, porque es una respuesta absoluta a la protección, esfuerzo, tiempo e impulso entregado.

Desde el inicio mi hermana ha impactado en mi vida, la incondicionalidad es la palabra perfecta para describir lo que ella a hecho para mí y por mí. El agradecimiento es una palabra que no llega a ser suficiente para expresarle a una de las personas que mayor presencia en mi vida a tenido, y como sino fuera suficiente todo ello, me dio dos razones mas para que mi vida fuese mejor: Mo y Jonhy.

Mi familia: mí papa y hermanos me concedieron todos los principios para poder seguir adelante en los obstáculos que hasta ahora he tenido. Estoy firme en mi presente debido a esos principios. Mis sobrinos son una fortaleza e irradian en mí, un sentimiento grato y vivo de alegría: Mo, Jonhy, Karim y Miguelito.

Es una persona que me ha entregado dos razones en mí vida relevantes, una de ellas es mí Lau y la otra un sentimiento de afecto y entrega por voluntad propia. Tenemos una afinidad de dolor, lamentablemente que hace nuestros abrazos muy particulares. Gracias por cada una de las relevantes: Patricia Serrano.

En nuestra amistad los pensamientos y todas las expectativas nacen sin palabras, las compartimos con silencioso gozo. Jaana, tengo memoria de muchas personas conocidas en mi vida y no han permanecido para ser lo que tu eres mi mejor amiga.

INDÍCE

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	OBJETIVOS.....	7
	General	
	Específicos	
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	MARCO TEÓRICO.....	9
	1. Enfermería	
	1.1 Disciplina	
	1.2 Profesión	
	1.3 Ciencia	
	2. El cuidado	
	2.1 El arte de cuidar	
	3. Filosofía Conceptual de Virginia Henderson	
	4. Proceso de Atención de Enfermería	
	4.1 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).	
	4.2 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).	
	5. Patología	
	5.1 Demencia	
	5.2 Epidemiología	
	5.3 Clasificación de Demencias	
	5.4 Demencia Mixta	
	5.4.1 Demencia Vascular	
	5.4.2 Demencia Alzheimer	
V.	Metodología.....	28
VI.	Historia Clínica.....	29
VII.	Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.....	33
VIII.	Diagnósticos de Enfermería.....	37
IX.	Plan de cuidados, ejecución y evaluación.	37
X.	Plan de alta.....	57
XI.	Conclusiones	60
XII.	Bibliografía.....	62
XIII.	Anexos	68

INTRODUCCIÓN

En este Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se plantea el cuidado integral de una persona adulto mayor durante el servicio social de Agosto 2018 – Julio 2019, el cual tiene como finalidad documentar y demostrar cuidados precisos y oportunos para satisfacer necesidades fundamentales que condujeron a la persona en un estado de salud optimo equivalente a su edad y comorbilidades adjuntas, congruente a los conocimientos y capacidades adquiridos en la institución educativa: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

El proceso de Atención de Enfermería es el desarrollo de acciones de la práctica enfermera, que permite plantear cuidados centrados en las respuestas humanas, es la base científica de nuestra profesión que se constituye por cinco etapas continuas y lógicas con el fin de establecer un cuidado racional y humanístico. Así, se documenta cada una de las etapas de este; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación llevadas a cabo en una persona con demencia mixta. El PAE es fundamentado desde las bases teóricas que permiten a la Enfermería considerarse una disciplina sustenta la aplicación del proceso enfermero en una línea metodológica y filosófica. La filosofía conceptual de Virginia Henderson desarrolla particularmente catorce necesidades fundamentales que el individuo debe satisfacer para crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

La complejidad de la demencia mixta como afección orgánica y la perturbación que causa en el desarrollo psicosocial de la persona, es la pauta decisiva para plasmar los cuidados enfermeros llevados a cabo y aportar conocimiento a mis compañeros en formación sobre esta patología. Además de la relevancia en factores demográficos, ya que el porcentaje de personas mayores tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población.

Durante tres meses desarrolle las acciones de cuidado presentadas al señor Rodolfo, cuyas capacidades y conocimientos conseguidos me permitieron proporcionar el cuidado integral para la satisfacción de necesidades fundamentales con respecto a la filosofía conceptual de Virginia Henderson. El aprendizaje dado a la cuidadora primaria permitió continuar con el cuidado refiriendo un plan de alta.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Evidenciar las intervenciones y aplicación del proceso de atención de enfermería desde la perspectiva de Virginia Henderson en una persona con demencia mixta.

Objetivos específicos.

- Integrar elementos teórico-metodológicos para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería con la filosofía de Virginia Henderson.
- Valorar e identificar las necesidades afectadas de la persona.
- Emplear diagnósticos con la taxonomía NANDA/NIC/NOC.
- Establecer un plan de cuidados enfermeros.
- Ejecutar cada una de las intervenciones planeadas, en tiempo y forma, con profesionalismo y ética.
- Brindar cuidados de calidad respetando la dignidad humana.
- Evaluar y corregir las intervenciones ejecutadas de acuerdo con los resultados observados.

JUSTIFICACIÓN

La Demencia Mixta, comprende una complejidad en un ámbito que no solo concierne una disfuncionalidad orgánica, sino también un foco de atención en salud pública, en toda demencia. La coherencia apunta en factores como la esperanza de vida y la transición demográfica. El impacto que tiene un tipo de demencia es contundente y tiene una tendencia al esparcimiento de deteriorar el círculo social en donde se da, además de manera gradual altera la dignidad del propio individuo. Por esa razón, el actuar individualizado de enfermería por medio del PAE contribuirá a el conocimiento de este tipo de deterioro cognitivo, a generaciones en formación proporcionando una herramienta de referencia para el cuidado.

Las capacidades intelectuales y prácticas adquiridas durante mi formación como estudiante me permitieron en el periodo de servicio social proporcionar cuidados específicos a una persona con deterioro cognitivo. Es así que formalmente, el cuidado como razón de ser del Profesional de Enfermería, es mostrado mediante un desarrollo organizado, consciente e intelectual, como lo es el Proceso de Atención de Enfermería. Así que el camino para adquirir el grado de Licenciada en Enfermería es mostrando el inicio y desarrollo de aquello que nos hace ser.

MARCO TEÓRICO

Enfermería: Disciplina, Profesión y Ciencia.

Los cuidados no aportaban crédito social alguno a la enfermería, se consideraban tareas de bajo nivel que necesitaban poca capacidad y contribuyeron a forjar una imagen basada en la abnegación y disponibilidad. Desde la aparición del cristianismo y hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de quienes cuidan está basado en valores morales y religiosos, en su vocación de servir. La doble dependencia de la enfermería, heredada del modelo religioso y sometida al modelo médico, impulso a un desarrollo profesional orientado hacia la valoración de las técnicas de investigación y de curación de la enfermedad. El ascenso social de la enfermería se da partir del desarrollo profundo de las ciencias humanas, que ofrece la pauta para comprender un enfoque terapéutico de los problemas humanos que otorga mayor relevancia de la relación cuidador-cuidado, y que persigue un doble objetivo: conocer mejor a la persona cuidada y tener una acción terapéutica (Alligood, 2014).

A principios del siglo XX, la enfermería no era reconocida ni como una disciplina académica ni como una profesión, pero los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas.

Disciplina.

Se entiende básicamente por una disciplina aquella rama de instrucción o educación, o departamento de aprendizaje del conocimiento (Alligood, 2014). La disciplina de enfermería será definida por su estructura, su perspectiva, su dominio, o su foco, y se reconoce que tiene una lógica y un proceso cognitivo que es aceptado por los miembros o comunidad: una disciplina proporciona una visión

del mundo en el cual el fenómeno es revelado, organizado, entendido e interpretado (M., 2015).

La enfermería como disciplina integra las ciencias sociales y humanas y tiene una responsabilidad sobre las experiencias de cuidado del proceso de salud del ser humano: sus referentes teóricos, científicos, morales, éticos y legales que enmarcan el conocimiento propio, producto de un legado histórico relacionado con el desarrollo de la práctica. Esta responsabilidad social recae sobre los programas de enfermería, al formar personas y profesionales con una mirada integral y humanística para que respondan a las necesidades de cuidado de la población, con base en el conocimiento que fundamente y explique el fenómeno de interés de una disciplina visible (J., 2014).

Los años setenta fue un periodo de desarrollo importante. Se centro en la conceptualización enfermera en el proceso de investigación y del papel de un marco conceptual en el diseño de la investigación para producir ciencia. Tal insistencia produjo la época del desarrollo de las teorías e hizo avanzar la enfermería hacia un nuevo corpus de conocimiento para la práctica de esta disciplina. El enfoque utilizado del metaparadigma: persona, entorno, salud y enfermería le proporcionaron una estructura natural y completa (Chavez, 2016).

Profesión.

Hace referencia a un campo especializado de la práctica; esta creada sobre la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que lo acompañan.

La esencialidad de la teoría induce de manera directa la utilización de ella en forma práctica. La enfermería se reconoce como profesión actualmente porque su desarrollo fue guiado por los criterios que definen su profesión. El conocimiento

adquirido por la misma no ha quedado estático, más bien continúa creciendo en relación con los objetivos profesionales de la enfermería para el bienestar social y humano de la sociedad (Alligood, 2014).

Ciencia.

La ciencia de Enfermería ha sido definida en los siguientes términos: “Cuerpo de conocimientos de la biología y del comportamiento humano en el cuidado de la salud y la enfermedad, con particular atención en los estados o situaciones que se generan por las respuestas humanas”. (Barnard, 1980; Gother, 1980). Pero Rogers (1994) propone la siguiente caracterización: Enfermería es una ciencia y un arte. Lo específico de la ciencia de enfermería radica en la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo en que vive, entendiendo este último como predecesor y componente integral de los seres humanos. Esta integración indisoluble de las personas y su ambiente es un sistema universal abierto. Todos los fenómenos relacionados le dan identidad a la ciencia de Enfermería. Es promover la salud y el bienestar de las personas, en cualquier situación que se encuentren. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia de enfermería para el mejoramiento de los seres humanos. La práctica no es enfermería, es la vía a través de la cual se expresa el conocimiento (M., 2015).

El Cuidado

Cuidar es y será siempre indispensable no solo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social. La naturaleza de los cuidados es muy amplia y va desde aquellos que tienen por objeto conservar la vida día a día hasta aquellos otros que se realizan ocasionalmente cuando hay algo que la obstaculiza, desde cuidados físicos hasta los psicosociales. Cuidar es una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona hasta que adquiere su propia autonomía o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales (Collière, 1993).

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. “Cuidar es: por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida” (Collière, 1993). Es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo e inversamente proporcional a la curva de la edad (Collière, 1993).

Heidegger expresa que es característica del hombre estar siempre viendo por su propia vida, cuidando de ella, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores, todo es cuidado. El ser humano está inserto en un mundo y no se puede concebir fuera de él. La característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de esta que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar al otro a crecer,

independientemente de quien sea, eso afirma Milton Mayeroff, filósofo norteamericano existencialista (Pacheco , y otros, 2017).

Como es claro el cuidado corresponde a una serie de acciones, hechos y previsiones de o para distintos fines, de manera sobresaliente M. Foucault, filósofo francés, asume que, para cuidar bien de sí, hay que escuchar las lecciones de un maestro, consejero o amigo que orienté y guíe, sin anteponer el cuidado de los otros al cuidado de sí, ya que éticamente es primordial y ontológicamente la primera filosofía en la relación consigo mismo.

De manera contra posicionada, Levinas hace una referencia a que el cuidado, es casi de manera natural reflejado y dado por la otra persona, la mejor manera de encontrar el rostro del otro es mirar su piel, pues es la más desprotegida. Así asume que la relación de vinculación es de dualidad existencial, es decir el que esta frente a ti, no es, hasta que esta frente a ti y de manera inversa, así solo será formado el cuidado (Rodríguez- Jiménez, Cardénas- Jiménez, & Pacheco-Arce, 2014).

Así, es que la existencia de un ser, de manera inherente aparece el cuidado, conforme a que una persona, es única, natural, pura, y tiene vida, el cuidado es único, natural, puro y tiene vida. Cuya vida es conducida por la mente y manos de un profesional de enfermería.

Arte de cuidar.

Al arte como construcción se considera como un encuentro entre la naturaleza y la persona, un proceso complejo en el cual la obra humana se incorpora a la naturaleza sin alterarse; se le atribuyen 3 concepciones fundamentales: como *conocimiento, actividad práctica y sensibilidad*. El arte es la perfección de la sensibilidad, la combinación de elementos sensibles toca fibras del interior del ser

humano; emociones, sensaciones, imágenes e ideas se combinan y afloran, de ahí que el arte sea un verdadero conductor de la conciencia. Tiene la capacidad liberadora de sacar a la luz elementos que están en el interior y que se necesitan expresar no de manera racional ni conceptual sino a través de representaciones, de imágenes o símbolos, es por medio de ese proceso que quien construye puede encontrarse consigo mismo, sentirse y percibirse, constituyéndose como expresión sensible del espíritu (Chavez, 2016) (Pacheco , y otros, 2017).

La cualidad extensiva que tiene el arte de cuidar es regalada por aquella expresión que se da en una estrecha vinculación, y que en toda persona existe y consigue, y es la relación persona a persona. Esa característica insuperable de reciprocidad que se da ante una persona que da cuidado y otra que necesita del cuidado. En un sentido lógico, este vínculo en un contexto de enfermedad es aún más enérgico. El cuidar en ese ambiente es formidable y todo aquello que surja entre enfermera-persona es: el arte de cuidar.

Filosofía Conceptual de Virginia Henderson

Para Virginia Henderson el modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia, así mismo puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención enfermera. Realizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora,

escritora e investigadora, y fue una autora prolífica a lo largo de esos años. Incorporo los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. En sus palabras, la función de enfermería consiste en <<atender al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o a evitar padecimientos en el momento de la muerte), actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, los conocimientos o la voluntad necesarios. La función de la enfermera es asistir en estas actividades, para que recobre su independencia lo más rápidamente posible>>. La enfermera para ella es un agente de independencia.

La preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, la llevo a desarrollar su trabajo. El punto central de la intervención de la enfermera o el beneficiario de los cuidados enfermeros es un todo que presenta 14 necesidades fundamentales comunes a toda persona enferma o sana y que son:

1. Respirar Normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener buena postura.
5. Descanso y sueño.
6. Seleccionar ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Creencias religiosas.
12. Trabajar de tal manera que experimente una sensación de logro.
13. Recreación.

14. Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Desde el punto holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo (Alligood, 2014) (Martínez, Cuecuecha Díaz, Sánchez Figueroa , & Ostiguin Melendez, 2015).

Dicho de esta manera, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente, contexto presencial sumamente importante para una relación humana y profesional, en los que la enfermera actúa como:

- 1) Función de suplencia/ayuda. Consiste en suplir/ayudar a la persona en aquello que le falta para estar completo entero o independiente: es decir la enfermera sustituye las carencias y realiza las funciones que el paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento no puede realizar; en este período se convierte en el cuerpo del paciente para cubrir las necesidades de éste como si fuera ella misma.
- 2) Función ayudante. La enfermera apoya las necesidades que el paciente no puede realizar por sí mismo, pero fortalece su independencia en las otras necesidades.
- 3) Función de acompañamiento. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando al paciente para que él realice su autocuidado.

Esto correlacionado con dos factores que ella definió así:

- Independencia: Capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para

satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

- Dependencia: Considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Ligado a ello, de manera relevante los conceptos de independencia y dependencia son consecuentes de lo que Virginia Henderson llamo: causas de la dificultad, definidas como obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1. Falta de fuerza. Toma una determinación dual. La primera como la propia capacidad física <<fuerza>> y la segunda como la capacidad de la persona para llevar a término las acciones pertinentes a la situación de salud.
2. Falta de conocimientos. Aptitud disfuncional del individuo sobre la propia salud y situación de la enfermedad. También ante los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de la salud.

Henderson afirma que "... todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona (Rubio, Hernández Rosales , & Ostiguin Melendéz, 2017.).

Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona o sistema familiar. Las fases que lo integran son funciones intelectuales de la resolución del problema para definir las acciones de enfermería (W. Iyer, J. Taptich, & Bernochi-Losey, 1995).

1. Valoración. Esta primera fase, consiste en la obtención de información relacionada con la persona o el sistema familiar, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas de la persona. Cuyos datos son obtenidos de forma sistemática, utilizando la entrevista, exploración física y resultados de laboratorio.
2. Diagnostico. Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de la persona. Así, se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.
3. Planificación. Aquí, se desarrollan las estrategias a ejecutar para evitar reducir o en el mejor de los casos corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. En esta fase, el establecimiento de prioridades, fijar resultados, escribir las actuaciones y los resultados de estas mismas es prioritario.
4. Ejecución. Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa anterior. Consiste en la comunicación del plan a todos los involucrados en el cuidado de la persona.

De manera importante en esta fase es el registro de como las acciones fueron llevadas a cabo.

5. Evaluación. Esta última fase, se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso de la persona y, claro establece las medidas correctoras si fuese necesario.

Es entonces el Proceso de atención de Enfermería una herramienta fundamental este proceso, ya que sustenta la base del cuidado.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

La NIC es un lenguaje normalizado exhaustivo para describir las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Tienen el propósito de resultar clínicamente la práctica profesional ya que las intervenciones de enfermería abarcan un amplio abanico de cuidados. De manera puntual muestra el impacto que tienen los profesionales en el sistema de prestación de cuidados, al igual que normaliza y define las bases de conocimientos de plan de estudios y la práctica de enfermería.

Cuando se utiliza el lenguaje normalizado para documentar la práctica, es posible comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por distintos profesionales (M. Bulechek, K. Butcher , M. Dochterman , & M. Wagner , 2014).

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La necesidad para la enfermería de definir los resultados del paciente que responden a los cuidados enfermeros ha continuado aumentando y a su vez la necesidad de una práctica basada en la evidencia formaliza este lenguaje

normalizado y complementario que facilita el estudio y la enseñanza del razonamiento diagnóstico, las intervenciones y los resultados sensibles a la práctica enfermera (Morhead , Johnson, L. Maas, & Swanson, 2014).

Patología General

Demencia.

Para comenzar con una definición global: la demencia, o enfermedad neurodegenerativa, es un síndrome que incluye síntomas que afectan principalmente y de manera progresiva la memoria, el comportamiento, el lenguaje, el pensamiento y las habilidades sociales, entre otros, hasta alterar de manera importante las funciones de la vida diaria. En general, el deterioro de las funciones cognoscitivas que acompañan las demencias se interpreta como una pérdida de memoria y se etiqueta como <<enfermedad de Alzheimer>>. Sin embargo, hay muchas otras causas de demencias que constituyen un grupo separado de enfermedades demenciantes que difieren de esta disfuncionalidad neurológica, tanto en su patogenia como en su presentación clínica (Goldman-Cecil, 2016).

Es importante recalcar que el deterioro cognoscitivo es un padecimiento sindromático, lo que quiere decir que es multicausal, donde un grupo de enfermedades comparten el deterioro de las funciones mentales llamadas superiores generalmente en forma global. Sin embargo, es claro que hay riesgos específicos que llevan a una predisposición de esta afección; enfermedades genéticas degenerativas y el riesgo cardiovascular en las de origen vascular (Arrieta J. M., 20019).

Desafortunadamente la persona con demencia tiene a la vez una enfermedad crónica y una terminal, primero perdiendo la capacidad de realizar actividades cotidianas de forma independiente y finalmente haciéndose totalmente dependiente en todos los aspectos del autocuidado. Como enfermedad puede afectar a diferentes áreas del cerebro y a diferentes niveles de la corteza, no hay un curso clínico uniforme ni predecible (Bayona H. , 2017) (Instituto Nacional de Geriátría, 2014).

Epidemiología.

En México ya se cuenta con información epidemiológica sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencial (DCND) en adultos mayores. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) por primera vez incluyó una sección para población de 60 años y más, la cual evaluó la frecuencia de DCND y demencias. De acuerdo con los datos presentados sobre prevalencia de la demencia en México, se estima que en 2014 existen 860 000 personas con este padecimiento en el país. La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo (Instituto Nacional de Geriátría, 2014).

A nivel mundial, 31.7% del total de los años vividos con discapacidad son atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas. Entre los adultos mayores, la depresión y la demencia son los principales factores que contribuyen a este fenómeno. La demencia contribuye a 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades crónicas, siendo de mayor proporción que los correspondientes a

eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%), (Instituto Nacional de Geriátría, 2014).

Clasificación de Demencias.

Como anteriormente se mencionó, la inevitable etiqueta de demencia dirigido a <<enfermedad de Alzheimer>>, es común, sin embargo, la existencia de diferentes variantes de este proceso crónico degenerativo, ofrece la pauta para plantear una clasificación. Existen variantes formas de clasificar las demencias, y estas pueden depender de sus manifestaciones clínicas, de su etiología, o incluso de hallazgos anatomopatológicos. La clasificación que se presenta a continuación está representada por la etiología.

1. La Enfermedad de Alzheimer (EA), la causa más frecuente de demencia, responsable del 50 al 70% de todos los casos. Tiene comienzo insidioso y, aunque su causa exacta es desconocida, puede tener componente genético y otro ambiental.
2. La Demencia Vascular (DV), es la segunda forma de demencia más frecuente y suele presentarse de manera más aguda. Sin duda, tiene una influencia de factores disfuncionales cardiovasculares.
3. La Demencia con cuerpos de Lewy que en este grupo incluye la Enfermedad de Parkinson con demencia y la demencia con cuerpos de Lewy. Esta forma de demencia tiene unas características patológicas especiales con la presencia de estructuras redondeadas (cuerpos de Lewy) y neuritis en el cerebro.
4. El grupo de Demencia del lóbulo frontoparietal, la demencia de Pick y demencia mixta. Cada una de manera especial tienen rasgos específicos, sin embargo, uno de ellos es la presentación de cambios de la personalidad y atrofia del lóbulo frontoparietal del cerebro (Kasper, y otros, 2006).

Demencia Mixta.

Ahondare de manera especial en este tipo de demencia, por fines de interés a este Proceso de Atención de Enfermería. El termino Demencia Mixta es utilizado para señalar la presencia en el mismo individuo de dos tipos de demencia: Demencia Vasculuar y Enfermedad de Alzheimer.

Ahora bien, para poder llegar a una comprensión de este tipo de Demencia, es fundamental el desarrollo de ambas disfuncionalidades neurológicas (Bayona H. , 2017) (Astorga, 2015).

Demencia Vasculuar.

Este tipo de demencia puede subclasificarse a su vez: demencia por infartos múltiples y enfermedad difusa de la sustancia blanca (leucoaraiosis). Se presentan posterior de lesiones cerebrales extensas, generalmente secundarias a eventos cerebrovasculares. Se caracterizan, en general, por tener un deterioro cognoscitivo escalonado y súbito (Kasper, y otros, 2006).

Conforme a ello, la demencia por infartos múltiples es probablemente la forma más común de demencia vasculuar. Se atribuye a infartos cerebrales en grandes o pequeños vasos que afectan las áreas corticales y subcorticales. Clásicamente se ubica en las arterias cerebrales de gran calibre, y generalmente se atribuye a la trombosis aterosclerótica o a la embolia cardiogénica. De los infartos cerebrales el 80% son isquémicos y el 20% hemorrágicos. Dentro de los isquémicos están los de

grandes arterias entre ellos los de la arteria cerebral anterior o los de cerebral posterior. Están los infartos de localización talámica, sobre todo los de arterias paramedianas, tuberotalámica con compromiso del núcleo anterior del tálamo. Corresponde indicar que, en una gran parte de los casos, los antecedentes de hipertensión, diabetes y coronariopatía son persistentes.

Por otra parte, la afección en la sustancia blanca, por infartos lacunares se asocian frecuentemente con lesiones isquémicas crónicas de la sustancia blanca cerebral. Su patogénesis probablemente sea multifactorial, pero generalmente se destina a hipoxia e isquemia. El termino leucoaraiosis, es el resultado del daño de pequeños vasos perforantes arteriales, lo que lleva a daño por hipoperfusión (Arrieta J. M., 20019) (Bayona H. , 2017).

Enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por cambios neuropatológicos degenerativos progresivos, con un deterioro global asociado al funcionamiento cognitivo. La secuencia patológica comienza en las estructuras del lóbulo temporal medio y luego regresa a frontales, temporal y parietal, con preservación relativa de las regiones motoras, corticales, sensoriales y regiones subcorticales (Gomez-Restrepo, Hernandez Bayona , Jordan Quintero , Rojas-Urego, & Santacruz Oleas, 2018).

Síntomas.

Los síntomas pueden variar dependiendo de la gravedad del daño tisular del área cerebral afectada. Pero los síntomas de factor principal son: afasia, agnosia, apraxia, cambios de la personalidad, disfunción ejecutiva, psicosis, delirium y trastornos del movimiento (Goldman-Cecil, 2016).

Diagnóstico.

El diagnóstico para cualquier tipo de demencia se enfoca en que el individuo presente alteraciones cognoscitivas en la memoria y en dos o más áreas de su funcionamiento, con compromiso de la vida diaria. Es decir, los criterios tienden a ser generalizados, para después indagar evidencia específica del tipo de demencia.

El deterioro cognoscitivo es detectado y diagnosticado a través de una combinación de: historia clínica focalizada y examen físico: hallazgos de imágenes incluyendo la evaluación del delirio y la depresión e identificación de condiciones comórbidas (p. ej. Deterioro sensorial). del paciente, una evaluación cognitiva objetiva, ya sea un examen del estado mental o una prueba neuropsicológica geriátrica, así como estudios de laboratorio para descartar delirio (Colino, Mauleón Ladrero, Condorhuaman Alvarado, & González Montalvo , 2017).

Evaluaciones Cognitivas.

Las evaluaciones cognitivas, son variantes pero las más aceptadas son las siguientes, sin embargo, cualquier herramienta de evaluación específicamente aplicable para población geriátrica es útil. El Examen Mínimo del Estado Mental (Mini Mental State Examination, MMSE) evalúa la memoria (aprender y recordar tres palabras), la orientación, la memoria de trabajo, el lenguaje y habilidades visuoespaciales; es una prueba corta, de fácil aplicación, con una moderada sensibilidad para el diagnóstico de demencia, es útil en la estadificación y seguimiento de la progresión; sin embargo, le falta sensibilidad para detectar deterioro cognoscitivo leve o demencia leve, además de que la edad avanzada y la baja escolaridad pueden confundir los resultados y dar falsos positivos. Existen otras pruebas útiles como la prueba del reloj y la Evaluación Cognoscitiva de

Montreal (MoCA), entre otras. Las pruebas neuropsicológicas formales aportan información detallada de dominios cognoscitivos específicos, dando una imagen más clara de las fortalezas y debilidades del paciente (Aldana , Valverde, & Fábregas, 2016).

Tratamiento Farmacológico

Existe en la actualidad una gran variedad de fármacos utilizados en el tratamiento de la demencia, sin embargo, solo algunos de ellos han mostrado eficacia y pocos efectos adversos, situación que incluso en algunos casos obliga a retirar el tratamiento. Aunado que el control de las enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, etc., relacionadas a demencia, en su caso evita su presentación. Circunstancias como el tipo de demencia, su gravedad, el estado clínico, la presencia de otras comorbilidades y la situación sociofamiliar o socioeconómica entre otras, nos ayuda a determinar cómo equipo multidisciplinario la intervención más adecuada. Aun cuando es cierto que son muy pocas las causas reversibles de demencia, siempre estar en la obligación de buscarlas, y en el caso de no ser así debemos pensar en la posibilidad de pautar medicamentos, que, si bien no curan la enfermedad, si pueden modificar su curso o mejorar la calidad de vida, en especial cuando hay alteraciones del comportamiento (Colino, Mauleón Ladrero, Condorhuaman Alvarado, & González Montalvo , 2017) (Gomez-Restrepo, Hernandez Bayona , Jordan Quintero , Rojas-Urego, & Santacruz Oleas, 2018).

Tratamiento no farmacológico.

Las terapias no farmacológicas para el tratamiento de las demencias deben implementarse en todos los pacientes y comprometer en este objetivo a los familiares y cuidadores. La evaluación individual, realizada nos dará la pauta

principal de este tipo de medidas, que buscan mejorar la calidad de vida de todos ellos. En estos casos, la herramienta de trabajo más importante es la capacitación del familiar o del personal responsable del cuidado. Como resultado de este proceso se deducen conductas dirigidas, modificaciones del medio ambiente, como evitar las barreras arquitectónicas, adecuación de los baños, luz adecuada, mantener una rutina, y evitar perturbaciones en el ambiente.

Algunas de las técnicas más utilizadas en el tratamiento de los pacientes con demencia incluyen: adaptación del medio ambiente, técnicas de reorientación a la realidad, reminiscencias, aromaterapia y estimulación cognitiva y sensorial. (Bayona H. , 2017).

METODOLOGÍA

Durante la realización de mi servicio social en el: Programa Universitario de Servicio de Enfermería Universitario en el Hogar, en el periodo de agosto 2018 a Julio 2019, otorgaba cuidado de enfermería mayoritariamente a adultos mayores en su ambiente natural, que lo era su hogar.

En el mes de abril, como parte de una actividad formal y parte del proceso normativo, realice la valoración inicial en su hogar, al Señor Rodolfo S. R., cuyo objeto fue recabar datos específicos de su estado de salud integral, y al mismo tiempo evaluar el ambiente social, estructural y familiar en el que se desarrollaba.

La inclinación de documentar todo el proceso enfermero del cuidado que proporcionaría, fue debido a la patología principal. La Demencia Mixta, es un síndrome complejo, desde una perspectiva orgánica la afección es una gama de disfuncionalidades y es esa razón lo que hace que el diagnóstico certero sea escaso. Así mismo el seguimiento sanitario puntual es limitado.

De manera formal, explique al Señor Rodolfo S.R. la documentación que realizaría de los cuidados enfermeros, posterior a ello, plantee a su cuidadora primaria el desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería el cual sería la opción a titulación. Y solicite su autorización mediante un documento formal: consentimiento informado, accediendo a la petición. A partir de ese instante el desarrollo del Proceso Enfermero, inicio con la valoración, utilizando dos instrumentos para obtener información general y específica. Esta misma se basó en: exploración física, estudio de historia clínica, datos proporcionados por la cuidadora primaria y referencias del seguimiento de: Consulta externa, laboratorio y estudios de gabinete.

La fase de diagnóstico, basada en las necesidades alteradas, así como los riesgos potenciales, para plantearlo se utilizó la referencia bibliográfica de Definiciones y clasificación de Diagnósticos Enfermeros NANDA. Para posteriormente exponer las fases de Planeación y Ejecución con base a las Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (NIC) / Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC

HISTORÍA CLÍNICA

Rodolfo S. R. Masculino de 84 años.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Hermano con Diabetes Mellitus tipo II, resto interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Originario de Michoacán, residente de la Ciudad de México desde hace 66 años, católico, sacerdote. Dieta Enteral, niega inmunizaciones recientes, tabaquismo, etilismo y toxicomanías negadas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Médicos: **1.** Diabetes Mellitus tipo II de 29 años de evolución en tratamiento con Insulina de acción prolongada 10 UI. **2.** Daño microvascular con retinopatía diabética tratada desde hace 7 años con fotocoagulación, nefropatía diabética (TFG 23. 67 MI/Mn C/G-28.9 MDRD/KDOQI 4), **3.** Dislipidemia no especificada, previamente con tratamiento a base de Atorvastatina 40 mg, al día de hoy suspendida. **4.** Múltiples Eventos Vascular Cerebral: 2007; aparentemente transitorio sin secuelas. 2015; Hemorrágico, hematoma subdural crónico con sangrado subagudo. **5.** Síndrome isquémico coronario no especificado, diagnosticado hace 14 años en prueba de esfuerzo, por presentar disnea. Se realiza cateterismo, no se tiene registro de colocación de stents, sin embargo, recibe tratamiento médico. **6.** Fibrilación auricular diagnosticado

hace 14 años en tratamiento con digoxina 0.125 mg, posterior doxazocina 3 mg cada 24 horas. **7.** Hiperplasia prostática benigna, inicialmente en tratamiento con tamsulosina, interviniendo en 2 ocasiones 2009, 2010 por RTU con láser (vaporización). Actualmente sin tratamiento médico. **8.** Infección de vías urinarias con repetición en 2013 y año en curso en tratamiento ambulatorio con múltiples antibióticos. **9.** Enfermedad vascular venosa con trombosis venosa en 2012, así como enfermedad arterial periférica hace 6 años, se colocó puente de derivación femoropoplítea derecho diciembre de 2012. **Quirúrgicos:****1.** Vaporización prostática (RTU). **2.** Fotocoagulación hace 7 años por retinopatía diabética. **3.** Puente de derivación femoropoplítea MP derecho diciembre 2012. Craneotomía Frontal izquierda en 2015 por EVC hemorrágico. Niega traumáticos, transfusionales y alérgicos interrogados y negados.

PADECIMIENTO ACTUAL: Inicio el 29 de enero del año en curso, con hematuria macroscópica, orina fétida, disuria y tenesmo. Por lo que acudió a urgencias en el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Al día siguiente, se tomaron estudios de laboratorio y se realizó TAC de abdomen y pelvis contrastada que reporto: cistitis enfisematosa. Se colocó sonda Foley y se citó a clínica de ertapenem con seguimiento en consulta externa de Urología en el INCMNSZ. Sin embargo, el 3.02.19 presento desconexión con el medio, bruxismo y mirada fija, su cuidadora refirió aparentemente cuadro convulsivo (se desconoce post-ictal), motivo por el cual acudió a urgencias. A su llegada a sala se encontró neurológicamente íntegro, se tomaron estudios de laboratorio, en los que destacó hiperglucemia (204 mg/dl). Además de que se realizó TAC de cráneo contrastada sin lesiones agudas intra ni extra-axiales al momento del estudio. Motivo por el cual fue egresado con datos de alarma. El 05.02.19 a las 8:00 a.m. mientras se encontraba en clínica de ertapenem

presento bradilalia, sialorrea, somnolencia y debilidad generalizada de 3 minutos de duración, por lo que fue enviado al servicio de urgencias para valoración inmediata. La gasometría inicial arrojó los siguientes valores (Tabla 1). Ingreso a RCP por hipoglucemia sintomática, en donde se administró 50 ml de Sol. Glucosada al 50%, con mejoría de cifra 93 mg/dl, sin mejoría del estado neurológico. Se realizó una nueva TAC de cráneo (05.02.19) con reporte de leucopatía de vasos pequeños. Posterior se realizaron los siguientes estudios de laboratorio: (Tabla 2). Por desaturación y persistencia de delirium activo se realizó Rx de tórax que reporto: sin evidencia de neumonía por este método. Prominencia intersticial y datos indirectos de hipertensión arterial pulmonar sin cambios significativos. Aparente aire libre subdiafragmático izquierdo, probablemente intragástrico, a correlacionar con clínica y antecedentes.

Se integraron los diagnósticos de Enfermedad Multi-infarto (trastorno de la deglución), más infección de vías urinarias complicada, hipoglucemia grave resuelta y se decidió su ingreso a observación para vigilancia neurológica, reanimación y tratamiento. Realizada la interconsulta con el servicio de Neurología quienes indicaron iniciar con Levetiracetam cada 12 horas. Durante su estancia se realizó examen video fluoroscópico de la deglución en donde se evidenció intolerancia de la vía oral, por lo que se colocó SNG con requerimiento de Propofol como dosis única ya que el paciente no cooperó. Posteriormente el paciente se retiró en múltiples ocasiones, reportando crecimiento de E. Coli sensible en urocultivo, por lo que el cambio de línea antibiótica llegó a ser ceftriaxona (10 días). El día 19.02.19 se colocó sonda de gastrostomía percutánea sin complicaciones. Se decidió su egreso para continuar seguimiento por consulta externa 22.02.19.

GASOMETRIA

pH	7.47
PaCO2	4.1 mmHg
PaO2	63 mmHg
Na	133 mEq/L
K	4.3 mEq/L
Glucosa	50 mg/dl
Htc	50%
Hb	6.7 mg/dl
Lactato	0.7 mg/dL
HCO3	29.8 mEq/L
SO2	92.5%

Tabla1. Fuente: Historia Clínica.

LABORATORIO

Hb	16.2 mg/dl
Leucocitos	10.1 10 ³ /μL
Neutrófilos	85.0%
Plaquetas	130 10 ³ /μL
Albumina	3.30 g/dl
Bilirrubina Total	1.08 mg/dl
Bilirrubina Directa	0.25 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.83 mg/dl
ALT	24 U/L
Glucosa	180 mg/dl
BUN	33.30 mg/dl
Urea	85.0 mg/dl
Creatinina	1.50 mg/dl
Na	132 mEq/L
K	4.62 mEq/L
Cl	95 mEq/L
P	3 mEq/L
Ca	10.40 mEq/L

Tabla2. Fuente: Historia Clínica

VALORACIÓN POR NECESIDADES

Necesidad de Oxigenación: El señor Rodolfo S. R. cuenta con oxigenoterapia de bajo flujo: puntas nasales 2 litros x minuto, por disnea de esfuerzo. Narinas permeables, región torácica epidermis integra, movimientos respiratorios costoabdominales, expansión torácica asimétrica amplitud predominante derecha, en la auscultación presencia de crepitaciones lóbulo medial región derecha. Ciclo de respiración superficial, continuo y lento, frecuencia respiratoria 18x', presenta bradicardia de 56x', a la auscultación en focos cardiacos no se perciben ruidos agregados. Tensión Arterial: 110/65.

Necesidad de Alimentación: Peso: 52.600 kg. IMC: 18.6. Labios hidratados, en la cavidad bucal presencia de sarro periodontal, caries dental en molares superior e inferior izquierdo, halitosis, lengua saburral, disfagia; disfuncionalidad en la fase voluntaria de deglución. Sonda de gastrostomía tipo Karoo #20 Fr, con válvula López en región epigástrica, ocluida con gasas no estériles, con signos de infección: eritema y exudado seroso-purulento, presencia de olor fétido y dolor al tacto [Instalada el 19.02.19]. Dieta polimérica cada 4 horas, 440 ml con suplemento alimenticio más 100 gr de Caseinato de Calcio disuelto en 100ml de agua. Infusión lenta en 1 hora. Ministración de agua purificada: 200 ml aproximadamente. Glicemia capilar preprandial: 101 mg/dl. Ministración de 14 UI de Insulina Glargina preprandial, por las mañanas.

Necesidad de Eliminación: Perímetro abdominal: 67 cm Abdomen globoso, distendido, depresible con facies de dolor al realizar la palpación, percusión sonido mate, hipoperistaltismo intestinal 3x', refiere cuidadora primaria estreñimiento por 48 horas. Genitales íntegros, presencia de hiperestesia, Giordano bilateral negativo, incontinencia urinaria; uso de pañal, orina con características macroscópicas: color

amarillo paja, no concentrada, ausencia de hematuria, volumen aproximado de 400 ml.

Necesidad de Movimiento y mantener una buena postura: Estatura 1.60 cm. En posición de 45°, desalineado conforme al eje central anatómico, con tendencia hacia el lado izquierdo. Asistencia para el puente ascendente y descendente, no mantiene la posición bípeda de manera autónoma, cifosis, desalineación con el eje anatómico mostrada región lumbar, anteproyección de cabeza, mirada hacia el piso, pasos cortos que no rebasan en sí la distancia entre ambos pies, marcha festinante, claudicación. Extremidades torácicas íntegras, desviación escapular hacia la izquierda, arcos de movilidad pasivo hombro flexión limitadas: 160°/130°, abducción 160°/110° rotación interna no valorable por resistencia, rotación externa 60°/20° dolor en últimos grados de hombro izquierdo, tono débil. Extremidades pélvicas con laceraciones en maléolo derecho, y en la región inferior de la articulación rotuliana. Cambios significativos en la inspección de la piel por insuficiencia vascular periférica de predominio izquierdo, edema en maléolo izquierdo ++, llenado capilar distal de 5 segundos, disminución de temperatura superficial bilateral. Arcos de movilidad pasivos cadera con desalineación pelviana izquierda, rotación interna 15°/14°, rotación externa 20°/20° rodilla 110°/100° tono muscular deteriorado. No evoca reflejos patológicos.

Necesidad de Descanso y Sueño: Glasgow: 11 puntos, confuso y somnoliento. Edema palpebral. Refiere la cuidadora primaria que durante la noche concilia rápidamente el sueño, es ininterrumpido. Mantiene aporte de oxígeno durante todo el ciclo sueño-vigilia.

Necesidad de vestirse y desvestirse: Cooperación hasta donde le permiten los arcos de movilidad para poner prendas. Totalmente independiente. No usa medias de compresión.

Necesidad de Mantener la temperatura del cuerpo adecuadamente: Mantiene una temperatura corporal oscilante entre 35.7°C-36°C. Debido al bajo gasto cardiaco: hipotermia.

Necesidad de higiene corporal y protección de tegumentos: Baño diario en regadera, lubricación corporal, higiene bucal escasa (cuando accede a hacerlo, cada tercer día), acumulación excesiva de cerumen bilateral, uñas de miembros torácicos descuidadas con acumulación de suciedad y no limadas. UPP grado II; en región sacra, predominante en glúteo izquierdo, no se encuentra en tratamiento, dermatitis por pañal, presentando eritema excesivo.

Necesidad de Evitar peligros en el entorno: Múltiples déficits sensoriales: Retinopatía diabética, disminución de la agudeza visual en el globo ocular izquierdo con 25%, marcha inestable, hipoacusia. Demencia mixta, irritación y agresividad con momentos de delirio. Piso inadecuado no antiderrapante.

Necesidad de Comunicar emociones y necesidades: Anatomía y fisiología de la fonación íntegra, presenta afasia. La comunicación es escasa, y solo con monosílabos o para expresar dolor, hace referencia la cuidadora primaria.

Necesidad de actuar según sus creencias religiosas: La participación en actividades religiosas en su comunidad es nula, rechaza dedicar tiempo al culto religioso y se siente incómodo. Sin embargo, esporádicamente tiene la iniciativa de hacerlo.

Necesidad de ocuparse para realizarse: Presenta desinterés y fatiga para realizar actividades.

Necesidad de recrearse: Su participación es nula, no presenta interés o iniciativa.

Necesidad de Aprender: Presenta somnolencia y estado de confusión. Desinterés y fatiga.

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1Ingestión		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ESTADO NEUROLÓGICO: Función sensitivo/motor.					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la deglución r/c lesión cerebral m/p disfunción en la fase voluntaria de la deglución, retraso y masticación insuficiente ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: REAL		INDICADORES					
		Deglución	—	→			
		Movimiento lingual	—	→			
		Movimiento muscular facial.	—	→			
		Nutrición	—	→			
1=Desviación grave.	2= Desviación Sustancial	3=Desviación Moderada	4=Desviación Leve	5= Sin desviación del rango normal			

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1. Posición de 90°. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo y tusígeno.</p> <p>2. Valorar el sellado de los labios y lengua, si existe fatiga muscular, reflejo de succión y fonación.</p> <p>3. Interconsulta con foniatría: inicio de plan de rehabilitación.</p> <p>4. Rehabilitación del estado de deglución continua. Enseñanza a cuidadora primaria para seguimiento de la rehabilitación.</p> <p>5. Nutrición Enteral</p>	<p>1. La broncoaspiración puede llegar a producirse por la entrada de cualquiera de las sustancias de la dieta polimérica a la vía aérea, debido a la encrucijada anatómica de la vía aerodigestiva superior aumentando el riesgo de broncoaspiración que podría llevar a una neumonía. El reflujo gastroesofágico es otro factor de riesgo de aspiración en los adultos mayores, producido por la reducción en la presión del esfínter esofágico inferior. Los fármacos que suelen recibir estos pacientes y ciertas patologías reducen la presión de este esfínter. Por otro lado, la presión del esfínter esofágico superior disminuye con el envejecimiento y durante el sueño y, además, muchos adultos mayores sanos experimentan una elevada incidencia de peristaltismo esofágico anómalo que altera el aclaramiento del reflujo. (Rojas Jara, Cacéres Martínez, Joy, & Morinigo Martínez, 2017).</p> <p>2. La naturaleza de la masticación es, esencialmente, neurorrefleja y física. En ella intervienen los músculos masticatorios principales (maceteros, temporales, pterigoideos externos e internos, inervados por ramas motoras del V par craneal) y los músculos masticatorios secundarios (orbicular de los labios, bucinadores y la lengua, inervados por el VII y XII pares craneales, respectivamente). (Lendinez-Mesa, y otros, 2014).</p> <p>3. Las causas más frecuentes de disfagia orofaríngea son las de origen neurológico 12% con una prevalencia superior al 30% tras un accidente cerebrovascular del 52-82% en la enfermedad de Parkinson y del 84% para la enfermedad de Alzheimer. La evaluación y el seguimiento de los pacientes disfágicos requiere una relación estrecha de un equipo multidisciplinar que puedan llegar a eliminar o disminuir las deficiencias y riesgos que representan orgánicamente. (Bleecx, 2019).</p> <p>4. En los pacientes de mayor edad se encuentra evidencia científica de efecto terapéutico constante y de calidad sobre la eficacia y la seguridad de las fases oral y faríngea de la deglución. La rehabilitación de la deglución indirecta: consiste en ejercicios para fortalecer la musculatura, favorecer el reflejo deglutorio y el mecanismo de cierre glótico. Se realizan en vacío, sin que el paciente trague alimentos o líquidos. Al estimular la zona orofacial se favorece el desarrollo sensorial que se realiza por medio de la percepción intraoral, regulando la musculatura orofacial para adaptar el tono muscular y así activar los movimientos de cara y beneficiar las funciones débiles e inexistentes orofaciales. (Cuerda & Collado Vázquez, 2012) Rehabilitación de la musculatura implicada en la deglución, para mejorar el tono, fuerza, amplitud, velocidad y coordinación de la misma. (Sanz, 2018) Entre el 87% y el 91% de los pacientes que sufren disfagia tienen una causalidad neurológica, y aparece como complicación de los ACV en un 29-81% de los casos. Pasados 3 meses, la cantidad de pacientes que persisten con esta complicación disminuye hasta un 13%. (Pérez, 2018). Corresponde a los profesionales de la salud, la enseñanza de la familia a la situación disfuncional que con lleva la disfagia, así esto tendrá un impacto en el ímpetu del desarrollo positivo o negativo. (Bleecx, 2019).</p> <p>5. En general, en pacientes que precisan soporte nutricional, siempre que sea posible, se prefiere el uso de la nutrición enteral a la parenteral, porque tiene muchas ventajas: está asociada a un menor número de complicaciones, proporciona determinados nutrientes que no están disponibles en los preparados de nutrición parenteral y no se excluye la presencia de nutrientes en la luz intestinal, lo que permite mantener la integridad estructural y funcional del tracto gastrointestinal. (Ponce, Garrigues, Ortíz, & Ponce, 2017). En los pacientes con demencia las alteraciones nutricionales ocurren hasta en un 86%. . La valoración y el soporte nutricional del anciano hacen parte de su manejo integral, por la disminución de la ingesta debido a procesos neurológicos que producen disfagia neuromotora en demencia, accidente cerebrovascular, la opción estándar es: gastrostomía endoscópica percutánea. (Atencio, Blanco Pérez, & Otero Regino , 2015).</p>

EJECUCIÓN

15/Abril/2019.

Se le pide cooperación al señor Rodolfo. Los ejercicios a realizar:

1) Fortalecimiento de la musculatura de la masticación: Musculo temporal, Musculo. pterigoideo medial, Musculo pterigoideo lateral y Músculos de la lengua; Músculos internos de la lengua. Con la ayuda de un abatelenguas de plástico: lo introduzco en la boca, coloco en la región interna del M. mesetero y realizo movimientos circulares bilateralmente, en dirección a la región temporal y de manera contraria cumpliendo cinco repeticiones.

2) Fortalecimiento de la musculatura de la lengua, M. internos de la lengua. Con un abatelenguas, coloco en el labio inferior en la línea medial, estímulo su contracción, creando resistencia; al indicar que cierre y junte los labios, ocho repeticiones, valorando la característica cualitativa de la acción. Así mismo realizarlo en el labio superior. Incentivando la cooperación para ejecutar dos veces al día. En la semana cinco realizo las siguientes modificaciones: cuantitativas (diez repeticiones de fortalecimiento de la musculatura de la masticación), y cuantitativamente (estimular la contracción del labio inferior y superior efectuando resistencia en la comisura labial, bilateralmente pasando a ser diez repeticiones del labio superior más diez más del labio inferior.

En cada una de las sesiones se practica la enseñanza a la cuidadora primaria, permitiendo la imitación de cada uno de los ejercicios.

3) Permitir la autonomía de higiene bucal: durante ella, especificar indicaciones al Padre Rodolfo, para que realice esfuerzos musculares propicios para su rehabilitación de deglución; así mismo repeticiones aumentadas de la retención de agua para enjuagar la boca.

4) Nutrición enteral: Corrección en los cuidados generales y específicos. En el procedimiento de preparación y ministración de nutriciones por vía enteral. Lavado de manos, técnica aséptica durante la misma, higiene de utensilios utilizados, fechado de bolsas de alimentación y purga de equipo.

EVALUACIÓN

11/Jun/19.

Después de nueve semanas de la terapia de deglución, en el consultorio de Foniatría en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), se evalúa conjuntamente el progreso de la fuerza muscular trabajada. En posición de 90° y con una escala de Glasgow de 12 puntos, se le explica al señor Rodolfo el procedimiento a realizar y se le pide de su cooperación. Abre la boca, y se le indica que muestre la lengua y mantenga esa acción por lo menos un minuto, para posteriormente indicar que haga la acción de deglutir la saliva acumulada en los carrillos dentales, durante el proceso se observa el manejo correcto del M. mesetero, y el derrame de escasa saliva en la comisura labial, predominantemente región izquierda. Se valora la acción de contracción del arco cigomático, colocando bilateralmente el dedo índice en la articulación mandibular e indicando que de nuevo realice la acción de deglutir. La acción de contracción-antagonismo de la musculatura de la masticación y existe un aumento sustancial de la funcionalidad.

Con respecto a la evaluación: La especialista, programa prueba de bario en 20 días. Para revalorar la función total de la deglución.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo. CLASE: 4 respuestas cardiovasculares/pulmonares.		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ESTADO CIRCULATORIO				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c antecedentes de enfermedad cardiovascular. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Riesgo.	INDICADORES	1	2	3	4	5
	Presión Arterial: Sistólica y diastólica	→				
	Soplos en los grandes vasos.	→				
	Saturación de Oxígeno	→				
	Gasto Urinario		→			
1=Desviación grave.	2= Desviación Sustancial	3=Desviación Moderada	4=Desviación Leve	5= Sin desviación del rango normal		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1.Valoración continua de signos vitales.</p> <p>2.Realización de terapia física: conforme al estado circulatorio-respiratorio.</p> <p>3.Vigilar la demanda continua en la actividad física: circulatoria-respiratoria.</p> <p>4.Identificación oportuna ante cualquier signo de hipoxia, o disfunción cardíaca.</p> <p>5.Ministración de Oxígeno complementario de bajo flujo conforme a demanda orgánica.</p> <p>6.Ministración de medicamentos por vía enteral.</p>	<p>1. Deben buscarse signos de mala tolerancia con el fin de no retrasar las medidas terapéuticas de urgencia o incluso una reanimación. La inspección puede revelar signos de lucha, como retracción de los músculos respiratorios accesorios o balanceo toracoabdominal. La presencia de cianosis, sudoración, taquicardia superior a 120 pulsaciones por minuto, pulso paradójico o signos de estado de shock (livedo reticularis, hipotensión arterial, oligoanuria). (Bonay, 2016).</p> <p>2. El ejercicio físico supone una de las piedras angulares para contrarrestar los factores de riesgo cardiovascular. Se sabe que la realización de ejercicio físico aeróbico, tal y como aconsejan las sociedades científicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se relaciona con una mejoría del riesgo cardiovascular en la población y, en un amplio porcentaje, por la mejoría en el control de estos factores de riesgo. (Oterino Manzananas, y otros, 2017). El ejercicio ayuda a controlar los factores de riesgo cardiovascular, mejora la tolerancia al esfuerzo y la propia isquemia miocárdica, tiene efectos psicológicos positivos y reduce la hospitalización y la mortalidad postinfarto. Controlar la frecuencia cardíaca y la presión arterial es de utilidad para reducir las crisis de angina. La anemia, el hipertiroidismo o las infecciones pueden ser desencadenantes de angina en el anciano con cardiopatía isquémica, por lo que se recomienda su estudio, detección y tratamiento. (Mártinez Selles, Gómez Huelgas, Abu Assi, Calderon, & Vidan, 2017).</p> <p>4. La cardiopatía isquémica se puede definir como la enfermedad cardíaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco. (Álcala Lopez, Maicas Bellido, Hernández Simon, & Rodríguez Padial, 2017).</p> <p>5. El desarrollo de desigualdades de la relación ventilación/perfusión repercute sobre el conjunto de los intercambios gaseosos del pulmón, es decir, sobre su capacidad para captar O₂ y expulsar CO₂. Los contenidos de O₂ (CO₂) y de CO₂ (CCO₂) de los capilares pulmonares terminales de cada alveolo están determinados por las presiones parciales de estos gases en los alveolos (idénticas a las de los capilares terminales) y por las curvas de disociación de la hemoglobina para los dos gases. La composición final depende no sólo de los contenidos de O₂ y CO₂, sino también del nivel de perfusión de cada compartimento alveolar. La oxigenoterapia consiste en la inhalación de aire enriquecido con oxígeno. El objetivo de este tratamiento sintomático es corregir la hipoxemia mediante el aumento de la fracción inspirada de O₂ (FiO₂) en el transcurso de afecciones agudas o crónicas que provocan un efecto cortocircuito, un trastorno de difusión e hipoventilación alveolar. La oxigenoterapia permite disminuir la hipoxia tisular corrigiendo la hipoxemia. (Bonay, 2016)</p> <p>6. Los Anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K, como el inhibidor directo de la trombina (dabigatrán) y los inhibidores del factor Xa (apixabán, edoxabán y rivaroxabán), son una alternativa adecuada a los antagonistas de la vitamina K (AVK) para la prevención de ACV. Su uso en la práctica clínica aumenta rápidamente. Todos los nuevos anticoagulantes orales (NACO) tienen un efecto predecible (inicio y fin de la acción) sin necesidad de una monitorización regular de la anticoagulación. (Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento, 2017). Los ancianos con cardiopatía isquémica crónica presentan con frecuencia pluripatología, fragilidad o síndromes geriátricos que limitan las posibilidades terapéuticas y empeoran el pronóstico. (Mártinez Selles, Gómez Huelgas, Abu Assi, Calderon, & Vidan, 2017).</p>

EJECUCIÓN

15/Abril/2019.

El señor Rodolfo se encuentra en su habitación, sentado, con los siguientes signos vitales; 100/65, FR: 18x' con una importante bradicardia; 62x' y Saturación de oxígeno periférica: 90%. El gasto urinario es de 300 ml hasta el mediodía. La persistencia de bradicardia durante dos semanas fue persistente; la correlación de su tensión arterial con la funcionalidad respiratoria no es afectadas. Durante la terapia física se lleva a cabo la congruencia de valorar al inicio, durante y después la funcionalidad y el impacto orgánico. Reflejando una estabilidad en la frecuencia cardiaca y oxigenación. El día 19 y 25 de mayo, presenta bradicardia de 59x' y viéndose afectada la demanda de oxígeno: SatO2 79%, colocando oxígeno suplementario por sistema de bajo flujo a 2 litros por minuto.

La ministración adecuada y correcta por vía enteral de tratamiento farmacológico: antiarrítmico.

EVALUACIÓN

El restablecimiento de la función cardiaca es considerable: conforme a la terapia física y seguimiento puntual del tratamiento farmacológico al igual que de consulta externa cardiológica. Las modificaciones en ese restablecimiento fueron variables dependientes de las comorbilidades; la frecuencia cardiaca llego a mantenerse en 81x'. Por tanto la disfuncionalidad respiratoria fue disminuyéndose.

DOMINIO: 5 Percepción/cognición. CLASE: 4 Cognición.		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC NIVEL DE DEMENCIA				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Confusión crónica r/c Demencia multiinfarto m/p agitación, delirium, alteración en el nivel de conciencia, alucinaciones y agresividad. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real.	INDICADORES	G	S	M	L	N
	Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria.	—→				
	Desorientación: temporal y espacial.	—→				
	Agresividad	—→				
	Alteración del nivel de conciencia.	—→				
G= Grave	S=Sustancial	M= Moderado	L= Leve.	N=Ninguno.		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1. Valoración constante del estado neurológico: Escala de Glasgow.</p> <p>2. Asistencia en actividades: de aseo y deambulación.</p> <p>3. Mantener una activación cognitiva.</p> <p>4. Mantener una activación social.</p> <p>5. Ejecutar de manera coherente la orientación en tiempo y espacio.</p> <p>6. Aportar un ambiente reconocible. Componer una esfera ambiental que no provoque alteraciones.</p> <p>7. Conservar la seguridad paciente-enfermera.</p> <p>8. Tratamiento farmacológico.</p>	<p>1. Es una herramienta reconocida internacionalmente¹⁶ con la cual se valora el nivel de consciencia de un paciente. Esta evalúa 2 aspectos de la consciencia: estado de alerta y el estado cognoscitivo. (Muñana Rodríguez & Ramírez Elias , 2014). El Delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome agudo y fluctuante, con alteraciones de la atención, conciencia y cognición, precipitado ya sea por una enfermedad subyacente o un evento en personas vulnerables. Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. Puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. (Astorga, 2015).</p> <p>2. Las intervenciones preventivas como la reorientación frecuente, la movilización precoz, el tratamiento del dolor, asistencia en actividades higiénicas, la nutrición adecuada, la hidratación, y garantizar patrones de sueño adecuados han demostrado reducir la incidencia de delirio, sin importar el entorno de la atención. (Astorga, 2015).</p> <p>3. La estimulación cognitiva permite disminuir el impacto neurológico de la propia demencia en la persona, así la falla cerebral es retrasada de manera gradual, debido a la implementación de intervenciones que activen redes neuronales además de que mejora la calidad de vida de los adultos mayores. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016).</p> <p>4. Debido a la persistencia en los síntomas como: desorientación, delirium y la disminución generalmente aguda del nivel de actividad y conducta habitual, la integración a un círculo social permite la activación constante de la función de la memoria y el estímulo socioafectivo que influyen de manera positiva a la rehabilitación integral. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016).</p> <p>5. Estimular los estados de alerta en el paciente: orientar al paciente con un calendario, reloj y permitir la identificación propia del día y la noche son actividades cognitivamente estimulantes que mejoran significativamente la orientación y muestra una significativa reducción en la tasa de uso farmacológico, dependiendo del estadio de la etiología (Gómez Tovar , Díaz Suarez , & Cortes Muñoz, 2016).</p> <p>6. Siempre se debe intentar primero las estrategias no farmacológicas para calmar al paciente. Inicialmente modificar el ambiente para disminuir los estímulos, bajar la luz y el ruido, evitar el movimiento innecesario de personal, así como favorecer la presencia de la familia y explicar los procedimientos con un tono calmado. Se recomienda una aproximación usando un acrónimo "TADA" que significa: Tolerar, Anticiparse y No agitarse (" Don't agitate "). Es decir, tolerar conductas que podrían ser contrarias a la rutina (por ejemplo, que el paciente se levante de la camilla o intente quitarse las vías venosas), esto permite al paciente cierto grado de control y evita mayor agitación. (Carrasco & Zalaquett, 2017). Entre los factores estresores presentes en este tipo de ambiente, se destaca la alteración sensorial, identificando algunos tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal, repentino que provoque miedo y ansiedad y, más aún, pueden alterar la cantidad y calidad de sueño. (Gómez Tovar , Díaz Suarez , & Cortes Muñoz, 2016).</p> <p>7. La reorientación se recomienda sólo si al paciente le ayuda a calmarse. (Carrasco & Zalaquett, 2017). Si el paciente con delirium se encuentra ansioso o con agitación y se considera que existe el riesgo de que se haga daño a sí mismo o a otros, se recomienda utilizar primero técnicas tranquilizadoras verbales y no verbales (ej. tacto gentil), y solo en caso de no ser efectivas considerar el manejo farmacológico de corto plazo (no mayor a 1 semana) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016). El contar con familiares que ayuden a calmarlo reduce la necesidad de contención física que se sabe aumenta la agitación.</p> <p>8. El tratamiento farmacológico consiste en revertir síntomas adversos; irritación y agresividad, para mantener su propia seguridad en el entorno social y físico. La quetiapina está indicada para el tratamiento de: Psicosis agudas y crónicas, se absorbe bien y se metaboliza ampliamente después de la administración oral. La biodisponibilidad de la quetiapina no se ve afectada de manera significativa por la administración de alimentos. (Prieto, Mico, Meana, & Majdas, 2016).</p>

EJECUCIÓN

15/Abril/2019.

El señor Rodolfo se encuentra sentado, con un puntaje en la escala de Glasgow de 11 puntos, estado confuso y somnoliento, no cooperador. Durante el cuidado continuo el estado de agresividad propicia un ambiente inseguro y disfuncional. Con respecto a patología: se indica la interconsulta con psiquiatría. Indicando tratamiento farmacológico específico (antipsicótico: Quetiapina de 25 mg. Ministrando una dosis de 12.5 mg por vía enteral cada 24 horas). El progreso proporcionado del mismo permite la realización de intervenciones oportunas del estado cognitivo.

- 1) Estimulación cognitiva: Terapia dirigida a la activación de áreas sensitivas de la corteza cerebral. Durante la primera semana como método de adaptación a la realización de esta actividad se destina 15 minutos, a la ejecución de actividades focalizadas. Sentado en reposte con un puntaje en la escala de Glasgow de 12 puntos y en estado de somnolencia. Con fichas tipo disco de color, colocadas en una mesa frente a él, se le indica que identifique las fichas de un color determinado y las deposite de un contenedor, así mismo pedirle que enumere cada una, Al inicio la indicación no es comprendida, hasta ejemplificar la actividad. Expresa desinterés y enfado al tener que realizarlo.
- 2) Orientación espacial: Propiciar el reconocimiento del medio que lo rodea. Traslado al jardín, paseando, y planteando conversación de interés e inducir la integración y observación del espacio. Así también interrogar a profundidad sobre; situaciones, personas u objetos que reconozca inmediatamente.
- 3) Asistencia en actividades de higiene y deambulación: El mantenimiento de la rutina constante de higiene; baño de regadera conservo la seguridad enfermera-paciente, culminando todo el proceso. Sosteniendo una comunicación constante, pidiendo permiso y de su cooperación para realizar la actividad de asistencia. Para el cambio de vestimenta requiere de asistencia total.

Posterior a esta primera semana, con respecto a la respuesta favorable son sumadas dos actividades diferentes y el tiempo es incrementado a 30 minutos.

Activación social: Induzco con ayuda de la cuidadora primaria la participación pasiva en actividades de su medio social, con actitud negativa en el inicio para posteriormente tener una adaptación en la mayor parte del tiempo favorable. Conservo un ambiente físico, reconocible para él, asistiendo en la adaptación de su medio social, actuando como mediadora en un ambiente nuevo y en momentos de delirium.

EVALUACIÓN

27/Junio/2019.

Debido a la afección en la corteza cerebral por multiinfartos. La evolución fue mínima sustancialmente. Sin embargo, la evolución mostrada se vio reflejada en un espontaneo y eventual interés a reconocer, familiarizarse e interactuar con el medio que lo rodea. La estimulación cognitiva, se vio propicia en el mejoramiento de demostrar la capacidad intelectual propia.

DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE :2 Actividad/reposo		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ESTADO NEUROLÓGICO: Control motor central.					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la ambulación r/c disfuncionalidad musculoesquelético m/p disfuncionalidad para caminar distancias requeridas, subir escaleras y mantener postura de bipedestación. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real.		INDICADORES					
		Mantenimiento de la postura.		→			
		Anomalías de la marcha.		→			
		Movimientos involuntarios.		→			
		Actividad Comicial.		→			
1=Desviación grave	2= Desviación Sustancial	3=Desviación Moderada	4=Desviación Leve	5= Sin desviación del rango normal			

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
1. Inducir la cooperación en la deambulacion constante.	1. En un contexto de decisiones voluntarias el sistema nervioso lleva a cabo la interacción de las funciones: sensitivas, integradora y motora. Para la construcción de una acción específica motora. (Cerde A. , 2014) (Tortora & Derrickson , 2013).
2. Corrección de postura con respecto al eje anatómico en posición sentado.	2. La inestabilidad segmentaria de músculos locales con respecto a una articulación es la causa de dolor recidivante y parte de una cascada de modificaciones musculoesqueléticas. (Valerius , y otros, 2015) Mantiene el funcionamiento eficaz de ligamentos, tendones, músculos, liquido sinovial y el cartilago articular. Se ha demostrado que podría actuar sobre los circuitos medulares aumentando la modulación inhibitoria de reflejos propioceptivos y facilita los mecanismos neuroplásticos evitando la plasticidad maladaptativa. (Cuerda & Collado Vázquez, 2012).
3. Fortalecimiento articular.	3. Los movimientos voluntarios son aquellos que se realizan con una finalidad y que mejoran con la práctica gracias a los mecanismos de retroacción y acción anticipadora, es decir, que se diseñan aprovechando las experiencias previas y señales anterógradas que se envían a los músculos. Este tipo de movimientos renuncian a la velocidad en beneficio de la precisión. (Cuerda & Collado Vázquez, 2012) (Herrera, 2017).
4. Enseñanza para la autonomía en puentes ascendentes y descendentes.	4. En el envejecimiento ocurren una serie de modificaciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio, lo que provoca un mayor riesgo a caídas, la enseñanza a este tipo de actividades repercute en dos líneas directas: la primera en la funcionalidad orgánica muscular y esquelética, en una segunda línea aporta independencia a la persona lo que se ve reflejado en un estado emocional. (Aldana , Valverde, & Fábregas, 2016)
5. Terapia física: reeducación de la marcha.	5. Las fibras de proyección que proceden de las área visual y auditiva del cerebro permiten la integración cortical de la información visual y auditiva para poder modificar la actividad del área motora primaria La reeducación de la marcha tiene esa línea de conexión y finalidad la reintegración de la vía corticoespinal para que transmita la información enseñada y visualizada en la terapia física para que sea recibida por los ganglios basales, el tronco encefálico y el cerebelo. Cuando el movimiento es adecuado, se induce una potenciación general positiva de retroalimentación que registra este movimiento para un posible uso en el futuro. (Cuerda & Collado Vázquez, 2012).
6. Conservación homeostática circulatoria-respiratoria durante la terapia física.	6. Así también se requiere el incluir la rehabilitación cardiorrespiratoria, más aún en adultos mayores con patologías cardiovasculares. Fortaleciendo la capacidad del gasto cardíaco para respuesta y la estimulación propioceptiva del SNC. Regulando la excitabilidad propia de la actividad realizada. (Mogollón, Camero Solórzano1, Álvarez González, & Casillas Llaquiche , 2018).

EJECUCIÓN

16/Abril/19

1. Inducir la cooperación para deambular: Se incentiva en primera instancia a deambular asistidamente cuando expresa necesidad de acudir al sanitario. Posteriormente para trasladarse a cama, reposet o silla de ruedas. Induciendo la conducta y manteniéndola.
2. Corrección postural: Durante la marcha propiamente corregir las anomalías en el patrón. Verbalización, indicando los movimientos correctos a realizar en distintas fases de la marcha:
 - I. Balanceo inicial. Corrección para el despegue del suelo de los metatarsianos y la flexión completa de la rodilla.
 - II. Soporte medio. Corrección de la extremidad contralateral para que pierda el contacto los metatarsianos con el piso y el peso corporal se transfiera a lo largo del pie hasta alinearse con la cabeza de los metatarsianos.
 - III. Pre-balanceo: Corrección de la extremidad contralateral entra en contacto con el piso y cuando el pie ipsilateral despegue del piso.
3. Fortalecimiento articular: En posición anatómica sobre su cama; monitorizando al inicio, durante y hasta el término, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno al igual que el estado de conciencia. Explico al padre Rodolfo sobre los movimientos a realizar y pidiendo de su cooperación. Comenzando con movimientos isotónicos asistidos en la articulación metacarpofalángica; rotación interna y externa, articulación humerorradial: flexión y rotación interna y externa, en posición decúbito lateral derecha posteriormente izquierda: articulaciones de cadera, rodilla en flexión hasta el punto máximo permitido sin dolor. En posición decúbito supino en la articulación metatarsofalángica; rotación interna, externa, abducción y aducción.

22/Abril – 10/Mayo 2019

4. Terapia física: Reeducción de la marcha. En una rampa con barras paralelas de 8 metros de distancia. Al señor Rodolfo se le explica a la importancia de caminar y su debida cooperación para realizarlo. Con ayuda de la cuidadora primaria al inicio de la actividad, se asiste para que realice el puente ascendente mano a mano atraer hacia la posición bípeda, posteriormente posicionar ambos miembros torácicos en barras paralelas: colocando cinturón de seguridad alrededor de la región abdominal y observando la demanda cardio-pulmonar con oxímetro.

13 Mayo – 22 Mayo 2019.

Realizo cambios en la actividad de barras paralelas: el padre Rodolfo con ambas manos colocadas en barras y con impulso recíproco del cinturón de seguridad detrás para lograr la posición bípeda. Aumento a 16 metros, tolerables.

23 Mayo – 28 Junio. La marcha en la rampa con barras paralelas, se realiza con ejercicios específicos dirigidos a la reeducación de la marcha. En la posición bípeda colocación de las bandas elásticas en ocho, en primera instancia situar la banda en la región anterior del M. cuádriceps femoral en la región distal de la rodilla, formando un ocho en la región posterior de la misma articulación siendo el regreso de la banda a la región proximal de la rodilla y siguiendo la misma dinámica, se entrelaza la banda formando una cruz, para llegar a realizar la sujeción en el miembro pélvico del padre Rodolfo. Así se realiza de manera correctiva y asistida la fase de balanceo inicial y pre-balanceo, dando un soporte medio de la marcha. Realizando 16 metros y valorando oximetría intermitentemente.

EVALUACIÓN

28/Junio/2019

El señor Rodolfo, mantuvo una constancia intermitente al igual que su cooperación; para la deambulación, la corrección postural, el fortalecimiento articular y la terapia física. Se logro inducir la propia iniciativa para todo ello. En cuanto a la corrección de la postura durante la marcha eventualmente mantenía la postura adecuada: sobre todo la dificultad permanecía en la región de la columna vertebral y la posición de la cabeza. Sustancialmente se observó avance en las fases de la marcha en las que se enfocaba la corrección: es decir que la flexión y el despegue de metatarsianos al igual que de la rodilla. El fortalecimiento articular y en continuación con la reeducación de la marcha aisló de manera contundente un riesgo potencial de espasticidad y deterioro musculoesquelético, así mismo repercutió en un estado cognitivo: circulatorio-respiratorio y psíquico conforme a su edad e impacto de comorbilidades. Se concreto una independencia particular y fue realizar puentes ascendentes y ocasionalmente puentes descendentes, en cuya situación la asistencia se enfocaba en posicionar miembros torácicos en soporte e indicar y ejemplificar la acción a realizar.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición CLASE: 4 Cognición		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ESTADO NEUROLÓGICO				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la memoria r/c disfunción neurológica m/p incapacidad para retener información y aprender nueva información, desorientación: espacio y tiempo (Glasgow 11 puntos). ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real.	INDICADORES	1	2	3	4	5
	Conciencia	—	→			
	Función autónoma.	—	→			
	Capacidad Cognitiva	—	→	→		
	Control motor central.	—	→			
1= Gravemente comprometido	2=Sustancial comprometido	3= Moderado comprometido	4= Leve	5=Ninguno compromiso		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Valoración del estado neurológico: Escala de Glasgow. 2. Estimulación cognitiva. 3. Plasticidad cerebral. 4. Fomento a la participación de actividades religiosas en su medio social. 5. Ofrecer la autonomía a su medida de decisiones. 6. Ministración de tratamiento farmacológico.	<p>1. Es una herramienta reconocida internacionalmente con la cual se valora el nivel de consciencia de un paciente. Esta evalúa 2 aspectos de la consciencia: estado de alerta y el estado cognoscitivo. Dado que las anormalidades del grado de consciencia se caracterizan por el deterioro del estado de alerta o vigilia y son consecuencia de lesiones agudas del sistema de activación reticular ascendente, provocando un estado de confusión aguda a ciertos estímulos externos así mismo reflejando un estado de somnolencia, desorientación y falta de atención. (Simon, 2013).</p> <p>2. Es el conjunto de técnicas y estrategias adoptadas para optimizar la eficacia del funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, orientación y praxis). (González, 2018). Las áreas de asociación del cerebro con funciones de integración complejas como: la memoria, las emociones, el razonamiento, la voluntad, el juicio y la inteligencia, se correlacionan con este tipo de estimulación. (Tortora & Derrickson, 2013). Por lo tanto, la utilización de estas técnicas propician la recuperación o bien la interrupción del daño orgánico en estas funciones cerebrales. (Galindo, Efectos de la emoción sobre la neurofisiología de la memoria, 2015).</p> <p>3. El grado de excitación específica para esta capacidad del organismo permite enriquecer el estado cognitivo de la persona ya que permite cambios físicos y funcionales del cerebro, y que es inherentemente bidireccional: a partir de los mismos mecanismos la función cerebral puede, bien ser incrementada, bien ser degradada, dependiendo de las circunstancias. (Vega, 2013).</p> <p>4. El enriquecimiento ambiental se ha encontrado un aumento de la angiogénesis en el cerebro, este incremento se ve reflejado en el volumen de la corteza cerebral se ha atribuido posteriormente a un mayor número de dendritas y de contactos sinápticos en las neuronas corticales. Al estar integrada una persona en un medio lleno de estímulos inherentemente predispone a una mejor memoria de reconocimiento de objetos. (Vega, 2013)(Micheli, Fernandez, & Cersosimo, 2014).</p> <p>5. La capacidad del individuo de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás concede la estimulación de funciones mentales superiores: pensar, procesar información para la memoria, planificar, crear y decidir. Controla las acciones del cuerpo y posibilita la apreciación consciente de las emociones. El envejecimiento repercute en el deterioro de la sinapsis y así mismo la activación constante de los lóbulos de la corteza cerebral. (Cuerda & Collado Vázquez, 2012)</p> <p>6. Uno de los síntomas de persistencia es la alteración conductual e irritación propios síntomas de la progresión de la demencia, el tratar este síntoma coadyuva de manera eficaz para la atención de la persona y satisfacer necesidades básicas. La quetiapina es un agente antipsicótico atípico. La quetiapina y el metabolito activo en plasma humano, norquetiapina, interactúan con una amplia gama de receptores neurotransmisores. Estas dos presentan afinidad por la serotonina cerebral (5HT₂) y los receptores de dopamina D₁ y D₂. Esta combinación de antagonismo de receptores con una mayor selectividad de 5HT₂, con relación a los receptores de dopamina D₂, se cree que contribuye con las propiedades antipsicóticas clínicas y la posibilidad de efectos secundarios extrapiramidales (Colino, Mauleón Ladrero, Condorhuaman Alvarado, & González Montalvo, 2017).</p>

EJECUCIÓN

17/Abril/2019

La valoración de la escala de Glasgow: 12 puntos. Estimulación Cognitiva: Con ayuda de un libro de mándalas y una serie de pinturas de colores fuertes, pinceles anchos, con cerdas de alto grosor. El padre Rodolfo sentado y una mesa al frente, fomento la participación en la actividad, asisto a tomar correctamente el pincel y tomar pintura para plasmar en el cuaderno. Durante su participación realizo las correcciones posturales que llegan a tomar su miembro torácico. Después se intercambia el pincel a la mano izquierda, aplicando mayor énfasis en los movimientos y uso, manteniendo mayor tiempo la utilización de esa región.

En el tablero de damas chinas tomar la canica y colocarla en uno de los orificios cualquiera, posterior a los días se aumentan características estimativas: contar cada una de las canicas, colocar canicas de un solo color en un determinado cuadrante, colocar y retirar contando en un determinado cuadrante e intercalando colores. Otra actividad es con pelotas pequeñas de diferentes colores, colocando dos distintos cestos uno vacío y otro conteniendo las pelotas separar con la mano izquierda las pelotas de un color en específico, llevándolas al cesto vacío. Con un rosario, de cuentas grandes, fomentarlo a realizar una oración.

Plasticidad Cerebral: En una charola, se disponía de distintas texturas: arroz, lenteja, arena artificial, esferas de gel, indicándole que introduzca sus manos, posteriormente se adjuntó a poner fichas dentro de cada textura y que las buscara para ponerlas en otro recipiente, intercalando el trabajo con ambas manos. Adjunte otra actividad en la que se vio su participación activa; el citar un salmo de la biblia y el padre Rodolfo finalizarlo. En una asta de madera y con aros medianos se le indicaba arrojar el aro, combinando el uso de ambas manos. En cada una de las actividades se explicaba oralmente y ejemplificando.

Candelarización de actividades recreativas: visitas a iglesias de su gusto personal, al igual que paseos matutinos a parques.

EVALUACIÓN

Durante las intervenciones realizadas, la participación en ciertos días era total, lo que producía a su vez un interés acumulado para que las actividades siguieran siendo consistentes. La repetición continua y ampliación de la actividad permitió que el padre Rodolfo pudiese realizar la misma, sin la ejemplificación mayor a 2 veces, o incluso la comprensión de la actividad correspondía a la explicación oral. El desarrollo de estas actividades en conjunto permitió un desarrollo integral como persona social y de manera perceptible una desaceleración del deterioro cognitivo.

DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 5 Comunicación		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la comunicación verbal r/c disfuncionalidad del sistema nervioso central m/p afasia expresiva, dificultad para prestar atención selectiva y desorientación. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real.	INDICADORES					
	Identifica objetos comunes.	1	2	3	4	5
	Verbaliza un mensaje coherente.			→		
	Muestra procesos del pensamiento lógicos.			→		
G= Grave.	S=Sustancial	M= Moderado	L= Leve.	N=Ninguno.		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1.Terapia de Lenguaje. 2.Fomentar la comunicación continua. 3.Identificación de su medio ambiente y personas físicas con quien lo comparte.	<p>1. Es utilizada cuando existe un proceso neurodegenerativo, con diferente sustrato neuropatológico como déficits selectivos de ciertas funciones cognitivas. Las manifestaciones clínicas dependen de la topografía lesional. Las funciones cerebrales superiores como lo es el lenguaje depende de la integración de zonas corticales y subcorticales lo que propicia este tipo de terapia es inducir la reconexión de esa unión y establecer nuevamente la función en una capacidad total o medial dependiendo de factores orgánicos. Los componentes principales del lenguaje se encuentran en el hemisferio dominante. * Área de Broca: Se localiza en el lóbulo frontal izquierdo, las funciones de esta área son: formulación verbal (morfosintaxis) que corresponde a la expresión y comprensión de estructuras sintácticas. Además, tiene una participación en la planificación y programación motora para la articulación del habla. *Área de Wernicke: Se lo caliza en el lóbulo temporal izquierdo. Las funciones de estas áreas son la comprensión auditiva y el procesamiento de la selección del léxico. *Lóbulo de la ínsula: Se ha planteado que esta estructura cumple un rol en la conversión de los fonemas en información motora para que esta pueda ser leída en el área de Broca (premotora), se ha podido relacionar que la ínsula anterior está relacionada con el procesamiento articulatorio complejo como palabras de larga metería y dífonos. *Hemisferio derecho: Procesa la información de manera sinóptica y analítica o secuencial como lo hace el hemisferio izquierdo. Contribuye de manera significativa a la expresión y comprensión del discurso. *Áreas prefrontales: Participan en el lenguaje, fundamentalmente en la habilidad discursiva a través de funcione ejecutiva, que está relacionada con la iniciación de la actividad verbal: planificación de lo que se a decir. (González V. & Hornauer-Hughes, 2014) (Tortora & Derrickson , 2013).</p> <p>2.Para formular una oración, lo primero es tener una idea, que se genera a través de conceptos en el sistema semántico. Posteriormente, en el área de Wernicke se accede al léxico con el objetivo de seleccionar las palabras que representan los conceptos (procesamiento léxico). En forma paralela, en el área de Broca se selecciona el verbo, se ordenan las palabras de forma adecuada y se eligen los nexos (procesamiento gramatical). A continuación, en la circunvolución supramarginal, se seleccionan los fonemas que componen cada una de las palabras de la oración. Acto seguido, esta información viaja hacia el lóbulo de la ínsula donde se convierte en información motora, la cual es enviada hacia el área de Broca donde se seleccionan los planes motores necesarios para producir cada uno de los sonidos que componen las palabras de la oración. Cada uno de estos planes contiene información sobre los músculos que van a participar, cuáles se van a contraer, por cuánto tiempo y qué músculos se van a relajar. Acto seguido, esta información es enviada al área motora primaria (área 4 en el mapa de Brodmann), donde baja hacia los pares craneales a través del haz corticonuclear. Las áreas motoras 6 y 8, las estructuras subcorticales (ganglios de la base) y el cerebelo forman parte de esta actividad motora. Los pares craneales que participan en el habla son el V, VII, IX, X, XI y XII. Finalmente, la información llega a los músculos de los órganos fonoarticulatorios, donde se llevan a cabo una serie de eventos que dan como resultado la producción hablada del enunciado. (Sastre-Gómez, Celis-Leal, Roa Dela Torre, & Luengas-Monroy, 2017) (González V. & Hornauer-Hughes, 2014)</p> <p>3.La memoria episódica o recuerdo de eventos marcados por referencias temporales, espaciales o por experiencias personales, es una red de orden superior por la que los estímulos más relevantes atraen el foco de la atención, para decidir su uso posterior e incorporarlos al pensamiento y la conducta. Desarrollados y previamente estimulados por un ambiente físico reconocible. La conexión directa entre distintas regiones cerebrales a través de tractos de sustancia blanca, conformados por las trayectorias de los paquetes axonales, permitiendo la interacción en tiempo real. (Aldana , Valverde, & Fábregas, 2016).</p>

EJECUCIÓN

19/Abril/2019.

Terapia de lenguaje: Formulación de oraciones sencillas y básicas. Con ayuda de un pizarrón blanco el señor Rodolfo sentado en reposit y colocándome frente a él. Escribo dos palabras reconocibles; pidiendo que las lea y a su vez complementa con una palabra más la oración. Apoyándole en reconocer una palabra adecuada con la oración. Reconocimiento espacial y físico de los objetos que lo rodean, cuestionando la función de cada uno. Promover la autonomía y las necesidades inmediatas que tenga: ofreciendo la pauta precisa para que se exprese. Reconocimiento de letras, y a su vez solicitando palabras con la misma. Posterior a dos semanas, se le solicita en un contexto de conversación la utilización de palabras en otro idioma, dominado por él, concediendo el papel de educador.

Causar la participación oral en actos religiosos. Tiempo dedicado a la lectura religiosa, siendo él un escuchante y participando activamente en la comprensión de esta, realizando preguntas.

EVALUACIÓN

El señor Rodolfo, tuvo un progreso considerable en esta disfuncionalidad, llegó a expresar puntualmente las necesidades que tenía, la formulación de oraciones complejas esporádicamente y utilización de estas en contexto a fin tuvo una evolución sustancial. Coadyuvantemente con las comorbilidades presentes el avance obtenido fue consistente.

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión física.		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC CIUDADOS DE LA OSTOMÍA					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p ostomía en región epigástrica con signos de infección: eritema y exudado seroso-purulento, presencia de olor fétido y dolor al tacto (EVA 7/10). ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real		INDICADORES					
		Mantiene el cuidado de la piel.	1	2	3	4	5
		Controla las complicaciones relacionadas con la ostomía.					
		Mantiene una ingesta adecuada de líquidos.					
1= Nunca demostrado	2= Raramente demostrado	3= A veces demostrado	4= Frecuentemente demostrado	5= Siempre demostrado			

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1. Enseñanza en la curación a la cuidadora primaria cada 24 horas con técnica y materiales específicos.</p> <p>2. Enseñanza en la identificación de signos de infección en la piel peristomal.</p> <p>3. Enseñanza en los cuidados específicos de la sonda enteral.</p> <p>4. Plantear las actividades específicas con respecto a la alimentación enteral y ministración de tratamiento farmacológico.</p> <p>5. Ministración continua de líquido por vía enteral.</p>	<p><i>1. Durante las 2 primeras semanas el estoma debe limpiarse diariamente con jabón suave y agua, secando bien la zona y aplicando solución antiséptica. Si no aparece inflamación periestomal el paciente puede ducharse en una semana. No se recomienda la colocación de gasas entre la piel y el retenedor externo, excepto si existe drenaje periestomal. La sonda y sus componentes (anillos de retención, tapones) también deben limpiarse y secarse diariamente con agua y jabón, así como comprobarse periódicamente el correcto inflado del balón a partir de la segunda semana. Para evitar úlceras por decúbito en las paredes abdominal y gástrica la sonda debe ser rotada diariamente 360° en ambos sentidos, y ser traccionada arriba y abajo 1-2 cm. (Molina Villaba, Vázquez Rodríguez, & Gallardo Sánchez, 2018).</i></p> <p><i>2. Las complicaciones secundarias a la colocación endoscópica de una sonda de gastrostomía se pueden clasificar en menores o mayores en función de la gravedad, Las complicaciones ocurren fundamentalmente en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, desnutridos y con historia de broncoaspiraciones o infecciones. *Infección en la herida: Clínicamente se caracteriza por la presencia de eritema, granuloma y exudado purulento periestomal, pudiendo presentar incluso signos de inflamación sistémica. *Fuga periestomal: La pérdida de fijación del estoma que ocurre en los días posteriores a la realización de la gastrostomía se relaciona con una incisión demasiado amplia o con un retraso en la producción de tejido de granulación en el estoma, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, desnutridos o diabéticos. Fascitis necrosante. * La fascitis necrosante es una complicación rara y grave, que consiste en una infección grave de los tejidos blandos periestomales, de inicio agudo y rápidamente progresiva, generalmente de naturaleza polimicrobiana. Puede reconocerse por la aparición de edema, eritema, dolor y fiebre. Se asocia a diabetes mellitus, malnutrición, neoplasias o inmunosupresión. (Molina Villaba, Vázquez Rodríguez, & Gallardo Sánchez, 2018).</i></p> <p><i>3. La educación es una parte integral del rol de la enfermera en el cuidado del paciente. Para poder asegurar el éxito del plan de enseñanza, los procesos involucrados deben centrarse en el paciente e incluir también a su familia, se deben iniciar en forma oportuna, con un proceso educativo estructurado y estandarizado que esté acorde con las necesidades del individuo, sus valores culturales, creencias religiosas, preferencias de aprendizaje, capacidades cognitivas y de comunicación. La finalidad es preparar a la familia y al cuidador en la atención de las necesidades del paciente en el hogar, la prevención de complicaciones, mayor adherencia al tratamiento, y facilitar su adaptación a su nuevo rol en la vida familiar (Díaz Rodríguez, 2016).</i></p> <p><i>4. La técnica correcta en la ministración de nutrición enteral, conlleva varios aspectos específicos: preparación (cantidades exactas e higiene), horario a ministrar, mantenimiento de técnica aséptica en los insumos utilizados para la ministración. (Federal, 2012).</i></p> <p><i>5. Los pacientes de edad avanzada requieren una especial atención en la adecuación de su ingesta de líquidos. También los pacientes con diarrea, vómitos, fiebre o pérdidas anormales de líquidos corren el riesgo de presentar cuadros de deshidratación. Asegurar suministrar suficiente cantidad de agua entre cada alimentación intermitente o bien cada 4-8 horas en caso de alimentación continua. (Federal, 2012).</i></p>

EJECUCIÓN

15/Abril/2019

Después del baño realización de curación: ostomía gástrica, con gasas estériles, guantes estériles, espuma de clorhexidina al 0.12% y protector cutáneo (cavilon), gluconato de clorhexidina al 2%. Explico al señor Rodolfo el procedimiento. Lavado de manos y calzado de guantes, destensar el botón de la sonda y aplicación en región periestomal de espuma de clorhexidina al 0.12%, realizando un arrastre en dirección: derecha a izquierda realizando doblez en la gasa contaminada, haciendo el arrastre, distanciándose del centro aproximándose a la periferia; izquierda – derecha. Desinfección del botón, de la sonda y válvula López, con gluconato de clorhexidina al 2% posterior aplicación de protector cutáneo en la región periestomal, giro de 360° de la sonda y ajuste del botón. Ministración intermitente de líquido vía enteral.

Enseñanza a cuidadora primaria sobre el cuidado específico e identificación oportuna de los signos de infección, así como la planeación de un horario en donde se determina: horario de nutrición enteral, cantidad, tiempo de infusión, horario de tratamiento farmacológico, terapias y el seguimiento de consultas.

La omisión durante varias semanas a este cuidado repercutió en la aparición de un granuloma en la región periestomal con dolor durante la curación. La intervención se basa en la cauterización del granuloma con óxido de plata.

EVALUACIÓN

Posterior a la cauterización del granuloma y fortalecimiento en la enseñanza de los cuidados específicos y generales, no se presenta nuevamente la situación. La elaboración de un horario permitió a la cuidadora primaria realizar el cuidado específico.

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. CLASE: 1 Función urinaria		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la eliminación urinaria r/c disfunción sensitivo-motor m/p incontinencia urinaria. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real	INDICADORES	G	S	M	L	N
	Vaciamiento completo de la vejiga.	—	—	—	→	
	Incontinencia funcional.	—	—	—	→	
	Disuria	—	—	—	→	
	Características físicas de la orina.	—	—	—	→	
G= Grave.	S=Sustancial	M= Moderado	L= Leve.	N=Ninguno.		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Deambulación al expresar la intención de orinar. 2. Reeducación de la vesical. 3. Proporcionar el tiempo adecuado para el vaciamiento completo. 4. Identificar oportunamente: signos de infección. 5. Observación de características macroscópicas de la orina. 6. Ministración de tratamiento farmacológico.	<p>1. En el adulto mayor la comunicación constante de satisfacer sus necesidades de orinar ayuda como un método de aprendizaje, que permite a la paciente tomar conciencia de una acción para reproducirla, haciéndola perceptible mediante información auditiva y/o visual.</p> <p>2. La vejiga es un órgano que cicla en dos fases de manera constante: la fase de continencia y la fase miccional. Para su adecuado funcionamiento requiere de complejas relaciones anatómicas y funcionales entre el músculo de su pared (detrusor) y su tracto de salida (esfínter interno, externo y uretra). Funcionalmente, la fase de continencia depende de la ausencia de contracciones vesicales y del cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano.</p> <p>3. La coordinación y regulación de estas relaciones depende de la inervación tanto visceral (autonómica simpática y parasimpática) como somática, requiriendo integración a distintos niveles neurológicos (medular, mesencefálico y cortical). Incontinencia por ineficiencia de vaciado: Pacientes que presentan vaciado vesical incompleto dejando residuos postmicciones elevados. Puede deberse a una uropatía obstructiva baja (ej. crecimiento prostático, prolapso genital) o a un detrusor hipocontráctil durante la fase miccional. Los residuos elevados pueden llevar a incontinencia urinaria por rebosamiento. (Chiang, Valdevenito, & Mercado, 2018) (Gaytan, 2016).</p> <p>4. Las infecciones del tracto urinario ocurren con mayor frecuencia en pacientes diabéticos que en la población general. Entre los factores de riesgo que favorecen la mayor incidencia de infecciones del tracto urinario en pacientes con diabetes se han mencionado: género, glucosuria (que podría facilitar la proliferación bacteriana en la orina), edad avanzada, disfunción inmune, urotelio modificado (que da lugar a una mayor adhesión bacteriana a las fimbrias tipo I de E. coli) y disfunción neurológica crónica de la vejiga; sin embargo, las causas que determinan la mayor incidencia de infección urinaria en los diabéticos son todavía motivo de controversia (Lucas P., Franco Q., & Castellano G., 2018).</p> <p>5. El aumento de tamaño de la glándula prostática, también conocido como Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) es una patología de carácter no neoplásico, caracterizada por síntomas urinarios irritativos y obstructivos que son más frecuentes a medida que avanza la edad, afectando a 9 de cada 10 hombres después de los 80 años. Esta afección deteriora la calidad de vida del individuo, pudiendo desarrollar complicaciones como infecciones urinarias a repetición, obstrucción urinaria aguda, hidronefrosis e insuficiencia renal, si no se la diagnostica y trata tempranamente. (León, y otros, 2017).</p> <p>6. Para el tratamiento farmacológico de la hiperactividad vesical, independientemente de su origen neurogénico o no, disponemos de una amplia gama de agentes terapéuticos administrados por vía oral, como fármacos alfa-adrenérgicos (que aumentan la resistencia uretral), fármacos bloqueadores alfa selectivos de los receptores alfa1-adrenérgicos como doxazosina, tamsulosina, alfuzosina, terazosina y silodosina (que facilitan el vaciado vesical), antidepresivos tricíclicos como imipramina (efecto dual: anticolinérgico al inhibir la recaptación de serotonina y efecto central sedativo por su acción antihistamínica). Actualmente, los que tienen un papel más destacado son los anticolinérgicos, por ser los más eficaces al producir una relajación del músculo liso de la vejiga por bloqueo de los receptores muscarínicos. (Vazquez Alba, Carballido Rodríguez, & Bustamante Alarma, 2015).</p>

EJECUCIÓN

15/Abril/2019

Facilitar la expresión de la necesidad de orinar en cuanto tenga la sensación y así también asistir a la deambulación. La reeducación vesical, consta en determinar el ingreso de líquidos y el tiempo determinado en el que su cuerpo llega a eliminarlo, definiendo horarios relativos para proporcionar independencia y seguridad al igual que suprimir riesgos de humedad para afecciones tegumentarias y urinarias.

Durante el vaciamiento urinario en el excusado, proporcionar la privacidad pertinente y el tiempo. Reconocimiento de signos y síntomas de infección, mediante la observación macroscópica del gasto urinario. Ministración de tratamiento farmacológico (Doxazocina 3 mg cada 24 horas por vía enteral), evaluación del gasto urinario en 12 horas.

13/Mayo/19

Presenta alucinaciones, disuria y urgencia de orinar. Se indica acudir a urgencias por una probable infección en vías urinarias. Se confirma infección e inicia tratamiento antimicrobiano (Fosfomicina 500 mg cada 72 horas, 3 dosis vía enteral).

EVALUACIÓN

27/Jun/19

La reeducación vesical: proporciono concretar una independencia constante en el uso de pañal y la reducción a la exposición de humedad. La infección de vías urinarias; fue erradicada posterior a las tres dosis de antibiótico, eliminando los síntomas presentados.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC SEVERIDAD DE ENF. ARTERIAL PERIFÉRICA				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Perfusión tisular periférica ineficaz r/c inestabilidad de la glucosa en sangre m/p alteración de las características de la piel en miembros pélvicos: disminución de temperatura superficial bilateral, estasis venosa con predominio izquierdo, llenado capilar en 4 segundos, dolor, parestesia y disminución de pulsos periféricos. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real	INDICADORES	1	2	3	4	5
	Alteración de la sensibilidad de la piel en las extremidades	→				
	Alteración de la temperatura de la piel en las extremidades.	→				
	Movilidad física alterada.		→			
	Formación de trombos.	→				
G= Grave.	S=Sustancial	M= Moderado	L= Leve.	N=Ninguno		

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Valoración del dolor. 2. Inspección del estado de la piel. 3. Medidas antitrombóticas.	<p><i>1. Las patologías dolorosas crónicas son a menudo el resultado de fenómenos de neuroplasticidad, inducidos por necesidades adaptativas del organismo en respuesta a agresiones crónicas, cuya causa es a veces la persistencia de un estímulo doloroso. (Guillemet & Guy-Coichard., 2019).</i></p> <p><i>2. El conjunto de los músculos inervados por un tronco nervioso periférico corresponde a su territorio de inervación motora. Este último es constante en una misma especie animal. Lo mismo sucede con relación al territorio de inervación sensitiva correspondiente al territorio cutáneo de un tronco nervioso. En caso de lesión de un tronco nervioso, esta sistematización permite predecir el déficit sensitivo y motor del paciente. Cuanto más distal es la lesión de un tronco nervioso, más parcial es el déficit sensitivo y motor. (Michel, Tatu, Cosson, & Nollet, 2019)</i> <i>Evidencias recientes avalan el efecto beneficioso de los programas de deambulación domiciliarios con intervención cognitivo-conductual destinados a mejorar el rendimiento funcional, en comparación con una rama de control, solo de educación sobre salud. (Goldman-Cecil, 2016)</i> <i>La actividad física dirigida se asocia al descenso del riesgo de enfermedad cardiovascular, demostrando en adultos mayores una dosis-respuesta, llevando a una reducción de accidentes cerebrovasculares. (García-Ortiz, 2015).</i></p> <p><i>3. En situaciones clínicas complejas aquellas en que, por la comorbilidad, edad, pronóstico vital o tratamiento múltiple con fármacos de los pacientes, se configura una situación clínica de interacciones enfermedad-enfermedad; enfermedad-fármaco o fármaco-fármaco que no se incluye, una acción farmacológica. (Ruiz-Ruiz, y otros, 2019). El tratamiento debe considerarse directamente con la extensión de la enfermedad en las extremidades inferiores, de las expectativas del paciente, y de la posibilidad de ofrecer un beneficio duradero, ya sea con respecto a la apariencia o la mejoría de los síntomas. Principalmente en edad avanzada es conservador, basado en medidas higiénico-dietéticas profilácticas junto con la terapia de compresión. (Martínez Vila , Domínguez Echávarri , Toledano Illan , & Irimia Sieira , 2019)</i> <i>Los trombos se forman casi siempre en las venas distales de las extremidades inferiores y a nivel de las válvulas venosas, debido a una velocidad sanguínea menor. El dolor, el edema y la hiperemia cutánea se deben a la inflamación de la pared vascular y los tejidos circundantes, inflamación que varía de un paciente a otro. (Moumneh , Penalzoza, & Roy, 2018). Medidas físico-posturales: Reposo con elevación de los miembros inferiores sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día, para reducir la sintomatología y el edema. (Martínez Vila , Domínguez Echávarri , Toledano Illan , & Irimia Sieira , 2019)</i></p>

EJECUCIÓN

16/Abril/2019

La protección de la piel consta de la hidratación tópica, fundamentalmente dos o tres veces durante el día, aplicando en miembros pélvicos con masaje superficial, lento conforme a la circulación sanguínea. En cuanto acciones antitrombóticas la adecuación y uso de medios compresivos durante el día únicamente.

Posterior al baño y secado de extremidades pélvicas, de forma no opresiva, meticolosa e inspectiva, identificación del dolor y valorar anomalías en la epidermis. Durante el día la elevación de miembros pélvicos en reposet reclinable de tres a cuatro veces, coadyuvantemente constancia en la terapia física.

EVALUACIÓN

28/Junio/19

Desde una perspectiva panorámica del padre Rodolfo, se aminoro el riesgo latente de una lesión en el tejido tegumentario: por tanto, toda la cascada de consecuencias orgánicas ligado a ello.

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. CLASE :2 Función Gastrointestinal.		CRITERIOS DE RESULTADOS NOC ELIMINACIÓN INTESTINAL					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Estreñimiento r/c cambio de alimentación m/p hipoperistaltismo intestinal (3 x'), tenesmo y distensión abdominal. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO: Real	INDICADORES		1	2	3	4	5
	Actividad intestinal.			—	→		
	Cantidad de heces en relación la dieta.			—	→		
	Facilidad de la eliminación de las heces.			—	→		
G= Grave	S=Sustancial	M= Moderado	L= Leve.	N=Ninguno.			

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Ministración de líquidos por vía enteral. 2. Valoración de actividad intestinal. 3. Identificación de distensión abdominal y dolor. 4. Reconocer y enseñar la coherencia de alimentación enteral y la continuidad de evacuaciones. 5. Realizar actividades no farmacológicas para la evacuación. 6. Ministrar laxantes prescritos por el Médico.	<p>1.El músculo del colon desempeña cuatro funciones principales: 1) retrasa el paso del contenido luminal para dejar tiempo a la absorción de agua; 2) mezcla el contenido y permite el contacto con la mucosa; 3) permite que el colon almacene heces entre las defecaciones, y 4) propulsa el contenido hacia el ano. (Moital, 2018).</p> <p>2. El estreñimiento es otra complicación común de la nutrición por sonda. Los pacientes ancianos y encamados son los más propensos a padecer estreñimiento, circunstancia que se ve agravada por la inmovilidad. Las heces de consistencia en escala de Bristol 3 y 4 provocan numerosos trastornos en el recto, tales como hemorroides y rectorragias. También pueden causar impactación, que suele desembocar en incontinencia. Sus causas no han sido aclaradas en estudios controlados; se puede asociar con factores como: alteraciones en la motilidad intestinal secundarias al proceso patológico, cambios inducidos por diferentes fármacos de empleo habitual, y un aporte de fibra dietética insuficiente en relación con el contenido de la alimentación normal. Hay causas, como la inmovilidad o la restricción en la actividad física del paciente, en las cuales no podemos intervenir debido al proceso patológico, pero otras, como son la dieta o la medicación administrada, pueden revisarse y modificarse para así evitar que se produzca el estreñimiento. (Pérez Sánchez, y otros, 2017).</p> <p>4.El tránsito del contenido a lo largo del colon normalmente lleva horas o días (más que el tránsito en otras porciones del tubo digestivo). El tiempo de tránsito colónico medio en voluntarios sanos es de 34-35 h, con un límite superior de la normalidad de 72 h. Los estudios gammagráficos en personas estreñidas han mostrado que el tránsito global del contenido colónico es lento. En algunos pacientes, la velocidad de movimiento del contenido es aproximadamente normal en el colon ascendente y la flexura hepática, pero se retrasa en el colon transverso e izquierdo. Otros pacientes muestran tránsito lento en el lado izquierdo y derecho del colon.</p> <p>5.Si los pacientes tienen dificultades para expulsar las heces, hay que aconsejarles que coloquen un soporte de unos 15 cm de altura bajo los pies cuando se sienten en el inodoro, de modo que las caderas queden flexionadas y adopten una posición en cuclillas. A las personas con un estilo de vida inactivo hay que animarles a realizar actividades. Debe evitarse el uso de fármacos astringentes. (Moital, 2018) En el estreñimiento agudo se deben emplear laxantes durante un período corto de tiempo. En pacientes con estreñimiento crónico que no respondan a los cambios en el estilo de vida se emplearán laxantes como tratamiento de base, no se recomiendan enemas, supositorios ni maniobras manuales.</p> <p>6.La indicación de los laxantes debería realizarse con el objetivo de resolver las necesidades específicas de cada tipo de estreñimiento: los que aumentan la consistencia del bolo fecal para los que tomen poca fibra en su dieta, los que disminuyen la consistencia de las heces cuando éstas son muy duras y los estimulantes para los que presentan disminución de la motilidad intestinal. (Moital, 2018).</p>

EJECUCIÓN

15/Abril/19

El señor Rodolfo se encuentra en su reposet, indico que explorare su abdomen, se detecta hipoactividad intestinal, a la auscultación, abdomen blando y sin dolor. Ministración de líquidos continua posterior a la nutrición enteral, completando una cantidad de 1200 ml durante el día, coadyuvante a la terapia física y masaje abdominal a tolerancia y cooperación. Intervengo realizando desimpactación intestinal. En acciones farmacológicas indicadas por el medico: Ministración enteral de laxantes: Contumax 1 sobre cada 12 horas hasta presentar evacuación.

EVALUACIÓN

27/Junio/19

Evitando el abuso de laxantes, se insiste en las acciones no farmacológicas sin embargo es persistente el síntoma; a pesar de las intervenciones. La función intestinal se vio afectada constantemente, obteniendo un cambio escaso en este desequilibrio intestinal.

PLAN DE ALTA

NOMBRE: Rodolfo S. R.

EDAD: 84 A.

- La cuidadora primaria realizo un curso de toma de signos vitales.

URGENCIA

- Saturación de oxígeno periférica <80%.
- Bradicardia: Pulsaciones por minuto <65.
- Taquicardia: Pulsaciones por minuto >90.
- Bradipnea: Respiraciones por minuto <17.
- Taquipnea: Respiraciones por minuto >18.
- Convulsiones: En el momento de la actividad convulsiva, mantener la seguridad alrededor, proteger la cabeza y determinar el tiempo que dura. Posterior llamar a una ambulancia reportando lo sucedido.
- Dolor de cabeza: Persistente a pesar de analgésicos.
- Fiebre: Temperatura corporal >38°C.
- Vomito, dolor abdominal persistente, estreñimiento >4 días.
- Hipoglucemia: Glicemia capilar <90 mg/dl.
- Hiperglucemia: 180 mg/dl, sí Persiste a pesar del seguimiento de esquema de Insulina de Acción Rápida.
- Disuria, urgencia por orinar.
- Ataxia: Falta de control muscular o coordinación de los movimientos voluntarios.
- Dislalia: Trastorno del lenguaje que se manifiesta con una dificultad de articular las palabras.

COMUNICACIÓN

- Teléfono de ambulancia particular.
- Acudir a urgencias: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
- Seguimiento de consulta externa: Geriátría, psiquiatría, urología, medicina interna, nutrición clínica, otorrinolaringología, angiología y laboratorio clínico.
- Foniatría en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

REHABILITACIÓN EN CASA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de deglución: Evaluar la calidad de los ejercicios y aumentar progresivamente hasta prueba de Bario. Tiempo: 5-10 mn. ▪ Terapia Física: <ul style="list-style-type: none"> - Reeducación de la marcha. Tiempo: 5 días a la semana, 16 metros. En rampa con barras paralelas, bandas elásticas y cinturón de seguridad, en una valoración constante de sv. - Fortalecimiento articular. Tiempo: 2-3 veces a la semana (Martes, Jueves), 15 mn, posprandial. ▪ Terapia Cognitiva. Tiempo: 30 mn (Miércoles, jueves y viernes). <ul style="list-style-type: none"> - Plasticidad Cerebral. Tiempo: 30 mn, lunes, viernes y sábado.
-----------------------------------	--

DIETA ENTERAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos. ▪ Higiene de herramientas para la preparación. ▪ Técnica aséptica. ▪ Horarios específicos: <ul style="list-style-type: none"> - 8:30 a.m. 440 ml. - 12:30 p.m. 200 ml. - 16:30 p.m. 440 ml. - 20:30 p.m. 300 ml. ▪ Líquido 1500 ml en 24 horas.
--------------------------	---

PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado específico de ostomía: curación con agua y jabón, y colocando protector cutáneo (cavilon). ▪ Sonda: recambio de válvula, uso de adecuada de la sonda para ministración de nutrición enteral. ▪ Signos de infección: eritema (enrojecimiento de la piel), dolor al tacto, y secreción de la ostomía purulenta. ▪ Hidratación al menos 2 veces al día en miembros pélvicos.
----------------------------------	--

HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de dientes de manera autónoma, con pasta/enjuague bucal. ▪ Lavado de manos. Corte de uñas.
----------------	--

SOCIAL

- Seguir integrando con ayuda a actividades religiosas.
- Paseos semanales.

CONCLUSIONES

En el momento en que existe una necesidad de cuidado, de una persona que da y otra que recibe, inherentemente se construye una relación enfermera-paciente, aquello no deja ser en ningún sentido el despojo de que ambos entes son personas. Una persona en un único sentido es complejo, aquello recae en la particularidad y unificidad de cada uno de nosotros. El origen de ese vínculo se establece en el instante del primer contacto y primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, nos encamina no solo a plantear confianza en la persona sino también ofrece la muestra de capacidades profesionales, todo lo subsecuente a ello es una historia particular llena de profesionalismo, esfuerzos, entrega y pasión.

Como consecuencia de todo eso converge el aprendizaje, que es a su vez una acción, un efecto y una adquisición, en lo particular se formularon esas tres sustancias del aprendizaje en mí, otorgando lo que es mi razón de ser como futura profesional de enfermería: cuidar. Al estar en pleno dinamismo con una persona que adquirió una enfermedad como la demencia mixta fortalecí aptitudes, reconocí la fragilidad de la mente y viví junto con el señor Rodolfo y su cuidadora primaria las dificultades que trae consigo este síndrome en el cuerpo, pero todos aprendimos a nuestra capacidad.

Durante los meses que construí ese vínculo, revele otras aptitudes y las fortalecí cada día, todo a favor de aquella persona que necesitaba de cuidado y que en esos días de interacción me hacía ser enfermera y yo lo hacía ser Rodolfo. Todo a partir de seguir un proceso que formula la lógica de mis acciones, fundamentando los resultados obtenidos y revela la competencia de un profesional de Enfermería.

La inestabilidad cognitiva propia de la demencia del señor Rodolfo fue sin duda un obstáculo, sin embargo, el arte de cuidar responde como contraposición a ese

obstáculo, porque realmente comprender quien es la persona que padece la enfermedad permite acertadamente dar sentido al arte de cuidar. La demencia provoca esa inevitable desconexión de la persona con su mente, pero como lo plante Virginia Henderson, la enfermera (o) puede tener un rol de suplencia, y en este tipo de enfermedades, vale suplir la mente de aquella persona, y no permitir esa desconexión.

BIBLIOGRAFÍA

- Álcala Lopez , J., Maicas Bellido, C., Hernández Simon, P., & Rodríguez Padial , L. (2017). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine*, 2145-52.
- Aldana , E., Valverde, J., & Fábregas, N. (2016). Consciencia, cognición y redes neuronales. Nuevas perspectivas . *Revista Española de anestesiología y reanimación.*, 459-470.
- Alligood, M. R. (2014). *Modelos y Teorías en enfermería*. España: Elsevier .
- Arrieta, J. M. (12 de Julio de 20019). Otras causas de demencia en el anciano. *Elsevier España*, 491-499. Obtenido de Elsevier España.
- Astorga, D. Q. (2015). Delirium en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica* , 3-7.
- Atencio, D., Blanco Pérez, A., & Otero Regino , W. (2015). Gastrostomía endoscópica percutánea en ancianos: indicaciones, seguridad y desenlaces. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 3-10.
- Bayona, H. (2017). Demencia Vascular: un reto para el clínico. *Research Gate* , 70-77.
- Bleeckx, D. (26 de Julio de 2019). Elsevier. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 1-13. Obtenido de Elsevier.
- Bonay, M. (2016). Hipoxemia. *EMC-Tratado de Medicina*, 1-10.
- Carrasco , M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente critico. *Revista Mecida Condes*, 301-310.
- Cerda A. , D. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Condes*, 265-275.
- Chavez, Y. M. (2016). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiologica*, 28-30.
- Chiang, H., Valdevenito, R., & Mercado, A. (2018). Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. *Revista Médica Condes*, 232-341.
- Colino, R. M., Mauleón Ladrero, M., Condorhuaman Alvarado, P., & González Montalvo , J. (2017). Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. *Medicine*, 2743.2754.
- Collière, M.-F. (1993). *Promover la vida*. París: Mc Graw Hill.

- Cuerda, R. C., & Collado Vázquez, S. (2012). *Neurorrehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Ciudad de México : Panamericana .
- Díaz Rodríguez, F. (2016). *Guía de enfermería para la educación del paciente y su familia al egreso de la unidad de cuidados intensivos*. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Federal, G. (2012). *Guía de Práctica Clínica. Nutrición Enteral*. Ciudad de México: Secretaria de Salud .
- Galindo, J. G. (2015). *Efectos de la emoción sobre la neurofisiología de la memoria*. Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México .
- García, P. R., & Rodríguez García, D. (2015). Diagnóstico del deterioro cognitivo vascular y sus principales categorías. *Elsevier/Neurología* , 223-239.
- García, R. R., Lazcano Botello , G., Medina Chávez , H., & Hernández Martínez , M. (2011). *Práctica de la Geriatría*. México: McGrawHill.
- García-Ortiz, L. (2015). La actividad física en tiempo libre en la prevención de enfermedad arterial periférica. *Medicina Clínica* , 436-437.
- Gaytan, R. S. (2016). Hiperplasia Prostática Benigna. *Revista Médica Sinergia*, 3-9.
- Goldman-Cecil, L. (2016). *Tratado de Medicina Interna* . Ciudad de México: Elsevier.
- Gómez Tovar , L., Díaz Suarez , L., & Cortes Muñoz, F. (2016). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos . *Enfermería Global*, 49-63.
- Gomez-Restrepo, Hernandez Bayona , Jordan Quintero , Rojas-Urego, & Santacruz Oleas. (2018). *Psiquiatría Clínica* . Ciudad de México : Panamericana .
- González V., R., & Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y Lenguaje. *Revista Hospital Clínica Universitaria de Chile* , 143-153.
- González, D. A. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 1-8.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento. (2017). Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular desarrollada en le colaboracion con la EACTS. *Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular desarrollada en le colaboracion con la EACTS* (págs. 50.e1-e84). Madrid: Elsevier España.
- Guillemet, C., & Guy-Coichard., C. (28 de Julio de 2019). *Elsevier Masson* . Obtenido de <https://www.sciencedirect.com>

- Herrera, A. N. (2017). *Variaciones Neuroanatómicas de los ganglios de la base en el envejecimiento*. España: Universidad de la Laguna. .
- Hudson Valley Community College . (2017). Neurogranin in cerebrospinal fluid is not specific to Alzheimer's disease dementia. *Neuroscience* , 1549-1552.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). Guia de Practica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Guia de Práctica Clínica* (págs. 20-49). Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social .
- Instituto Nacional de Geriátría. (2014). Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. 2014 . *Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. 2014* (págs. 39-56). Ciudad de México: Instituto Nacional de Geriátría.
- J., M. (2014). Exploring the theoretical basics of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science. Revista Aquichan*, 35-39.
- Juarez, A. S. (2018). *Bases Biológicas de la conducta y la toma de decisiones en adolescentes, una propuesta de enseñanza*. Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México .
- Kane, R. L., G. Ouslander, J., Resnick, B., & L. Malone , M. (2018). *Principios de Geriatria*. Ciudad de México: McGrawHill.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo , D., Jameson , J., & Loscalzo, J. (2006). *Harrison. Manual de Medicina*. . Ciudad de México : Mc Graw Hill .
- Lembo, A. J. (20 de Julio de 2019). *Elsevier España*, . Obtenido de www-clinicalkey
- Lendinez-Mesa, A., Fraile-Gómez, M., Garcia-Garcia, E., Díaz-Garcia, M., Casero-Alcazar, M., Fernandez-Rodriguez, N., & Fernandes-Ribeiro, A. (2014). Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient Soc EspEnferm Neurol.*, 5-10.
- León, G., León, E., Santos, P., Vásquez, G., Encalada, G., & Romero, H. (2017). Antígeno prostático específico (PSA) y su relación con la hipertrofia prostática benigna (HPB) en adultos mayores. Recinto Pijullo. Cantón Urdaneta. 2015. *Revista Biotecnología UNL*, 27-35.
- Lucas P., E., Franco Q., C., & Castellano G., M. (2018). Infeccion urinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: frecuencia, etiologia, susceptibilidad antimicrobiana y factores de riesgo. *Kasmera*, 139-143.
- M. Bulechek, G., K. Butcher , H., M. Dochterman , J., & M. Wagner , C. (2014). *Clasificacion de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. México : Elsevier .
- M., E. U. (2015). Avances de la Ciencia de Enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y Enfermería*, 9-18.

- Mártinez Selles, M., Gómez Huelgas, R., Abu Assi, E., Calderon, A., & Vidan, M. (2017). Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. *Semergen*, 109-122.
- Martínez Vila, E., Domínguez Echávarri, P., Toledano Illan, C., & Irimia Sieira, P. (2019). Ictus isquémico de causa inhabitual. Trombosis venosa cerebral. Infarto cerebral silente. *Medicine*, 4108-4109.
- Martínez, S., Cuecuecha Díaz, J., Sánchez Figueroa, & Ostiguin Melendez. (2015). Teorias de Enfermería: un fundamento disciplinar. *Enfermería Universitaria*, 45-49.
- Meza G., A., Santos Zambrano, J., Mena Barranco, F., Navarrete-Baez, H., Viveros-Erosa, M., Pérez-Hernandez, M., & Gonzalez-Garza, J. (2010). Estudio abierto de eficacia de galantamina de liberación prolongada en pacientes con demencia tipo Alzheimer, vascular o mixta. *Revista Mexicana de Neurociencias.*, 35-37.
- Michel, F., Tatu, L., Cosson, A., & Nollet, S. (28 de Julio de 2019). *Elsevier Masson SAS*. Obtenido de Elsevier Masson SAS: <https://www.sciencedirect.com>
- Micheli, F. E., Fernandez, M., & Cersosimo, M. (2014). *Neurología en el anciano*. Ciudad de México: Panamericana.
- Mogollón, I. C., Camero Solórzano, Y., Álvarez González, A., & Casillas Llaquiche, L. (2018). La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor. *Enfermería Investiga*, 33-37.
- Moital, I. Á. (2018). Estreñimiento. *Elsevier/Fisterra*, 30-32.
- Molina Gil, B., Guerra Blanco, J., & Gutierrez Fonseca, R. (27 de Julio de 2019). *SEORL*. Obtenido de <https://seorl.net>
- Molina Villaba, C., Vázquez Rodríguez, J., & Gallardo Sánchez, F. (2018). Gastrostomía endoscópica percutánea. Indicaciones, cuidados. *Medicina Clínica*, 229-236.
- Morhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. México: Elsevier.
- Moumneh, T., Penaloza, A., & Roy, P. (2018). Trombosis Venosa profunda. *EMC.Tratado de Medicina*, 1-6.
- Muñana Rodríguez, J., & Ramírez Elias, A. (2014). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*, 24-35.
- NANDA International. (2017). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. España: Elsevier.
- Oterino Manzanar, A., Matin Moreiras, J., González Calle, D., Cadenas Menéndez, S., Alvarez Vega, P., & Sanchez Fernandez, S. (2017). Corazon y Deporte. *Medicine*, 2700-5.

- Pacheco , A., Rodríguez, S., Cardénas, M., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el cuidado. *Enfermería Universitaria* .
- Pérez Sánchez, J., Fernández Boronat, J., Martínez Mendez, E., Martín Cagigas, M., Mota Puerto, D., Pérez Roman, M., & Martínez Estalella, G. (2017). Evaluación y abordaje del estreñimiento. *Enfermería Intensiva*, 160-168.
- Pérez, R. S. (2018). *La Disfagia tras un Accidente Cerebrovascular: Cuidados de Enfermería*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ponce, M., Garrigues, V., Ortíz, V., & Ponce, J. (2017). Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. *Gastroenterología.Hepatología* , 487-497.
- Prieto, E., Mico, J., Meana, J., & Majdas, S. (2016). Bases Neurobiológicas del efecto antidepresivo de la quetiapina en el trastorno bipolar. *Actas Esp. Psiquiatrc*, 22-32.
- Rensselaer Polytechnic Institute, Troy: NY, USA, Hudson Valley. (12 de Julio de 2019). *Elsevier Inc*. Obtenido de <http://www.elsevier.com>
- Rodríguez- Jiménez, S., Cardénas- Jiménez, M., & Pacheco-Arce, A. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* , 145-153.
- Rojas Jara, M., Cacéres Martínez, E., Joy, L., & Morinigo Martínez, M. (2017). Complicaciones durante el soporte enteral en adultos mayores en un hospital de referencia. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 35-40.
- Rubio, D., Hernández Rosales , C., & Ostiguin Melendéz. (2017.). Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson . *Enfermería Universitaria* , 50-54.
- Ruíz-Ruíz, F., Medrano, F., Santos-Lozano, J., Rodríguez-Torres, P., Navarro-Puerto, A., & Calderon, E. (2019). Tratamiento anticoagulante en pacientes médicos con situaciones clínicas complejas . *Revista Clínica Española*, 34-43.
- Sanz, C. E. (2018). *Disfagia en el paciente post-Accidente Cerebro Vascular: Cuidados enfermeros* . Valladolid: Universidad de Valladolid .
- Sastre-Gómez, L., Celis-Leal, N., Roa Dela Torre, J., & Luengas-Monroy, C. (2017). La conciencia fonológica en contextos educativos y terapéuticos: efectos sobre el aprendizaje de la lectura. *Educacion y Educadores* , 175-190.
- Simon, R. P. (2013). *Neurología clínica*. Ciudad de México: Panamericana .
- Tazón Ansola, P., Aseguinolaza Chopitea, L., & Garcia-Campayo, J. (2000). *Enfermería Ciencias psicosociales* . México: MASSON .
- Tortora, G. J., & Derrickson , B. (2013). *Principios de Anatomía y Fisiología* . Ciudad de México : Panamericana .

- Unidad de Comunicación. Hospital Universitario Donostia. (2014). *PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA (PRG) PARA ALIMENTACIÓN CON NUTRICIÓN ENTERAL*. San Sebastian : Osakidetza.
- Valerius , K.-P., Frank, A., Kolster, B., Hirsch, M., Hamilton, C., & Lafont, E. (2015). *El libro de los musculos. Anatomía. Exploración. Función*. Ciudad de México.: Lexus.
- Vazquez Alba , D., Carballido Rodriguez, J., & Bustamante Alarma, S. (2015). Alteraciones funcionales vesicales. *Medicine*, 4964-4971.
- Vega, P. G. (2013). *Enriquecimiento ambiental, corteza prefrontal y envejecimiento cerebral; Efectos neuroquímicos y conductuales del estrés*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- W. Iyer, P., J. Taptich, B., & Bernochi-Losey, D. (1995). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. . Ciudad de México: McGrawHill .

ANEXOS

GLOSARIO

A

Afasia: Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral.

Anemia: Trastorno que se caracteriza por la distribución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

Angiogénesis: La angiogénesis es el proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes.

Apraxia: Disminución de la capacidad de realizar actos con una finalidad dada o de manipular objetos.

B

Bradilalia: Trastorno cerebral caracterizado por la lentitud anormal en la articulación de las palabras debido a una lesión cerebral.

C

Cardiopatía: Anomalía estructural o funcional del corazón o de los grandes vasos.

Cianosis: Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

Cifosis: Proceso patológico de la columna vertebral caracterizado por aumento de la convexidad de la curvatura de la columna torácica.

Cistitis: Trastorno inflamatorio de la vejiga urinaria y de los uréteres que se manifiesta por dolor, micción frecuente, urgencia miccional y hematuria.

Cortical: Referencia a la denominación que se da a la capa fina de sustancia gris que forma la superficie del hemisferio cerebral.

Craneotomía: Apertura quirúrgica del cráneo practicada para disminuir la presión intracraneal, reducir la hemorragia o extirpar un tumor.

Cuerpos de Lewy: El hallazgo histológico definitorio de la demencia con cuerpos de Lewy es la presencia en las neuronas corticales de los denominados cuerpos de Lewy (CL), inclusiones citoplasmáticas eosinófilos y redondeadas cuyo principal componente es la α -sinucleína, además de ubiquitina y proteínas de neurofilamento.

D

Delirio: Trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, ansiedad, excitación y generalmente ilusiones y alucinaciones.

Demencia: Trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por desintegración crónica de la personalidad, confusión, desorientación, estupor, deterioro de la capacidad y función intelectual.

Dieta polimérica: Dietas nutricionalmente completas, compuestas por proteína entera, hidratos de carbono complejos, grasas, vitaminas y minerales.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias.

E

Ertapenem: Antibiótico del grupo de los derivados carbapenem, ertapenem es efectivo contra bacterias Gram negativas. No es activo contra *Staphylococcus aureus*, enterococos resistentes a ampicilina, *Pseudomonas aeruginosa* o especies *Acinetobacter*. Ertapenem también tiene utilidad clínica contra bacterias anaerobias.

F

Fluoroscópico: Instrumento para la proyección de una imagen radiológica en una pantalla fluorescente con el objeto de realizar un examen visual.

Foniatría: Parte de la otorrinolaringología que se ocupa de la emisión de la voz y sus alteraciones.

Fotocoagulación: Es un procedimiento terapéutico que se utiliza en oftalmología. Consiste en la aplicación de un haz láser sobre la estructura más profunda del ojo, la retina, con objeto de producir de forma intencionada una quemadura terapéutica en un área seleccionada de la misma.

G

Ganglios: Grupo de células nerviosas que forma un nódulo macroscópico, especialmente las situadas fuera del sistema nervioso central.

Gastrostomía: Incisión quirúrgica de una abertura artificial en el estómago a través de la pared abdominal. Usada para alimentar al paciente con disfuncionalidad gástrica o nerviosa.

H

Hiperestesia: Aumento anormal y doloroso de la sensibilidad táctil.

Hipertiroidismo: Trastorno caracterizado por hiperactividad de la glándula tiroides, que suele estar hipertrofiada y segrega cantidad anormalmente altas de hormonas tiroideas, las cuales aceleran los procesos metabólicos orgánicos.

Hiperventilación: Ventilación pulmonar superior a la necesaria para realizar un intercambio adecuado de gases.

Hipoperistaltismo: Actividad disminuida del intestino.

Hipoxemia: Déficit anormal de oxígeno en sangre arterial.

Hipoxia: Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigo y confusión mental.

L

Lacunar: El concepto de infarto lacunar (IL), es un tipo de accidente cerebrovascular isquémico caracterizado por lesiones de pequeño diámetro, no mayor de 15 mm, producido por oclusión en el territorio de distribución de las arterias perforantes del cerebro.

Leucopatía: Término usado para las enfermedades de la sustancia blanca del cerebro, independientemente de que su causa sea conocida o no.

M

Microvascular: Referencia de daño a los vasos sanguíneos pequeños.

N

Neuritis: Inflamación de un nervio o célula nerviosa, especialmente las células de las raíces pinales.

P

Parenteral: Efectuado por vía distinta a la digestiva o intestinal.

R

Retinopatía: Enfermedad ocular no inflamatoria provocada por una alteración en los vasos sanguíneos retinianos.

S

Sialorrea: Flujo exagerado de saliva que puede ir asociado a diversas alteraciones como inflamación aguda de la boca o alteración en el sistema nervioso.

Subcortical: Son las estructuras subcorticales del encéfalo, las cuales poseen desde funciones en el sistema motor, como en el desempeño de las habilidades sociales o en la regulación de las emociones.

T

Tenesmo: Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar.

COMPENDIO DE CONSULTA PARA LA VALORACIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOGAR





**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



INTRODUCCIÓN

Una vez que el Adulto Mayor ingrese al modelo de Atención de Enfermería para el cuidado de Adultos Mayores en el Hogar, la metodología a seguir para recibir cuidados de enfermería, será la del Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

Primero se realizará la valoración completa de las 14 necesidades. A través de esta, se recogerán datos y valorará al adulto mayor de manera integral, con la finalidad de contar con datos objetivos y subjetivos relevantes de los requerimientos de cuidados de enfermería.

El instrumento valoración por 14 necesidades que guiará esta etapa, en la primera parte, está estructurado por diferentes preguntas y escalas de valoración geriátrica ya validadas en México.

La segunda parte se compone de las escalas de valoración aplicadas al cuidador primario, la tercera parte se compone de los planes de cuidados estandarizados para el cuidado del adulto mayor.

Por lo anterior, en el presente documento se describe detalladamente la aplicación de cada una de las escalas que son parte de la valoración en cada una de las 14 necesidades, con la finalidad de estandarizar el procedimiento.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



Sección I

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (Escala de BARTHEL)

- Objetivo:** Monitorizar la funcionalidad física a través del tiempo y evaluar la eficacia de las medidas preventivas o de rehabilitación.
- Características:** Es un cuestionario que evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a través de 10 capacidades físicas como la alimentación, el trasladarse o manejar silla de ruedas (deambulación y traslado, sillón-cama), subir escaleras, control vesical y control de esfínter anal, vestirse, asearse, bañarse.
- Estructura:** El cuestionario esta conformado por 10 apartados, cada uno de ellos contiene 5 opciones de respuesta, cada opción le corresponde un puntaje, además cuenta con 5 columnas para registrar los puntajes en diferentes fechas.
- Tiempo aproximado de aplicación:** 10 min.
- Material requerido:** Cuestionario y lápiz.
- Espacio físico recomendado:** Se requiere de un espacio privado para su aplicación.
- Protocolo de aplicación:**
1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
 2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de la aplicación.
 3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
 4. Preferentemente aplique el cuestionario sin presencia de familiares.
 5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las personas las podrá emitir el cuidador primario
 6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando este usted seguro (a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
 7. De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
 8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
 9. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Los individuos son puntuados en 10 actividades que se sumarán para dar un puntaje global que irá de cero totalmente dependiente a 100 completamente independiente. Puntaje máximo de 100 puntos.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA (ABVD)			
<i>Coloca el número correspondiente en el paréntesis</i>			
BAÑO 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total ()	ASEO PERSONAL 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total ()	VESTIDO 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total ()	ALIMENTACIÓN 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0..Dependiente. ()
IR AL SANITARIO 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continúa ayuda 0. Dependencia total ()	MICCIÓN 10. Contínente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia sólo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total ()	DEPOSICIÓN 10. Contínente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total ()	
DEAMBULACIÓN 15. Independiente 12. Supervisión continua o no camina >50 min 8. Ayuda de una persona (Ocasional) 3. Ayuda continua de una persona o más 0. Dependiente ()	TRASLADO SILLÓN CAMA 15. Independiente 12. Supervisión 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de más personas (no colabora) ()	ESCALERAS 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras ()	
-20p= Dependencia Total. Entre 20 y 35p=Dependencia severa.	Entre 40 y 55p= Dependencia Moderada Más ó igual a 60p= Dependencia Ligera	100p.= Autónomo	TOTAL /100

Fuente: Shah S, et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8):703-709



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (escala de LOWTON Y BRODY).

Objetivo: Monitorizar la capacidad del adulto mayor para llevar acabo actividades que le garantizan la independencia física y social para establecer programas para fortalecer o recuperarlas.

Características: Es un cuestionario que evalúa si el adulto mayor realiza las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con independencia, con asistencia o si es dependiente.

Estructura: El cuestionario está conformado por 7 apartados, cada uno de ellos contiene 3 opciones de respuesta.

Tiempo aproximado: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de la aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las personas las podrá emitir el cuidador primario
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando este usted seguro (a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
7. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
8. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Descriptiva.



Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria

ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	Independencia total 8 puntos



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA SILVERMAN ANDERSON

Objetivo: Monitorizar la capacidad respiratoria del adulto mayor

Características: Es una escala que evalúa si el adulto mayor presenta datos de dificultad respiratoria

Estructura: La escala está conformada por 5 apartados, cada uno de ellos contiene 3 opciones de respuesta.

Tiempo aproximado: 10 min.

Material requerido: Cuestionario, lápiz y estetoscopio

Espacio físico recomendado: No se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia de la escala.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de la aplicación.
3. Haga las observaciones y exploración pertinentes
4. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala Silverman-Anderson				
	0 puntos	1 punto	2 puntos	
Movimientos toráco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil y abdomen en movimiento	Tórax y abdomen suben y bajan con discordancia	0 puntos: sin dificultad respiratoria
Tiraje intercostal	No se aprecia	Discreto	Acentuado y constante	1 a 3 puntos: dificultad respiratoria leve
Retracción xifoidea	No se aprecia	Discreta	Acentuado y constante	4 a 6 puntos: dificultad respiratoria moderada
Aleteo nasal	No se aprecia	Discreto	Acentuado y constante	7 a 10: dificultad respiratoria severa
Quejido espiratorio	No se aprecia	Apreciable a la auscultación	Apreciable	Puntuación del paciente:

MINI VALORACION NUTRICIONAL (MNA)

Objetivo: Detectar oportunamente el riesgo nutricional identificando los factores individualizados, para proponer acciones preventivas.

Características: Es un cuestionario que evalúa el riesgo nutricional a través de preguntas sencillas y de algunos datos como peso, estatura, mediciones de brazo y pantorrilla e índice de masa corporal.

Estructura: El cuestionario está conformado por 2 apartados con preguntas de opción múltiple. El primero de tamizaje con 6 preguntas y el segundo de valoración con 10 preguntas. Ambos apartados arrojan un puntaje.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 min.

Material requerido: Cuestionario, lápiz, cinta métrica, báscula y una regla.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia de cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas y las mediciones que llevara a cabo y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique la prueba son la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder la prueba, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en la prueba, siempre y cuando este usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
7. De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
9. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA) MODIFICADO		
<i>Coloque el número en el paréntesis según corresponda a la respuesta.</i>		
<p>A. ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar? 0 = pérdida severa de apetito 1 = pérdida moderada de apetito 2 = no ha perdido el apetito ()</p>	<p>VALORACIÓN G. ¿Tiene vida independiente? 0 = no 1 = sí ()</p> <p>H. Toma más de tres medicamentos (por día)? 0 = sí 1 = no ()</p>	<p>L. ¿Consumes dos o más porciones de vegetales o frutas por día? 0 = no 1 = sí ()</p>
<p>B. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses 0 = peso perdido > 3 kg 1 = no sabe 2 = peso perdido entre 1 y 3 kg 3 = no ha perdido peso ()</p>	<p>I. Úlceras por presión o en la piel 0 = sí 1 = no ()</p>	<p>M. ¿Cuántas tasas/vasos de bebidas (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) consume por día? 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos. ()</p>
<p>C. Movilidad 0 = limitado a una silla o cama 1 = se mueve de la cama/silla pero no sale 2 = puede salir ()</p>	<p>J. ¿Cuántas comidas completas hace al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas ()</p>	<p>N. Modo de alimentación 0 = requiere de asistencia para hacerlo 1 = se alimenta solo con alguna dificultad 2 = se alimenta solo sin ningún problema ()</p>
<p>D. En los pasados tres meses ¿ha sufrido de angustia, nerviosismo o alguna enfermedad aguda? 0 = sí 1 = no ()</p>	<p><i>Marca con una X según corresponda a la respuesta.</i></p> <p>K. ¿Qué consume? Al menos una porción de leche, queso, yoghurt por día? SI NO ()</p>	<p>O. ¿Considera que tiene algún problema de nutrición? 0 = principalmente malnutrición 1 = no sabe o moderada malnutrición 2 = no tiene problema nutricional ()</p>
<p>E. Problemas neuropsicológicos 0 = depresión o alteración de la memoria 1 = tristeza 2 = sin problemas psicológicos ()</p>	<p>P. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo considera que es su estado de salud? 0.0 = no es bueno 0.5 = no sabe 1.0 = bueno</p>	



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



F. Índice de masa corporal 0 = IMC < 19 1 = 19 IMC < 21 2 = 21 IMC < 23 3 = IMC 23 ()	Dos o más porciones de frijoles o huevos por semana? SI NO ()	2.0 = mejor ()
12 puntos Normal, no riesgo, no necesita completar el cuestionario. < 11 puntos Posible mala nutrición, complete el cuestionario. Máx. 14 pts. TOTAL _____	Carne, pescado o pollo todos los días? Sí NO () Puntaje asignar en la pregunta K 0.0 = si hay 0 o 1 sí 0.5 = si hay 2 sí 1.0 = si hay 3 sí	Q. Circunferencia media del brazo (CMB en cm) 0.0 = CMB < 21 0.5 = 21 CMB 22 1.0 = CMB > 22. () R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP 31 ()
24 puntos o más = Normal 17-23 puntos = Riesgo nutricional Desnutrición calórico proteica Máximo 30 punt. Fuente: Hernández-Ávila M, et al. Salud Pública Mex 1998; 39: 133-140.		-16 puntos = TOTAL=

INDICE DE VALORACION DE SALUD ORAL GERIATRICA (GOHAI)

Objetivo: Evaluar las repercusiones psico- sociales del estado de salud buco dental para proponer acciones específicas.

Características: Es un cuestionario que evalúa el impacto de la salud buco dental sobre la masticación, deglución, selección de alimentos, molestias locales y problemas psicosociales.

Estructuras: El cuestionario está conformado por 12 preguntas que se responden en un formato de intensidad de frecuencia denominado tiempo likert de lo acontecido durante los últimos tres meses.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en la prueba, siempre y cuando este usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
7. De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
9. Asegúrese de anotar correctamente el puntaje en los espacios correspondientes.
10. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Se considera buena salud oral cuando el puntaje es de 57- 60, moderada salud oral de 51 a 56 puntos y mala salud oral de 50 y menos



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



INDICE DE VALORACIÓN DE LA SALUD ORAL GERIATRICA (GOHAI).					
<i>Circule la opción, según refiera el adulto mayor acerca de su salud oral, en los últimos tres meses.</i>					
ACTIVIDAD	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. ¿Con qué frecuencia limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo carne maciza o manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia puede tragar cómodamente?	5	4	3	2	1
4. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras le impiden hablar en la forma que usted quiere?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?	5	4	3	2	1
6. ¿Con qué frecuencia evita el contacto con las personas por la condición de sus dientes o dentaduras?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?	5	4	3	2	1
8. ¿Con qué frecuencia utiliza medicamentos para aliviar el dolor o algún malestar de su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia le preocupan los problemas de sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia se siente nervioso(a) (intranquilo) por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo(a) al comer frente a otras personas por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia tiene molestias en dientes o encía por sensibilidad al calor, frío o alimentos dulces?	1	2	3	4	5
57-60 Buena salud oral 50 Mala salud oral	51-56 Moderada salud oral	Menos de		TOTAL	

Fuente: Atchinson and Dolan. J Dental Educ 1990; 54 (11): 680-687.

ESCALA NORTON PARA EVALUAR RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Objetivo: Evaluar el riesgo del adulto mayor para presentar una úlcera por presión

Estructuras: El cuestionario está conformado por 5 segmentos con 4 puntos de evaluación por cada uno

Tiempo aproximado de aplicación: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Debe explorar todo el cuerpo del paciente haciendo énfasis en las zonas de presión, como son las salientes óseas



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



6. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

RIESGO A ULCERAS POR PRESION (NORTON).					
<i>Rodee el número, según observe y sume los números para obtener el puntaje total.</i>					
1. Condición física	2. Actividad	3. Movilidad			
Buena	4	Ambulatorio	4	Completa	4
Regular	3	Camina con ayuda	3	Ligera limitación	3
Pobre	2	En silla de ruedas	2	Muy limitado	2
Muy mala	1	Acostado	1	Inmóvil	1
4. Condición mental			5. Incontinencia		
Alerta	4	Confuso	2	Ninguna	4
Apático	3	Estuporoso	1	Ocasional	3
				Usual/orina	2
					TOTAL:

<14 PUNTOS= ALTO RIESGO
14 PUNTOS = RIESGO INMINENTE
>14 PUNTOS = NO HAY RIESGO

MARCHA Y EQUILIBRIO (escala de TINNETI)

Objetivo: Determinar el riesgo de caídas.

Características: Es un cuestionario que evalúa el equilibrio y la marcha de manera demostrativa.

Estructura: El cuestionario está conformado por 2 apartados. El primero evalúa el equilibrio a partir de 9 tareas a realizar, el segundo corresponde a la marcha a partir de 7 actividades y arroja un puntaje.

Tiempo aproximado de paliación: 15 min.

Material requerido: Cuestionario, lápiz, silla dura sin apoya brazos.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación de más de 3 metros de superficie.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender.
4. Preferentemente aplique el instrumento sin la presencia de familiares.
5. El instrumento debe de ser aplicado por dos personas. Una dará las instrucciones y la otra deberá estar al pendiente de que la persona no sufra algún accidente.
6. Si la persona no puede caminar de manera independiente no aplique la prueba.
7. Debe asegurarse que el adulto mayor está entendiendo las instrucciones.
8. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, para poder indicar las instrucciones, podrá hacer las indicaciones de manera diferente a lo establecido en el instrumento, siempre y cuando este usted seguro de que no está cambiando el sentido u objetivo de la tarea. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
9. Durante las pruebas de marcha y equilibrio debe estar cerca del adulto mayor, para evitar alguna caída.
10. Observe con detalle cada una de las tareas solicitadas y califique acorde a lo señalado en el instrumento.
11. Dé el tiempo suficiente para llevar acabo la tarea solicitada.
12. Si nota alguna duda o vacilación en la tarea a realizar, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos.
13. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: El máximo puntaje para la marcha es de 12 puntos y para el equilibrio 16, sumando un total de 28 puntos. Se considera alto riesgo de caídas cuando el puntaje es de 18 o menos, riesgo moderado de 19 a 24 puntos y riesgo bajo cuando es de 25 a 28 puntos



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



MARCHA Y BALANCE TINNETI	
<i>Circule el número correspondiente a la respuesta que corresponda</i>	
1. EQUILIBRIO. El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan y se observan las siguientes maniobras:	
1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o un bastón u otro soporte	1
Estable sin usar bastón u otros soportes por 10 segundos, no requiere ayudas	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición del punto 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos.	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2
2. MARCHA. El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».	
10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



a) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho, se separa completamente del suelo	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa al pie derecho, con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se flexiona, ni utiliza otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
Puntaje obtenido en equilibrio _____ Puntaje obtenido en marcha: _____ Total _____	
25-28 puntos = Riesgo bajo, 19-24 puntos = Riesgo moderado, Menos de 18 puntos = Alto riesgo de caídas	
Fuente: Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34(2):119-126.	



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Objetivo: Evaluar la somnolencia diurna excesiva

Características: Es un cuestionario que evalúa la propensión del adulto a quedarse dormido en situaciones sedentarias diferentes.

Estructura: Esta escala es autoadministrable y brinda opciones de respuesta para cada ítem, con puntuaciones posibles de 0-3. Al final se obtienen puntajes acumulativos que oscilan entre 0 y 24, donde los puntajes altos representan un mayor grado de somnolencia.

Tiempo aproximado de aplicación: 5 minutos.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de su aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
5. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no ha cambiado el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
6. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
7. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
8. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Igual o mayor a 11 sugiere somnolencia excesiva diurna.

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH				
Marque con una cruz (x) que tan frecuente refiere que se queda dormido el AM en cada una de las siguientes situaciones (durante el día)				
Situaciones	Nunca 0	Solo algunas veces 1	Muchas veces 2	Casi siempre 3
1. Sentado leyendo.				
2. Viendo televisión.				
3. Sentado inactivo en un lugar público.				
4. Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin palabras.				
5. Acostado descansando por la tarde.				
6. Sentado platicando con alguien.				
7. Sentado cómodamente después de comer sin haber ingerido alcohol.				
8. Viajando en un transporte detenido en el tráfico.				
<i>Igual o mayor a 11 sugiere somnolencia excesiva diurna</i>				TOTAL:
Fuente: Gander P H, Marshall N S, Harris R, Reid P. The Epworth Sleepiness Scale: Influence of age, ethnicity and socioeconomic deprivation. Sleep 2005; 28 (2): 249-53.				



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Objetivo: Medir el impacto diurno provocado por el insomnio para ofrecer alternativas que ayuden a corregir este trastorno del sueño.

Características: La escala de insomnio de Atenas de ocho reactivos es un instrumento de formato breve y sencillo que se puede utilizar para la medición del impacto diurno provocado por el insomnio.

Estructura: Es una escala que consta de ocho reactivos. Los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno. El instrumento fue diseñado para evaluar el mes previo; sin embargo, ofrece la posibilidad de ajustar dicho periodo a las necesidades clínicas o de investigación.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 minutos

Espacio físico recomendado: No se requiere de un espacio privado para su aplicación:

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de su aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
5. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no ha cambiado el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
6. Pregúntele, nombre, la edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
7. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
9. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Puntuación igual o mayor de 8 sugiere insomnio.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

*Subraye la opción que mejor describa las molestias que refiere el AM, con su forma de dormir **el último mes***

<p>1. ¿Tiene alguna dificultad para empezar a dormir? 0. No tengo dificultad. 1. Tengo poca dificultad para empezar a dormir. 2. Si tengo considerable dificultad para empezar a dormir. 3. Tengo demasiada dificultad para empezar a dormir.</p>	<p>5. Sin importar cuánto tiempo duerme, en general, ¿cómo es la calidad de su sueño? 0. Suficiente/adecuada. 1. Ligeramente insuficiente. 2. Moderadamente insuficiente. 3. Completamente insuficiente o no duerme en toda la noche.</p>
<p>2. ¿Tiene alguna dificultad por despertarse durante la noche? 0. No tengo problemas por despertarme durante la noche. 1. Tengo un problema ligero por despertarme durante la noche. 2. Tengo un problema considerable por despertarme durante la noche. 3. Tengo problema muy serio por despertarme durante la noche, o no duermo en absoluto (en toda la noche).</p>	<p>6. ¿Cómo es la calidad de su vida? 0. Normal/buena. 1. Ligeramente disminuida. 2. Moderadamente disminuida. 3. Completamente disminuida.</p>
<p>3. ¿Tiene algún problema por despertar mucho más temprano de lo deseado? 0. No tengo problemas por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 1. Tengo un problema ligero por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 2. Tengo un problema considerable por despertarme mucho más temprano de lo deseado. 3. Tengo problema muy serio por despertarme mucho más temprano de lo deseado.</p>	<p>7. ¿Cómo es su funcionamiento físico y mental durante el día? 0. Normal/bueno. 1. Ligeramente disminuido. 2. Moderadamente disminuido. 3. Completamente disminuido.</p>
<p>4. El tiempo que duerme cada noche es: 0. Suficiente/adecuado. 1. Ligeramente insuficiente. 2. Moderadamente insuficiente. 3. Completamente insuficiente o no duerme en toda la noche.</p>	<p>8. ¿Tiene somnolencia durante el día? 0. No, nada. 1. Leve. 2. Moderada. 3. Severa.</p>
<p><i>Puntuación igual o mayor que 8 sugiere insomnio</i></p> <p align="right">TOTAL:</p>	
<p>Fuente: SOLDADOS CR, DIKEOS DG, PAPANIGOPOULOS TJ: Athens Insomnia Scale,, validation of on instrument base on ICD-10 criteria/Psychosom Res, 48:555-560, 2000.</p>	



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLBERG

Objetivo: Diseñada para que la administre el profesional en una entrevista sencilla y breve.

Forma de puntuación: No se puntuarán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de intensidad leve.

Forma de codificación: Cada ítem valorado positivamente se marca en la opción "sí" y viceversa.

Preguntas obligatorias y opcionales: Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias. Se harán el resto sólo cuando se hayan puntuado como positivas dos o más de las primeras en el caso de ansiedad, o una o más en el caso de depresión.

Escala de evaluación: Puntos de corte: Ansiedad 3/4. Depresión 1/2. Se considera ansiedad probable >, se considera depresión probable > 2, se considera caso probable de malestar psíquico cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas o en ambas.

ESCALA DE ANSIEDAD GOLDBERG		
<i>Preguntar si ó no a la presencia de las siguientes se han presentado, los 15 días previos a esta entrevista, ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve</i>		
	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<i>4 o más respuestas afirmativas= Ansiedad</i>	TOTAL:	
Fuente: Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. Psychol Med 1979;(1): 139-45.		

Escala Depresión Geriátrica Yesavage

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar de manera presuncional (diagnóstico probable) de depresión.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado esta conformado por 30 preguntas dicotómicas (si/no) y puede ser de auto aplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en la prueba, siempre y cuando este usted seguro de que no esta cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
7. Pregúntele, nombre, la edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
8. De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
10. Si la persona llora, dele tiempo para recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote en el apartado de observaciones los motivos de su decisión.
11. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"
12. Anote el puntaje total y el diagnostico probable, sumando los "1" acorde a la clave.

Escala de evaluación: 0-10 normal; 11 o más puntos indica probable depresión

Escala Depresión Geriátrica Yesavage	
<i>A continuación, se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas, explique que debe responder si o no y sume los puntos obtenidos</i>	
	Sumar 1 punto si responde:
1. ¿Esta usted satisfecho con su vida?	NO
2. ¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades	SI
3. ¿Siente usted que su vida ésta vacía?	SI
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	SI
5. ¿Tiene usted esperanza en el futuro?	NO
6. ¿Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI
7. ¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO
8. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	NO
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	SI
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	SI
14. ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	NO
16. ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	SI
17. ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	SI
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	SI
19. ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	NO
20. ¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?	SI
21. ¿Se siente usted lleno de energía?	NO
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI
23. ¿Cree usted que los demás están mejores condiciones que usted?	SI
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas, sin importancia?	SI
25. ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	SI
26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse?	SI
27. ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	NO
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	NO
<i>Depresión leve 6 – 11 Depresión Moderada 12 -17 Depresión Grave + 17</i>	
TOTAL:	
Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol 1962; 1: 37-43.	



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



APGAR FAMILIAR

Objetivo: Evaluar la función de la familia.

Características: Es un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada, y de cualquier edad, que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y niveles socioculturales.

Estructura: Es un cuestionario que consta de cinco preguntas a las que se les asigna un puntaje entre 0 y 4. Debe aplicarse a más de un miembro y promediar las puntuaciones.

Tiempo máximo de aplicación: 10 minutos.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de su aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas visuales, auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de los familiares.
5. Si la persona sabe leer el cuestionario será de autoaplicación, si no sabe leer el aplicador deberá leer cada una de las preguntas.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no ha cambiado el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
7. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
9. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"
10. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

Escala de evaluación: Los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 14 y 17, leve; entre 10 y 13 puntos, disfunción moderada; y si es igual o superior a 18 se considera funcional.

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES. Marque con una cruz (X) la respuesta.	SI	NO
1. ¿Tiene esposo(a)?		
2. ¿Tiene hijos(as)?		
3. ¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
4. ¿Tiene amigos(as)?		
5. ¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
6. ¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?*		

* ¿Cuál(es)? _____ ** ¿Cuál(es)? _____



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES

Objetivo: Detectar las redes de apoyo social e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción, con el fin de fortalecerlas y complementarlas.

Características: Es un cuestionario que, a partir de las preguntas sencillas, permite detectar el tipo de apoyo y el grado de satisfacción de las redes de apoyo social.

Estructura: Es un cuestionario semiestructurado, que incluye tres secciones en el que se explora los tipos de apoyo, (emocional, material, instrumental e informativo) nivel de satisfacción de los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

1. Pregunta 1 Frecuencia de contacto social y comunitario. El puntaje máximo de 3 corresponde al 100%; 2= 66%; 1= 33% y 0= 0%.

2. Pregunta 2 Tipo de apoyo que recibe. Si recibe los 4 tipos de apoyo se califica como 100%; 3= 75% 2=50%; 1= 25% y 0= 0%.

3. Pregunta 3 Satisfacción del apoyo recibido. El puntaje máximo de 12 corresponde al 100%: 11= 92%; 10= 83%; 9= 75%; 8=67%; 7= 58%; 6= 50%; 5=42%; 4= 33%; 3= 25%; 2= 17%; 1=8%.

1. Apoyo social familiar: el puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje crudo de 21, correspondería al 37% de apoyo (cuadro I).

2. Apoyo social extrafamiliar: el puntaje crudo máximo es de 38, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo correspondiente ponderado (cuadro II).

3. Apoyo social institucional: el puntaje máximo es de 19, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro III).

4. Magnitud de contactos sociales y comunitarios: El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro IV).

5. Magnitud de apoyos sociales recibidos: El puntaje crudo máximo es de 24 debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo ponderaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro V).

6. Grado de satisfacción: El puntaje crudo máximo es de 72 debe escalarse a 100 con el fin de llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro VI).

7. Apoyo social global: el puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de llevar a cabo comparaciones (cuadro VII).

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquele a la persona el número de preguntas de que consta el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognoscitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de los familiares.
5. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando este usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta, si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
6. Pregúntele, su nombre, la edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
7. De tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelvan a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
9. Asegúrese de marcar los espacios correspondientes de acuerdo a la respuesta de la persona y en concordancia con la clave de respuesta.
10. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



I. RED INFORMAL FAMILIAR.					PUNTAJE
Conyugue					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? Anote el número y subraye la respuesta según sea el caso					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Familiares próximos ¿Cuántos tiene? Anote el número y subraye la respuesta según sea el caso					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?.	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Apoyo Social Familiar				TOTAL	/57(100%)

Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores. Marque con una cruz (X)



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR					
Amigos (as) ¿Cuántas tiene? Anote el número y subraye la respuesta según sea el caso					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Apoyo comunitario. subraye la respuesta según sea el caso					
1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Apoyo Social Extrafamiliar				TOTAL	/38 (100%)
III. RED FORMAL INSTITUCIONAL. subraye la respuesta según sea el caso					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0	/12
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1	
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2	
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	
Apoyo Social Institucional				TOTAL	/19 (100%)

¹ **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha / ² **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar / ³ **Apoyo Material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios / ⁴ **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencia.

Magnitud de contactos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. #1	/18
Magnitud de apoyos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. #2	/24
Grado de satisfacción	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. #3	/72
Apoyo social global	Sumar el puntaje obtenido en todas las preguntas	/114 (100%)



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



INVENTARIO DE AUTOESTIMA (inventario de autoestima de Coopersmith para adultos)

Objetivo: Evaluar la autoestima de las personas adultas mayores para establecer programas que permitan fortalecerla o recuperarla.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar los niveles de autoestima del adulto mayor.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 25 preguntas dicotómicas (si/no) con un valor de 4 puntos, para las afirmaciones acordes con una alta autoestima y puede ser de auto aplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: no se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en la prueba, siempre y cuando este usted seguro de que no esta cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
7. Pregúntele, nombre, la edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
8. De tiempo suficiente a la persona para responder a cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
10. El instrumento debe ser contestado en su totalidad y la puntuación obtenida debe ser anotada en el apartado asignado para ello en la hoja "Valoración de enfermería por 14 necesidades"

Escala de evaluación: Puntaje máxima 100 puntos. Baja autoestima de 0 a 25, autoestima media: 26 a 49 puntos y alta autoestima: 50 o más puntos.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

A continuación, se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elija las que refiera el AM subrayando en SI o NO, dependiendo de su sentir en ese momento.

	SI	NO
1. Generalmente los problemas me afectan poco.	0	4
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	0	4
3 Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi.	0	4
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.	4	0
5. Soy una persona simpática.	4	0
6. En mi casa me enojo fácilmente.	0	4
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	0	4
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	4	0
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	4	0
10. Me doy por vencido muy fácilmente.	0	4
11. Mi familia espera demasiado de mi	0	4
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	0	4
13. Mi vida es muy complicada.	0	4
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	4	0
15. Tengo mala opinión de mi mismo.	0	4
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	0	4
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.	0	4
18. Soy menos guapa(o) que la mayoría de las personas.	0	4
19. Si tengo que decir algo, generalmente lo digo.	4	0
20. Mi familia me comprende.	4	0
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	0	4
22. Siento que mi familia me presiona.	0	4
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	0	4
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	0	4
25. Se puede confiar muy poco en mí.	0	4
<i>0-25 = Baja autoestima, 26-49 = Autoestima media 50 y más = Alta autoestima</i>	TOTAL	
<i>Fuente: Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman; 1967.</i>		



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



EXAMEN MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de las funciones cognitivas.

Características: Es una prueba psicológica de tamizaje (diagnóstico probable) validada en población mexicana, ampliamente utilizada en el ámbito clínico y epidemiológico.

Es fácil de realizar e interpretar ya que explora y puntúa varias áreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y diferida, en la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y la repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, y capacidad de abstracción, praxis ideomotora, ideatoria y constructiva gráfica.

Estructura: El cuestionario está conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones (orientación, registro, atención, cálculo, lenguaje, memoria diferida).

Tiempo aproximado de aplicación: 15 min.

Material requerido: Formato de prueba impreso, lápiz, reloj, hoja de papel tamaño carta en blanco, una tarjeta tamaño media carta en el que aparezca en el centro con letra grande la instrucción "CIERRE LOS OJOS" y a el reverso el dibujo de los pentágonos imbricados.

Espacio físico requerido: Se requiere un lugar tranquilo con privacidad, una mesa y dos sillas (una para el evaluador y otra para la persona que será evaluada).

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia de la prueba: "le haré algunas preguntas para evaluar su memoria, quizá algunas le parezcan muy sencillas, sin embargo es muy importante que responda a todas". "¿está usted de acuerdo en participar?".
2. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales, músculo esqueléticos o cognitivos severos que le impidan escuchar, leer, escribir o realizar movimientos.
3. Especifique a la persona el tiempo aproximado de la prueba.
4. Preguntarle la escolaridad, si la persona tiene una escolaridad MAYOR DE TERCER AÑO DE PRIMARIA, aplique todo el instrumento, **SI SU ESCOLARIDAD ES NULA O MENOR DE UN AÑO DE PRIMARIA NO APLIQUE LAS SECCIONES** de atención y cálculo (5 puntos) lectura (1 punto), escritura (1 punto), dibujo (1 punto). Los 8 puntos de estas secciones serán sumadas al puntaje total que obtenga las personas con escolaridad baja o nula.
5. Debe dar el tiempo suficiente para que la persona responda a cada una de las preguntas.
6. No debe aprobar ni desaprobar las respuestas.
7. Debe apegarse al protocolo establecido en el instructivo.
8. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
9. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

Escala de evaluación: En todos los casos, las respuestas correctas del sujeto se calificaran con el número 1, cuando sean incorrectas con 0; la calificación debe colocarse dentro del paréntesis que aparecen a la derecha.

Al término de sección sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda correspondiente a dicha sección.

Finalmente, sume todas las calificaciones del lado izquierdo de cada apartado para obtener la puntuación total y anótela en el espacio destinado a la calificación total que aparece en la ficha de identificación. 24-30= normal; ≤ 23 = deterioro cognitivo leve; ≤ 17 = deterioro cognitivo severo.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar**



MINI EXÁMEN MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO. Realice las preguntas y asigne un por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta.	
Pregunte: 1. ¿Qué fecha es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? () <input type="checkbox"/> ¿En qué mes estamos? () <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? () <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana? () <input type="checkbox"/> ¿Qué hora es aproximadamente? () /5	
Pregunte: 2. ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.) <input type="checkbox"/> ¿En qué lugar estamos? () <input type="checkbox"/> ¿En qué país? () <input type="checkbox"/> ¿En qué estado? () <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad o población? () <input type="checkbox"/> ¿En qué colonia, delegación o municipio? () /5	
3. Diga al sujeto la siguiente instrucción: “Ponga mucha atención, le voy a decir una lista d tres objetos; papel, bicicleta y cuchara” , después pida al sujeto: “Repita las palabras”	/3
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
4. Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del No. 100. “Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100- 7=93; 93-7 =86.” Continúe hasta que yo le diga que se detenga..Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda)	/5
EVOCACIÓN	
5. Pida al sujeto “Repita las tres palabras que le pedí que recordara”	/3
LENGUAJE	
6. Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.	/2
7. Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: “Le voy a decir una frase y repítala después de mi. Solo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención” (Diga lenta y claramente): “NI NO, NI SI, NI PERO	/1
8. Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: “Le voy a dar algunas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez”. “Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo” (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).	/3
9. Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita en una tarjeta: “Cierre los ojos” Pida al sujeto: “Por favor haga lo que dice aquí”	/1
10. Escritura: Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: “escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido” , que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda) La escribe bien	/1
11. Copia del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, “copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja”. <u>No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.</u> Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (no tome en cuenta temblor, ni rotación)	/1
TOTAL:	
24-30 puntos = normal, Igual o menor a 23 = deterioro cognitivo leve , Igual o menor a 17 = deterioro cognitivo severo	
*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. Aging Neuropsychol Cogn 2004; 11(1):1–11.	





Sección II

TEST DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOR (ESCALA ZARIT & ZARIT)

Objetivo: Detectar en el cuidador riesgo en enfermedad, ansiedad y depresión.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar como se sienten los cuidadores.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado esta conformado por 22 tipo likert con cuatro opciones de respuesta y puede ser de auto aplicación.

Tiempo máximo de aplicación: 10 minutos.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquelo a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje adecuado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando este usted seguro (a) de que no esta cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
6. Pregúntele, el nombre la edad, anote el género y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
7. Dé las siguientes instrucciones: "a continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja como se siente, a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe de indicar con que frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo, casi siempre. A la hora de responder piense que no existe respuestas acertadas o equivocadas, si no tan solo su experiencia".
8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta vuelva a plantearla, aclarando los términos no entendidos, para asegurarse que la respuesta sea pertinente.
9. El instrumento debe ser llenado en su totalidad revisado por el evaluador y el supervisor y ambos debe de anotar su nombre en el lugar correspondiente.

ESCALA DE EVALUACIÓN:

Puntuación

- 0= Nunca
- 1= Rara vez
- 2= Alguna veces
- 3= Bastantes veces
- 4= Casi siempre

Puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobre carga.

Puntuaciones entre 47-55 indica sobre carga leve.

Puntuaciones mayores de 55 indica sobre carga intensa

Si tiene puntuaciones mayores a 47, necesita por tanto modificar su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes.

En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad sobre todo de depresión y ansiedad.