



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

[CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12]

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PERSONA MAYOR
CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO
CON PRESIÓN SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS**

MODALIDAD DE TITULACIÓN: TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:
KARINA LOPEZ SUAREZ

ASESOR-DIRECTOR DE TESIS:
MTRA. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ

Ciudad de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO DIRE NUMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
PRESENTE.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Persona Mayor con Deterioro de la integridad Cutánea Relacionado con Presión sobre Prominencias Óseas

Elaborado por:

1.	<u>Lopez</u>	<u>Suarez</u>	<u>Karina</u>	<u>No. Cuenta</u>	<u>416513783</u>
2.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
3.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 21 de octubre del 2021


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de titulación es el resultado del esfuerzo de años de estudio y de trabajo duro por obtener los conocimientos científicos que guarda esta noble profesión como lo es Enfermería.

Este Proceso Atención enfermería lo realizo en memoria de mi padre, como agradecimiento por darme la oportunidad de estudiar, de cumplir este sueño y por brindarme todo lo necesario para cumplir mis metas, sé que desde el cielo estará orgulloso de mí.

A mi madre, por siempre creer en mí, por su apoyo incondicional y por todas las veces que me impulsó a seguir adelante cuando sentía que ya no podía, siendo mi motor de cada día.

A mi familia por su apoyo y motivación para alcanzar mis sueños.

A Andrés, por su amor y comprensión

A mi asesora la Mtra. Silvia Vega Hernández por su apoyo constante, amplio conocimiento y experiencia en el Adulto Mayor y en Ulceras por Presión.

Agradezco a la Escuela de Enfermería de la Ciudad de México por ser la institución que me formó como profesional.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS	6
3.1 General	6
3.2 Específicos	6
IV. MARCO TEÓRICO	7
4.1 Enfermería como Profesión disciplinar	7
4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión	7
4.2 El cuidado como Objeto de Estudio	13
4.2.1 Tipos de Cuidado	15
4.2.2 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico	16
4.3 Modelos y Teorías de enfermería	18
4.3.1 Definición, objetivos y clasificación	18
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería	23
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E	24
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.	31
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas	31
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	33
4.5 La persona	40
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	40
4.5.2 Padecimientos más frecuentes	44
4.5.3 Descripción del padecimiento	50
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	65
5.1 Presentación del Caso Clínico	65
5.2 Valoración inicial	67
5.2.1 Organización de los datos con base a la valoración de necesidades del Modelo de Atención de Virginia Henderson	75
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	83
5.4 Plan de Intervención de enfermería	85
5.5 Ejecución	86
5.6 Evaluación	88

5.6 Evaluación	119
5.7 Plan de alta	120
CONCLUSIONES	123
GLOSARIO DE TÉRMINOS	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXOS	136

I. INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión (UPP) se define como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión continua o la combinación de presión y fuerza de cizalla, aunque también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.¹

Las (UPP) son un problema de salud pública que afecta no solo a la persona que la padece sino también a su familia y al sistema de salud. Muchas veces, no son una prioridad de atención en las instituciones de salud. Este hecho dificulta la recuperación del paciente; implica disminución en la calidad de vida relacionada con la salud, ya que afectan las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, generando pérdida de años potencialmente productivos. Su tratamiento conduce a un incremento de los costos para la institución, aumento de la carga de trabajo en el equipo de salud y de la familia.²

En México, dos estudios metacéntricos reportan que la prevalencia cruda de UPP es del 12,94% y del 17%, respectivamente. En América Latina, Brasil presenta una prevalencia del 41,1%, en tanto que en España es del 7,78 %. Como puede observarse, la presencia de UPP es un problema común en diferentes países. La prevención y el cuidado de UPP es responsabilidad del personal de enfermería, porque dentro de los cuidados básicos que proporciona a los pacientes está la movilización, la higiene, el cuidado de la piel y la prevención de lesiones, aspectos que están vinculados con la presencia de estas lesiones.³

¹ García F, Soldevilla J, Pancorbo P. Clasificación, Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. GNEAUPP. 2014

² Lago ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos [Internet]. 2007 [citado 2021 Sep]; 18(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004&lng=es.

³ Vela-Anaya G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm IMSS. 2013;21(1):3-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41265>

La acción principal en las úlceras por presión es la prevención, reconocer a los pacientes de riesgo a través de varias escalas probadas que lo detectan, entre ellas encontramos la escala de Braden, siendo la más utilizada.

Enfermería como disciplina aborda al ser humano de forma holística, en sus esferas física, social y psicológica, y brinda cuidado integral, incluyendo aspectos tan importantes como la integridad de la piel, la cual puede verse alterada por heridas como las UPP. Así, las actividades de enfermería dirigidas a estas personas deben orientarse hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pues su presencia es un indicador de calidad de los servicios sanitarios, asociados a los factores de riesgo que presentan las personas, según su condición de salud y los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería.⁴

Estas intervenciones se basan en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual incluye cinco etapas:

- a. Recolección de información del paciente: Se aplican escalas de valoración del riesgo de UPP, acompañadas por la observación y clasificación de la lesión, según las categorías dadas por el Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP) y el Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP)
- b. Formulación de diagnósticos enfermeros: Se realiza un juicio clínico a partir de la información recolectada que involucra factores relacionados o de riesgo, fundamentados en la evidencia científica.
- c. Planteamiento de metas a través de indicadores de resultados a través de la taxonomía NOC.
- d. Ejecución de intervenciones basadas en la evidencia científica: orientadas a la prevención y tratamiento que mitiguen el impacto que estas generan sobre las personas, sus familias y la sociedad y así, reduzcan su aparición.

⁴ Lucena A et al. Perfil clínico y diagnósticos de enfermería de pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión. Revista Latino-americana de Enfermagem [Internet]. 2011 [Citado Sep 2021]; 19 (3) pp. 523-530. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qFdYL9qtVSBxwqTcbnVfzNL/?lang=es#>

e. Evaluación de resultados y seguimiento: el profesional evalúa la situación inicial como respuesta a las intervenciones, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los objetivos establecidos para el paciente.⁵

⁵ Villarejo L, Pancorbo P. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 sep 2021]; 22 (4): 152-161. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002

II. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo describe la aplicación del proceso de enfermería a un paciente geriátrico captado en el Centro de Asistencia e Integración Social con el diagnóstico de Deterioro de la Integridad Cutánea, enfocado en el modelo de las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson.

Las úlceras por presión (UPP) representan una importante problemática de salud a nivel mundial y aún más cuando se observa con frecuencia en las instituciones hospitalarias que brindan una atención en salud. Hoy en día se ha evidenciado, según estudios a nivel internacional, la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría de las UPP que presentan los pacientes son evitables. Un estudio realizado a nivel nacional en 175 unidades médicas reportó una prevalencia cruda de úlceras por presión de 12.96%.⁶

Sin embargo, siguen siendo una situación poco conocida por los profesionales e instituciones de salud, y aún menos por los pacientes y sus familiares. La aparición de úlceras por presión supone una amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes en todos los sistemas sanitarios, sociales y en la comunidad ya que su presencia deteriora la calidad de vida de quienes las padecen y pueden conducir a la discapacidad y a la muerte.⁷

Las úlceras por presión son mayormente recurrentes en adultos mayores, pacientes debilitados y personas con una movilidad disminuida o deterioro cognitivo debido ya que no solo implican dolor e incomodidad, sino que pueden dar paso a un gran número de complicaciones que ponen en peligro la salud y la vida de los pacientes.⁸

El impacto en los sistemas de salud condiciona el incremento de los costos de la atención a la salud y la prolongación de las estancias hospitalarias de los pacientes.

⁶ Ídem (3)

⁷ Sociedad Ibero latinoamericana Úlceras y Heridas. SILAHUE. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal. Disponible en: <http://www.silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>

⁸ Soldevilla AJ, Verdú SJ, Torra i Bou JE. Impacto social y económico de las úlceras por presión. Investigación Científica en Enfermagem. 2008; 275-297.

El costo unitario de la atención a úlceras por presión asciende a 687 pesos mexicanos per cápita a la semana y 2,748 per cápita al mes. Además, generan una imagen negativa de los profesionales de la salud e instituciones, ya que son reflejo del cuidado; es por ello, que la atención de estas lesiones requiere de la implementación de estrategias que garanticen una atención efectiva y segura.⁹

Se considera que las úlceras por presión son una muestra de negligencia asistencial con implicaciones legales y éticas para los profesionales e instituciones de salud. Además, son un evento adverso resultante de las intervenciones realizadas o no en los pacientes, y tienen que ver con la calidad y la seguridad de la atención en las instituciones.

La existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión, junto con el registro de las intervenciones efectuadas son una herramienta de protección legal ante un problema relacionado con malas prácticas. Es obligación del profesional de la salud actualizar sus conocimientos en relación a la prevención y tratamiento de úlceras por presión con el fin de reducir el impacto de estas lesiones.¹⁰

⁹ Vela AG, Aparicio AA, Jiménez SJ, Sánchez RA. Características y costo de la atención de heridas en instituciones de primer nivel de atención. Rev Chil Her Ost. 2013; 4(1): 81-84.

¹⁰ Barrientos C, Urbina L. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2005; 20 (1): 12-20.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Elaborar un proceso Atención de Enfermería con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson, a un paciente geriátrico con deterioro de la integridad cutánea, que se encuentra en el Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepac, para identificar sus necesidades y mediante la priorización establecer un plan de intervención de enfermería que contribuya a mejorar su salud y por consiguiente su calidad de vida.

3.2 Específicos

- Valorar al paciente para identificar sus problemas de salud reales y potenciales.
- Elaborar diagnósticos de Enfermería de acuerdo con la taxonomía NANDA.
- Realizar un Plan de Cuidados Individualizado, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC que dé respuesta a las necesidades del paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas de manera independiente e interdependiente para evitar daños y/o complicaciones.
- Evaluar las acciones de Enfermería midiendo resultados de manera objetiva de acuerdo con la respuesta humana del paciente y los indicadores establecidos.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como Profesión disciplinar

Se conoce que Enfermería antes de la etapa profesional, tuvo una etapa doméstica y una religiosa, donde a pesar de que la comenzaron a ejercer varones en los tiempos de las Cruzadas, se prosiguió con una feminización de esta, donde los estereotipos femeninos se ponían de manifiesto en total plenitud.¹¹

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, investigación, formación y la gestión en enfermería. Esta actividad a través de la historia ha estado relacionada con la mujer, caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades.

A mediados del siglo XIX por primera vez Florence Nightingale, cuando asiste como voluntaria a la Guerra de Crimea y organiza un departamento de enfermería, desafiando los tabúes de la sociedad Victoriana Inglesa, escribe y enuncia una serie de postulados sobre su punto de vista acerca de la enfermería. Desde aquella época hasta la actualidad muchos han sido los autores y organizaciones que ofrecen una definición conceptual de enfermería.¹²

4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión

Enfermería es una disciplina profesional constituida esencialmente de dos partes un componente disciplinar y un componente profesional. Como profesión toma parte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro.

¹¹ Vilchez V, Sanhueza O. Enfermería: una disciplina social. Enfermer Costa Rica [Internet]. 2011 [citado Ago 2021]; 32(2): 81-88. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>

¹² Hernández A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado Ago 2021]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.

El concepto de profesión ha sido asociado al desarrollo de la sociedad, determinado por la identificación de varios campos laborales que al cumplir con determinadas características la distinguen como una profesión de ocupación en el mercado:

La primera es el carácter técnico de la tarea del profesional ya que se basa en un cuerpo teórico de conocimientos sistemáticos adquiridos a través de una preparación académica.

La segunda característica se refiere a las normas y reglas profesionales en que se orienta para hacer sus tareas, la cual representa un conjunto de actos sistemáticos continuos que obedecen a una cierta lógica técnico-científica. Lo que significa que estas características sean determinantes para que sea reconocida y valorada por una sociedad.

En una concepción más contemporánea una profesión es definida como “La categoría de personas especializadas capaces de aplicar la ciencia a la solución de problemas en una sociedad dada.”¹³

Enfermería como profesión se ha ido perfilando a través de los años. A nivel mundial se considera que nace en el siglo XXI con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para las enfermeras.

Es por ello que, desde sus inicios como profesión moderna, la enfermería ha estado preocupada por su estatus dentro de las instituciones que proporcionan atención para la salud y la sociedad; ha incrementado su formación y requerimientos de certificación y ha persistido en su búsqueda de una independencia mayor a través la profesionalización.

Con base a lo anterior se han establecido doce características principales de una profesión:¹⁴

1. Constituye un servicio a la comunidad.
2. Posee un cuerpo de conocimientos que busca acrecentar de continuo.

¹³ Cárdenas B. L. La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones. Ediciones Pomares 2005. Pp. 37

¹⁴ Susan Ledy y J. Mae Papper. Bases conceptuales de la enfermería profesional, Washington D.C. OPS, Pp.26-27

3. Preparar a las personas que van a desempeñar esta profesión.
4. Establece sus propias normas.
5. Adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando.
6. Acepta la responsabilidad de proteger al público al cual sirve
7. Trata de utilizar de manera económica a las personas que la ejercen.
8. Busca el bienestar y la felicidad de quienes la ejercen.
9. Está motivada más por el compromiso con la causa a la cual sirve, que por consideraciones de tipo económico.
10. Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos.
11. Convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar fines comunes.
12. Se gobierna a sí misma.

El reconocimiento de enfermería como una disciplina profesional está dado por dos vertientes, primeramente explica, es decir, describe, analiza y confiere unas referencias ordenadas y sistemáticas a la vez que interactúa con otros campos disciplinares sin dependencias exclusivas, esta función consiste en la construcción de nuevos conocimientos y ordenándolos en una misma dirección epistemológica que irá produciendo una diferenciación progresiva del objeto y con ello un perfil más definido de la identidad profesional esto implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.¹⁵

Con base en lo anterior, una disciplina se define como un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.¹⁶

¹⁵ Durán Villalobos. Disciplina de enfermería. En enfermería, desarrollo teórico o investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá Colombia. Pp. 7-15

¹⁶ Cárdenas M, Zarate R. La enfermería como disciplina profesional en UNAM, Editor. ENEO-UNAM

Las disciplinas se caracterizan por lo siguiente:

a) Posee un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado:

Que interpreta, describe y explica los fenómenos que ocurren entorno al cuidado, a través de métodos de indagación que tienen en cuenta la naturaleza práctica de acción de cuidar. La ciencia enfermera se caracteriza por un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio, el cuidado; un método el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico.

b) Se han establecido formas de conocimiento propias:

Enfermería propone cuatro formas de conocimiento que son: empírico, ético, estético y personal.

Estético: El arte de enfermería es la interacción de la enfermera y la persona, que implica el desarrollo de la sensibilidad para percibirla en sus diferentes dimensiones. Se desarrolla este conocimiento a partir de posibilidades imaginativas, creativas y la formación de elementos del arte.

Empírico: Alude al desarrollo teórico a partir del trabajo empírico, generando interrogantes sobre la práctica del cuidado. Este conocimiento da la pauta para la construcción de modelos y teorías científicas.

Ético o moral: Guía de la Enfermería que permite indagar las formas en que las personas asumen valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor, la autoestima, se basa fundamentalmente en el respeto a la vida.

Personal: Considera lo subjetivo, interpersonal, existencial, la experiencia interior, apropiada y auténtica, en donde se reconocen las actitudes, aptitudes, capacidades y potencialidades que tienen las personas que cuidan para reconocer de la misma manera a las personas cuidadas como un todo. A partir de este conocimiento es que se desarrolla el arte y el actuar ético de la enfermería.

c) El conocimiento se funda en los paradigmas científicos:

Se identifican tres paradigmas de la ciencia que tienen importancia en la construcción disciplinar:

Paradigma Positivista o empírico analítico: Afirma que en la realidad existe un orden único que tiende al progreso indefinido de la sociedad. Es explicativo y predictivo, es de naturaleza hipotético-deductiva.

Interpretativo o fenomenológico: Dirige su atención a los aspectos no observables, no medibles, interpreta y evalúa la realidad, es decir; no le interesa el mundo sino la forma en que el conocimiento del mundo se da. Se centra en la descripción de lo que es único y personal en el sujeto y no en lo generalizable; pretende desarrollar conocimiento ideográfico y acepta que la realidad es dinámica, cambiante y holística.

Sociocrítico o Humanista: Se centra en el análisis de la función que tienen la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con el poder. Este paradigma aporta diversas categorías de análisis que develan las formas instituidas de conocimiento, práctica e investigación, que permiten construir nuevas formas de pensar y actuar, en vías de lograr una plena transformación de las condiciones de vida y de salud de la sociedad.

d) Los conceptos Básicos de la Enfermería sustentan la disciplina y la profesión:

Uno de los componentes de la sintaxis disciplinar lo constituye el metaparadigma:

El **cuidado** como objeto de estudio de la Enfermería.

La **persona** como el sujeto del cuidado.

La **salud** como un valor y un derecho humano.

El **entorno** interno y externo de cada persona.¹⁷

e) El Ser de Enfermería

El Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual, como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano; por lo tanto, se considera pertinente mencionar en detalle los elementos constitutivos del concepto de cuidado.

¹⁷ Ídem (15)

El Quehacer de Enfermería

Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado.¹⁸

Enfermera

La enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. La enfermera colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud.

Enfermería

La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermera y usuario, que incluye la comunicación interpersonal entre ellos, con otras personas importantes para el usuario, y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Los nuevos papeles importantes que desempeñan las enfermeras profesionales son, entre otros, agente del cambio, defensora y colaboradora de la profesión.¹⁹

¹⁸ Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev Colom Enfermer. [Internet] 2011 [Citado Ago 2021]; 6 (6): 73-81 pp. Disponible en: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_enfermeria_vol6_a6/81

¹⁹ Berdayes D. Bases conceptuales de enfermería. 1 ed. Cuba: Ciencias médicas; 2008. 206 pp.

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio

El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los signos de salud-enfermedad y comprender su significado, es decir, descifrarlos buscándoles el sentido con respecto a la persona que los vive, en conexión con su contexto de vida y las actividades de su vida.

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía. Pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales.²⁰

La participación del personal de enfermería en todas las etapas del cuidado de salud es fundamental, el compromiso profesional incluye actividades de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud, dirigidas al paciente, familia y a la sociedad en su conjunto.

Estética del cuidado

Cuidar es un arte que emplea enfermería lo cual contempla la capacidad de:

- Encontrar significado en hallazgos dentro de una situación de enfermería.
- Poder establecer un vínculo significativo con el otro.
- Realizar una adecuada estética en las actividades de enfermería.
- Determinar de manera adecuada el curso apropiado de una acción.
- Conducir éticamente la práctica.
- Permitir fluir los sentidos.
- Aceptar la expresión del otro.
- Dar valor a la creatividad para cuidar.

Es fundamental comprender la complejidad del arte o de lo estético lo que es un proceso creativo, de descubrimiento en el patrón empírico de conocimiento.

²⁰ Colliere Francoise. Promover la vida. Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. Madrid España; 1993. Pp. 211- 218

Ética del cuidado

El cuidado implica valores, principios y el compromiso de cuidar, orientan el ejercicio profesional y la toma de decisiones, ya que implica emitir juicios concretos sobre lo que debería hacerse correctamente y de aquello de lo que se es responsable.

El personal de enfermería aplica en su papel de cuidador los fundamentos de ética, moral y bioética, como expresión de su reconocimiento al valor y respeto por la dignidad e integridad de la persona, por los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

El cuidado como objeto epistémico de enfermería

Es el cuidado del ser humano, desde la concepción hasta la muerte, las enfermeras conciben el acto de cuidar como un acto de vida, en el sentido de que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar y mantener la vida.

Madeleine Leininger clasifica el cuidado en tres categorías:

- Profesional: Representa las metas cognoscitivas intencionadas, los procedimientos y actos de los profesionales, actitudes e intereses hacia los demás con fines de ayudar, busca ayudar y aliviar trastornos.
- Científico: Prestación de ayuda a los demás, mediante actos basados en el conocimiento ensayado y verificado.
- Humano: Acto creativo, caritativo, intuitivo o cognoscitivo de ayudar. Se basa en acciones derivadas de los sentimientos y actos empíricos.²¹

²¹ Cárdenas L. Cuidado profesional de enfermería. Federación Mexicana de asociaciones de facultades y escuelas de Enfermería, A.C.; México. 2009. 183 pp.

4.2.1 Tipos de Cuidado

La profesión enfermera es aquella ocupación que se dirige a la prestación de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida, a permitir que esta continúe y se reproduzca, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación.

Según Collière se pueden distinguir dos tipos de cuidados de diferente naturaleza:

a) **Los cuidados de costumbre y habituales:** que corresponden al vocablo inglés care y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Son cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí mismo (o a sus hijos menores) conforme van adquiriendo autonomía cognitiva, funcional y moral suficiente. Representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: comer, beber, vestirse adecuadamente para protegerse del frío o del calor, desplazarse, relacionarse con los demás, vivir de acuerdo con las propias creencias y valores. Cuando aún no se ha alcanzado la necesaria autonomía, o bien esta disminuye o se pierde, puede hacerse necesaria la intervención profesional de la enfermera. Estos mismos cuidados habituales son prestados en el proceso de morir, sólo que el objetivo cambia: ya no se trata de favorecer la continuidad y el desarrollo de la vida, sino de acompañar, promoviendo el mayor bienestar posible. Y ello porque la muerte también forma parte de la cotidianidad humana, ya que, al fin y al cabo, es el destino inexorable de todo ser humano.

b) **Los cuidados de curación,** en inglés cure, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Los cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos (Monitorización de signos vitales, administración de medicamentos, etc.). Han invadido progresivamente el campo de los cuidados de Enfermería y van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas, la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponden más a los cuidados prescritos por los médicos y llevados a cabo por el profesional de enfermería.

Ambos tipos de cuidados están presentes en la práctica enfermera, si bien, el eje central de la misma se encuentra en los cuidados reparadores y de conservación (care), ya que puede haber cuidado sin cura, pero no cura sin cuidado.²²

4.2.2 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico

En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.²³

Bajo este panorama el concepto del cuidado ha transitado en tres etapas: El cuidado de la vida, cuidado del paciente como humano y el cuidado aprendido por la práctica, fundamentado el conocimiento epistémico de la enfermera. Con ello, se establece que el Cuidado Profesional de Enfermería se define como: la esencia de la disciplina que tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser.²⁴

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos, y en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.²⁵

²² Ídem (20)

²³ Juárez P. la importancia del cuidado en Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2009; [Citado Ago 2021] 17 (2): 109-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

²⁴ García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A. CONSTRUCCIÓN EMERGENTE DEL CONCEPTO: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. Texto & Contexto Enfermagem [Internet] 2011; [Citado Ago 2021] 20 (): 74-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009>

²⁵ León C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2006 Dic [citado 2021 Ago] ; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&Ing=es.

Con el desarrollo de la disciplina, la ciencia de la enfermería se ha caracterizado por dos ramas filosóficas de conocimiento. Se usan varios términos para describir estas dos posiciones, como formas de ciencia empirista e interpretativa, mecanicista y holística, cuantitativa y cualitativa, deductiva e inductiva. Conocer la naturaleza de estas posiciones filosóficas facilita el reconocimiento de la contribución de cada forma en el conocimiento de la enfermería.

Conforme la disciplina enfermera se mueve hacia delante, existe una evidencia profusa de que un número creciente de estudiosos de la enfermería se encuentran comprometidos activamente con el progreso del conocimiento para esta disciplina a través de la investigación y del diálogo experto.²⁶

²⁶ Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015. 746pp.

4.3 Modelos y Teorías de enfermería

Un modelo es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física, se utilizan para facilitar el razonamiento sobre los conceptos y las relaciones que existen entre ellos o para planificar el proceso de investigación.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir. Las funciones de la teoría consisten en resumir el conocimiento, explicar los fenómenos de interés para la disciplina y facilita los medios para predecir y en última instancia controlar los fenómenos. Así mismo contribuye a la base científica de una disciplina debido a que: ²⁷

1. Genera conocimientos que facilita mejorar la práctica.
2. Organiza la información en sistemas lógicos.
3. Utiliza un planteamiento deductivo e inductivo observando varios aspectos de enfermería en su ambiente de práctica.
4. Descubre el fundamento, para la recolección de datos, fiable y veraz sobre el estado de salud de la persona, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivos.
5. Aportan una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería.
6. Desarrolla una manera organizada de estudiar la enfermería.
7. Guía la investigación en enfermería para ampliar sus conocimientos.²⁸

4.3.1 Definición, objetivos y clasificación

El sustento teórico de la enfermería comienza a desarrollarse y adquirir mayor precisión y validez con estudios de investigación desde hace un poco más de cien años, a partir de las reflexiones y los trabajos de observación, recolección y análisis de datos que hizo Nightingale en los hospitales donde prestó sus servicios, y que le sirvieron para sustentar sus proyectos de mejoramiento de los servicios de salud.

²⁷ Ídem (26)

²⁸ Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas. 8 ed. España: Pearson educación; 2008. 1691 pp.

Sin embargo, es apenas hacia la mitad del siglo pasado cuando en verdad se concreta con el estudio sistematizado de la enfermería, con resultados de investigaciones realizadas con rigor metodológico, y la formulación de varias propuestas de modelos teóricos y teorías de enfermería que dan sustento a la práctica.²⁹

Principales aportaciones de algunas de las teóricas de enfermería

- Florence Nightingale. Teoría del entorno

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno, las condiciones y fuerzas externas que influyen en la vida de una persona. Su objetivo era colocar al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él y consiga evitar la enfermedad, o alcanzar la recuperación.

La teoría consta de cinco elementos importantes: Ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de efluvios y control del ruido.

- Virginia Henderson. Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería

Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, concebida como extensión de la práctica médica.

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia. Henderson establece 14 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer.

²⁹ Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan [Internet]. 2005 [citado agosto 2021]; 5 (1): 64-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100007&lng=en.

- Dorothea E. Orem. Teoría general del déficit de autocuidado

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

El autocuidado: Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: El elemento central de esta teoría es cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo.

Teoría de sistemas de enfermería: Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería.

- Marjory Gordon. Patrones funcionales de salud

Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano.³⁰

Clasificación de modelos y teorías enfermeras

Existen diversas clasificaciones de los modelos teóricos enfermeros. A continuación, se describen algunas de las más utilizadas e influyentes.

- Interacción: se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el autoconcepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.

³⁰ Ídem (26)

- Evolucionistas: se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.
- De necesidades humanas: el núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.
- De sistemas: se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes.

Escuela	Autora	Teoría/ Modelo
Necesidades	V. Henderson (1955)	Definición de enfermería
	D. Orem (1959)	T. del déficit de autocuidado
Interacción	H. Peplau (1952)	M. de relaciones interpersonales
Efectos deseables	D. Johnson (1968)	M. del sistema conductual
	C. Roy (1971)	M. de adaptación
Promoción de la salud	M. Allen (1963)	M. de promoción de la salud en la familia
Ser humano unitario	M. Rogers (1970)	M. de los seres humanos unitarios
Caring	M. Leininger (1978)	T. de los cuidados culturales
	P. Benner (1984)	Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería

Fuente: Lozano R. Manual CTO oposiciones de enfermería. 1ed. España: Grupo CTO; 2018. 52 pp.

Clasificación de modelos teóricos en Escuelas

Principales teóricas agrupadas en escuelas de enfermería según Kérrouac

- Escuela de necesidades: define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

- Escuela de interacción: concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- Escuela de los efectos deseables: intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.
- Escuela de la promoción de la salud: destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.
- Escuela del ser humano unitario: se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.
- Escuela del caring: centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.³¹

Necesidades	Interacción	Efectos deseables	Promoción de la salud	Ser humano unitario	Caring
Abdeellach	King	Roy	Allen	Parse	Watson
Orem	Peplau	Levine		Newman	Leininger
Henderson	Travelbee	Johnson		Roger	
	Orlando	Neuman			
	Wiedenbach	Hall			

Fuente: Lozano R. Manual CTO oposiciones de enfermería. 1ed. España: Grupo CTO; 2018. 52 pp.

³¹ Lozano R. Manual CTO oposiciones de enfermería. 1ed. España: Grupo CTO; 2018. 52 pp.

4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado, donde algunas teóricas de Enfermería como Watson, Leininger, Orem, Henderson, entre otras, coinciden en que a través de la aplicación del meta paradigma: persona, entorno, salud y enfermería, se involucra el proceso de enfermería, por lo menos en tres etapas: la Valoración, donde se describe la observación como primer paso en el proceso; el Diagnóstico, con el cual se realiza la intervención basado en los conocimientos propios de Enfermería y de áreas de conocimiento relacionadas; y la Evaluación, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de cuidado de las personas.

El (PAE) tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, donde éste nutre y viabiliza el conocimiento enfermero, mostrando su utilidad como una herramienta que permite de una forma sistemática, organizada y científica, brindar cuidado con un juicio crítico y evaluable, sustentado en la producción filosófica, conceptual, teórica e investigativa propia de la profesión.

Por ende, la aplicación del Proceso de Enfermería implica unos conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud-enfermedad del paciente de tipo fisiopatológico, psicológico, social y espiritual, unas habilidades mentales, de comunicación, técnicas e interpersonales, al igual que unos recursos físicos, financieros, estructurales, sumado al trabajo en equipo e interdisciplinario, para alcanzar el objetivo innato del proceso que es obtener una mejor calidad de cuidado de enfermería.³²

³² Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17): 18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E

En la segunda mitad de este siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, elevó su rango académico y alcanzó el nivel universitario, se vinculó en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud-enfermedad.

Las enfermeras, aunque han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas, han sumado las acciones interdependientes, con otros profesionales del equipo de salud, frente a las cuales son las únicas responsables, tanto desde el punto de vista de la competencia y desempeño profesional demostrado en su actuar, como desde el ángulo de la ética.

Desde el surgimiento como profesión, gracias a la labor de Florence Nightingale, se basa en principios éticos fundamentales como: no dañar y hacer el bien, fidelidad al paciente y la veracidad de su expresión.³³

El enfermero es un ente moral, con un solo fin, el cuidado de las personas. Debe tener en cuenta al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, una reflexión ética que le permita comprobar su actuación en interés de satisfacer las necesidades de sus pacientes, evaluar y respetar en cada persona, principios y valores morales como lo es la dignidad, autonomía, privacidad.

Para el personal de enfermería es importante abordar la realidad desde un modelo de cuidado de enfermería donde se aplique el cuidado integral; sustentar la teoría que conduce su práctica, es su responsabilidad. Durante el proceso de atención se deben brindar cuidados integrales que reúnan y cumplan con las necesidades del individuo como ser integral.³⁴

³³ Amaro Cano María del Carmen. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 [citado Sep 2021]; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es.

³⁴ Rodríguez TN. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2018 [citado Ago 2021]; 34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430>

La práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este personal es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos.

Los enfermeros mantienen reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuando ha de compartirla con alguien. La enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de enfermería directa o de apoyo, considerando que enfermería es una profesión independiente, que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.³⁵

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo.³⁶

³⁵ Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 [citado 2021 Ago]; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.

³⁶ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E

Modelo de Atención de Virginia Henderson “Definición de la Enfermería”

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri (EE.UU.), graduándose como enfermera en la Escuela del Ejército en el año 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia a los militares heridos y enfermos en la I Guerra Mundial. Posteriormente, se incorporó a la docencia, complementada con el desarrollo de tareas de investigación, actividades las cuales no abandonará hasta su muerte, en marzo de 1996. Entre los libros más destacados que publicó se encuentran “The Principles and Practice of Nursing” (1955) y “The Nature of Nursing” (1966), donde plasmó la definición de enfermería.³⁷

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida, enfermedad, infancia o edad avanzada.

Asunciones filosóficas

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos.
- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Proposiciones

- La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.

³⁷ Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. México: Springhouse notes; 2006.

- Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.
- La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Niveles de relación enfermera-paciente

- Papel de la enfermería: Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.
- Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma.
- Enfermera como ayudante: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.
- Enfermera como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.
- Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.³⁸

³⁸ Bellido JC, Lendinez JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1 ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. 217 pp.

Necesidades básicas

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona.

Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.

Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.³⁹

³⁹ Ídem (26)

Conceptos

- Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.
- Dependencia: Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.
- Autonomía: Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.
- Manifestaciones de independencia: Conductas o acciones que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- Manifestaciones de dependencia: Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.⁴⁰

Supuestos

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

⁴⁰ Ídem (38)

- Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.⁴¹

⁴¹ Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2016 [citado Ago 2021]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>

4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.⁴²

Se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

Objetivos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Características

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

⁴² Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. 3 ed. México: El manual moderno; 2004. 636 pp.

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁴³

Ventajas

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.⁴⁴

Desventajas

- Escaso dominio de la taxonomía nanda.
- Falta de implementación del PAE.
- Déficit del personal.
- Sobrecargo de trabajo.
- Falta de incentivos para la educación e investigación.

⁴³ Pérez M. Operacionalización del proceso atención enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [internet] 2002 [citado agosto 2021]; 10 (2): 62-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>

⁴⁴ Ídem (38)

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. Es importante aclarar que las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, y que una conlleva a la otra. Es cíclico, es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica.⁴⁵

1. Valoración

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos. Esta etapa es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción. Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería.

Métodos de obtención de los datos

- **Observación** es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado, de la siguiente manera: signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional), amenazas a la seguridad del paciente, reales o potenciales, la presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno). El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.

⁴⁵ Ídem (42)

- **Entrevista** es una comunicación planificada o una conversación con el objetivo de para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo dar consejo o tratamiento. Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica.
- **Examen clínico** valoración individual del estado de salud, conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, la cual se logra por la exploración de regiones desde la cabeza a los pies y por aparatos o sistemas, para ratificar e investigar alteraciones o problemas funcionales y de comportamiento significativos, y se complementa con los resultados de los exámenes gráficos y químicos necesarios.⁴⁶

Validación

Verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

Organización de los datos

Agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.⁴⁷

2. Diagnóstico

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.⁴⁸

⁴⁶ Ídem (28)

⁴⁷ Ídem (38)

⁴⁸ Herdman H, Kamitsusu S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019. 496 pp.

Para unificar un lenguaje en el personal de enfermería a utilizar en la práctica, educación e investigación, la American Nurses Association (ANA) ha recomendado las interrelaciones de los lenguajes sobre:

- Diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los elementos que los integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).
- Resultados que se correlacionan con los cuidados enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC). Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Éstos tienen una etiqueta, definición y una lista de indicadores para evaluar los resultados. (cfr. Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de enfermería de la NANDA, NOC y NIC).⁴⁹
- Intervenciones de la Nursing Intervention Classification (NIC). Las intervenciones o tratamientos se agrupan en los campos fisiológico, conductual, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades.⁵⁰

Tipos de diagnósticos de enfermería

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son el actual, el del riesgo, el del bienestar, el posible y el sindrómico:

Diagnóstico actual es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería.

- Diagnóstico de enfermería del riesgo es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.

⁴⁹ Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

⁵⁰ Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

- Diagnóstico del bienestar describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento
- Diagnóstico de enfermería posible es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo.
- Diagnóstico sindrómico es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. En la actualidad hay seis diagnósticos sindrómicos en la lista internacional de la NANDA.⁵¹

Pasos para un diagnóstico

1. Priorizar, pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación.
2. Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
3. Realizar una lista de problemas reales y potenciales identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
4. Buscar las evidencias (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.
5. Nombrar los problemas con las etiquetas diagnósticas que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
6. Determinar las causas del problema (r/c) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las intervenciones específicas.
7. Si se detectan Factores de Riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como diagnóstico de riesgo (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.

⁵¹ Ídem (28)

8. Evaluar los recursos con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados. ⁵²

3. Planeación

En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Proceso de planificación

En el proceso de elaboración de los planes de asistencia para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades: es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención.
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente: En un plan de asistencia, se describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.
- Selección de intervenciones de enfermería: Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.
- Registro de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia: Las intervenciones de enfermería en el plan de asistencia se fechan cuando se escriben.

⁵² Ídem (38)

- Dependiendo del tipo de problema del paciente, el profesional de enfermería escribe las intervenciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud.⁵³

4. Ejecución

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase del proceso de enfermería incluye Reevaluación del paciente, Aplicación de las intervenciones de enfermería, Registro de las intervenciones de enfermería.

- Revaloración del paciente: Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe revalorar al paciente para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria.
- Aplicación de las intervenciones de enfermería: Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia. Adaptar las actividades a cada paciente. Las creencias, valores, edad, estado de salud y ambiente del paciente son factores que pueden influir en el éxito de una acción de enfermería.
- Registro de las actividades de enfermería: Tras llevar a cabo las actividades de enfermería, la enfermera completa la fase de aplicación registrando las intervenciones y respuestas del paciente en las notas del progreso de enfermería.⁵⁴

⁵³ Ídem (28)

⁵⁴ Ídem (42)

5. Evaluación

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continua, y en cada una de ellas se evalúa.

- Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del diagnóstico enfermero.
- Diagnóstico: el diagnóstico enfermero es exacto y adecuado.
- Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.⁵⁵

⁵⁵ Ídem (38)

4.5 La persona

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

El **envejecimiento** es un proceso natural, gradual y universal que conlleva cambios a nivel biológico, psicológico, social y funcional, que se conjuga en el envejecimiento individual.

Ninguna teoría puede explicar el proceso de envejecimiento, el cual es complejo y variado describiéndose como un efecto acumulativo de la interacción de muchas influencias tanto intrínsecas como extrínsecas a lo largo de la vida, la herencia, el ambiente, las influencias culturales, la dieta, el ejercicio, la diversión, las enfermedades y otros muchos factores. Todo lo cual hace impredecible cómo y cuándo será el envejecimiento de una persona.⁵⁶

El envejecimiento no implica enfermedad, dependencia y falta de productividad necesariamente, sin embargo, conforme se van incrementando años a la vida también se van dando diversos cambios relacionados con el proceso natural de envejecimiento que conllevan a modificaciones en las estructuras internas y externas de la persona.⁵⁷

Cambios físicos y fisiológicos

Los cambios fisiológicos que se presentan al envejecer son variables respecto a la edad de inicio: en algunas personas se presentan de forma más temprana que en otras.

- **Aparato digestivo:** Atrofia e insuficiencia funcional en general, ablandamiento y adelgazamiento de la mucosa con aumento del tejido conectivo, hipertrofia a lo largo del tubo digestivo que provoca disminución del apetito, problemas de masticación provocado por pérdida de piezas dentales, disminución de la producción de saliva, vaciamiento gástrico lento, disfagia, distonias vasculares, constipación.

⁵⁶ Troen BR. La Biología del envejecimiento. Monte Sinaí J Med [Internet] New York. 2003 [citado 06 jul 2021]; 70 (1): 3-22 pp. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10961016_The_Biology_of_aging

⁵⁷ Jiménez A, Moros MT. Intervención psicomotriz en personas mayores. TOG (A Coruña) [Internet] 2011 [citado 06 jul 2021]; 8 (14): 13pp Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>

- **Aparato respiratorio:** Adelgazamiento de los tabiques alveolares, los cuales forman cavidades dilatadas, disminuyendo el número y calibre de los capilares, lo que provoca que disminuya el intercambio gaseoso con disminución de la tensión del oxígeno y aumento de la tensión de bióxido de carbono en la sangre alveolar como consecuencia de la alteración del parénquima pulmonar y por menor elasticidad de la caja torácica se llega a una disminución de la ventilación pulmonar y del intercambio alveolo capilar causando disnea en relación de actividades de esfuerzo.
 - **Sistema hematopoyético:** Reducción de la médula ósea funcional, así como de la calidad enzimática de los glóbulos rojos provocando anemias en la vejez. El bazo y los ganglios linfáticos muestran disminución del volumen y engrosamiento de la capsula.
 - **Sistema circulatorio:** El corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis, provocando un aumento progresivo de la presión sistólica. Disminuye la tensión venosa y de la velocidad de la circulación dando como resultado una mayor transferencia de oxígeno a los tejidos y una mayor pérdida de calor, lo que explica la presencia de manos y pies fríos.
 - **Sistema renal:** Alteración de la capacidad de concentración y dilución de la orina, deterioro de la función renal.
 - **Sistema nervioso:** Reducción del flujo sanguíneo cerebral, lo que afecta el equilibrio y la memoria a corto plazo, mayor dificultad para el aprendizaje.
- Visión:** Disminución del musculo del parpado, provocando desviación de los movimientos oculares, así como entropión, ectropión. Reducción pupilar que aumenta la sensibilidad de la luz y dificultad de adaptación a la obscuridad. Pérdida del pigmento del iris, sequedad ocular y agudeza visual.
- Audición:** Presbiacusia, tinitus, engrosamiento del oído medio, causando disminución de la percepción del habla.
- Olfato:** Disminución de olfato debido a la atrofia de las fibras olfatorias.
- Gusto:** Atrofia de las papilas gustativas y reducción de la producción de saliva.
- Tacto:** Pérdida parcial de la capacidad de receptores del tacto y sensibilidad de la piel, como efecto mayor tolerancia al dolor.

- **Sistema tegumentario:** Reducción de la cantidad de colágeno, grasa subcutánea, por lo que se arruga la piel y se vuelve flácida. Palidez cutánea, el cabello se vuelve canoso y vello facial grueso.
- **Aparato reproductor masculino:** Erección más lenta, disminución de la sensibilidad del pene y tamaño testicular. Aumento de la próstata y de la incidencia de ginecomastia.⁵⁸
- **Cambios psicomotores:** los huesos, cartílagos y músculos se atrofian, deterioro osteomuscular es provocado por los cambios antropométricos que producen la disminución de la estructura y del grado de movimiento de las articulaciones con la edad, el equilibrio postural genera deterioro en los sistemas sensorio-motores que pueden incidir, en especial, en la forma y la velocidad del caminar, alterando el nivel de caminata, Osteoporosis que es la pérdida de la densidad mineral de los huesos.⁵⁹

Cambios psicológicos y cognitivos

Algunas funciones declinan progresivamente durante el envejecimiento, otras se mantienen estables hasta etapas tardías y otras no sólo no se deterioran, sino que mejoran con el paso de los años.

Los principales cambios que se dan se manifiestan en las funciones cognitivas como la inteligencia, memoria, lenguaje, personalidad, estado afectivo, así como posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, etc. No hay que olvidar que el envejecimiento cognitivo se caracteriza por una gran variabilidad individual.

En la vejez el conflicto se da por el deseo de envejecer con éxito y la angustia que producen los pensamientos de dependencia y muerte. En esta etapa el individuo reevalúa sus logros y metas conseguidas y busca el envejecimiento satisfactorio.

⁵⁸ Castro L, Flores H. Enfermería geriátrica, protocolos del cuidado del anciano. México: Grupo fármacos especializados; 2006. 149pp.

⁵⁹ Menéndez M, Brochier K, Rosane B. la actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. textos & contextos (porto alegre) [internet]. 2011; 10 (1): 179-192. disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527168014>

Por otro lado, existen numerosas variables que acompañan al proceso del envejecimiento (deterioro de la salud, cambios físicos, jubilación, viudedad), pero entre los principales problemas mentales de tipo orgánico que inciden con mayor frecuencia en las personas mayores se encuentra la depresión. Por este motivo, se hay que afirmar que el colectivo de personas mayores es uno de los más vulnerables de nuestra sociedad.⁶⁰

Cambios socio afectivos

Hace décadas, los mayores gozaban de una posición relevante en la sociedad, debido a que constituían una valorada fuente de sabiduría. La industrialización alteró este proceso pasando a ser sujetos “pasivos” para la sociedad. En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años.

El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo percibido por él sobre su personalidad, por eso hay personas mayores a las que el hecho de envejecerles motiva a descubrir nuevos roles en la vida o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder su razón de estar en el mundo social que conocen.

Sin embargo, otros tienen una actitud totalmente negativa, esta actitud puede ser adoptada por los estereotipos negativos que existen hacia el proceso de envejecimiento en la sociedad, mantenidos incluso por ellos mismos. Estos fenómenos pueden dañar las capacidades adaptativas de las personas incidiendo en su calidad de vida. Estas capacidades adaptativas están determinadas por su pasado y por sus capacidades de comunicación y de respuesta, si bien no se puede incidir sobre el pasado, sin embargo, sí sobre la capacidad de comunicación y de respuesta.⁶¹

⁶⁰ Millán TC. Principios de geriatría y gerontología. 1ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill; 2006. 650pp.

⁶¹ González Bernal, Jerónimo, de la Fuente Anuncibay, Raquel, DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación [Internet]. 2014; 7 (1): 121-129 pp. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>

4.5.2 Padecimientos más frecuentes

Panorama Demográfico y Epidemiológico

El **envejecimiento** constituye en nuestro país un tema prioritario el cual no debe ser visto como una carga para el Sistema de Salud, sino como una oportunidad para reorientar las políticas públicas y dotar de un nuevo significado a la **vejez** entendiéndose esta como “Una etapa de la vida que comienza a los 60 años de edad y forma parte del envejecimiento” la cual está caracterizada por deterioro funcional, físico, y mental, que no necesariamente conducen a la persona mayor a una incapacidad funcional. El **envejecimiento** como un “Proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en él se producen cambios, cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno” para lograr un envejecimiento saludable”.⁶² Lo que implica que las personas puedan preservar y prolongar su capacidad funcional con un nivel de bienestar adecuado reduciendo al mínimo la dependencia.⁶³

Panorama demográfico

La vejez es una etapa de la vida que forma parte del ciclo vital del ser humano, Las Naciones Unidas han establecido que un adulto mayor es toda persona a partir de los 65 años para países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. De acuerdo a la (OMS) entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años, pasara de 900 millones, hasta 2000 millones lo que representa un incremento del 12 al 22%. De acuerdo con estas cifras se puede observar que el envejecimiento poblacional implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional.⁶⁴

En 2015, la esperanza de vida al nacer en México es 5.3 años más elevada para las mujeres en relación con los hombres, igual a lo observado en la mayoría de las regiones del mundo.

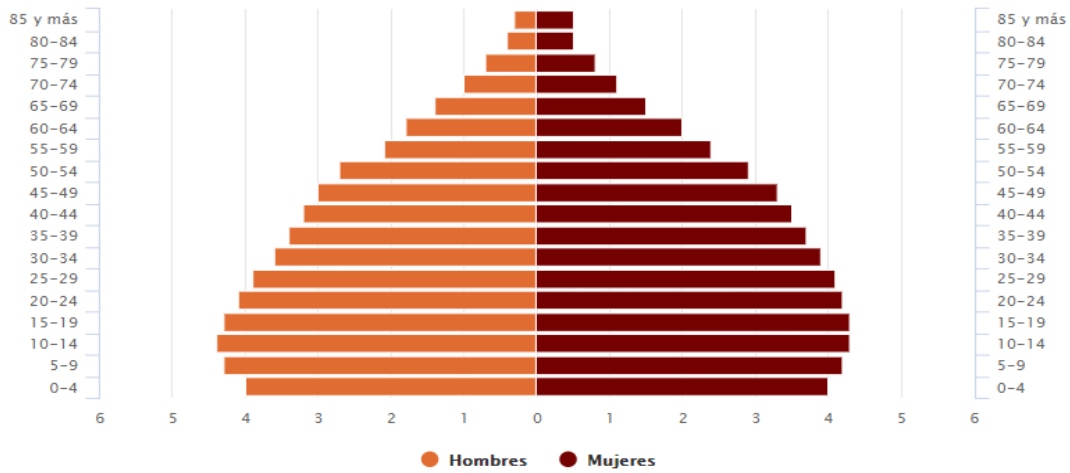
⁶² Organización Mundial de la Salud. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. [Acceso 3 de septiembre de 2021 de 2012.] <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/CONF.197/9>

⁶³ Gutiérrez Robledo, et al Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geriátrica; 2016. 69pp.

⁶⁴ Reyes A.V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. ENEO-UNAM Abril 2018

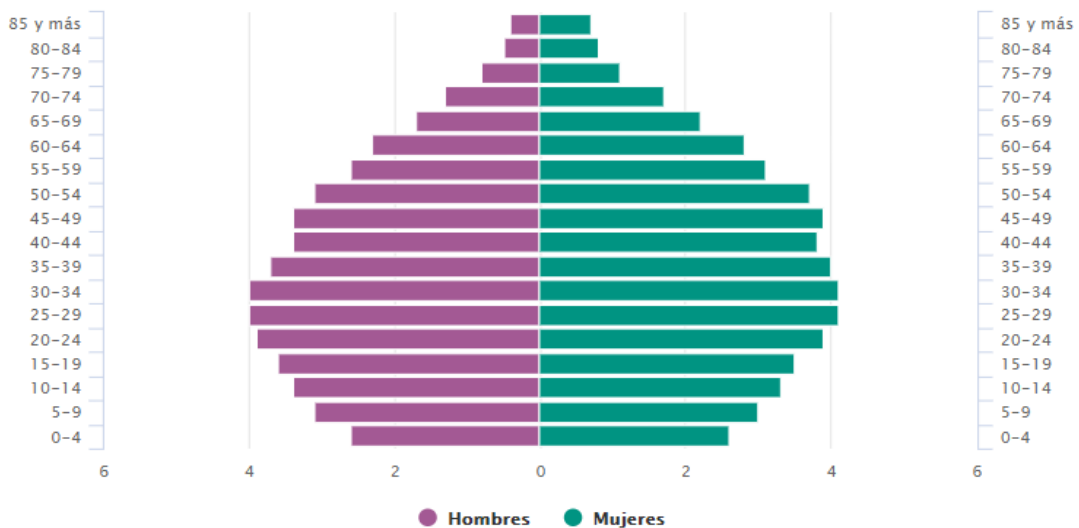
Si bien es cierto que la esperanza de vida seguirá incrementándose en los siguientes años, estas ganancias no serán tan marcadas como en el pasado. Por ejemplo, en 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36.9 años, para el año 2000 ya se había duplicado a 73.2 años, y se espera que para 2050 sea de 79.4 años.⁶⁵

Panorama demográfico en México 2020



Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2020

Panorama demográfico en la Ciudad de México 2020



Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2020⁶⁶

⁶⁵ Ídem (63)

⁶⁶ INEGI Censo de Población y Vivienda 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Panorama epidemiológico

La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.⁶⁷

Las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de muerte en el mundo para las personas mayores. Esto significa que la mayoría de este grupo de la población corre el riesgo de sufrir una enfermedad incurable que no es transmisible y que minará su salud en un periodo de tiempo.

Se estima que las principales causas de enfermedades en personas de 60 y más años en el mundo corresponden a enfermedades cardiovasculares 30.3%, cáncer 15.1%, enfermedades pulmonares crónicas 9.5%, enfermedades músculo esqueléticas 7.5%, y los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso 6.6%.

De acuerdo con el estudio sobre el envejecimiento global y la salud de adultos (SAGE por sus siglas en inglés), en México se estima que alrededor del 67% de las personas de 60 y más años de edad presenta diferentes enfermedades crónicas como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neuropatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad.

Resulta crucial señalar que además de la muerte prematura, las personas mayores que sufren una o varias enfermedades crónicas tendrán una reducción de los años de vida saludable.

Conforme se suman más condiciones crónicas en la misma persona y avanza su edad, aumenta la cantidad de limitaciones del funcionamiento que se pueden presentar.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Datos y cifras 2018 (Consultado el 2 de septiembre de 2021) Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Por ejemplo las mujeres de 75 y más años de edad con tres condiciones crónicas de salud coexistentes pueden presentar limitación para realizar cinco de 19 actividades cotidianas; y los hombres de 65-74 años de edad con siete enfermedades crónicas coexistentes pueden presentar limitación para realizar 10 de 19 actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁶⁸

Durante 2020, 92.4% (1 003 645) de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud presentando un aumento del 3.6% con respecto a 2019 y 7.6% (82 449) a causas externas, con una disminución porcentual de la misma magnitud: accidentes (32 334), homicidios (36 579), suicidios (7 896) y eventos de intención no determinada.

Respecto a las defunciones por enfermedades y problemas relacionados con la salud se registraron en el 2020, 1 003 645 casos, de los cuales 433 201 (43.16%) fueron mujeres, 570 273 (56.82%) fueron hombres. La mayor parte de estas defunciones se concentraron en personas de 65 años y más, con un total de 596 600 casos (59.44%).

Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte a nivel nacional son por enfermedades del corazón (218 885, 20.2%), por la COVID-19 (201 163, 18.5%) y por diabetes mellitus (151 214, 13.9%), como se especifica en la siguiente tabla:⁶⁹

Principales causas de muerte en México

1	Enfermedades del corazón 218,885	6	Enfermedades del hígado 41,520
2	COVID-19 201,163	7	Enfermedades cerebrovasculares 37,054
3	Diabetes Mellitus 151,214	8	Agresiones (Homicidios) 36,579
4	Tumores malignos 90,645	9	Accidentes 32,334
5	Influenza y neumonía 56,830	10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 21,972

Fuente: INEGI. (2020) Defunciones registradas (mortalidad general) - Microdatos.

⁶⁸ Boletín. Instituto Nacional de Geriátría. [internet]. Abril 2019 [citado 06 Jul 2021]; 2 (3): 28 p. Disponible en: https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf

⁶⁹ INEGI. (2020) Defunciones registradas (mortalidad general) - Microdatos. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Microdatos>

Los mexicanos que hoy cumplen 60 años cuentan aún con una esperanza de vida de 22 años; es decir, en el comparativo internacional, un año más que Brasil, tres más que China y sólo cuatro años por debajo del líder, Japón. Sin embargo, de estos 22 años, sólo 17.3 transcurren en buen estado de salud, lo que significa que casi cinco años se viven con una o varias enfermedades o con pérdida de funcionalidad y merma de la calidad de vida y el bienestar.

Si bien la esperanza de vida es mayor para las mujeres, ellas viven esos años adicionales en peores condiciones de salud y con más discapacidad que los varones.

En México, la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo que precede a la demencia alcanza hasta 7.9% y 7.3%, respectivamente. El entorno hospitalario suele ser adverso para las personas mayores frágiles. Esta situación es potencialmente controlable si el abordaje geriátrico multidisciplinario sistemático es implementado con una visión de continuidad de los cuidados, minimizando los riesgos y desenlaces negativos en ese contingente. Los síndromes geriátricos que no se modifican o que empeoran durante la hospitalización suelen prolongar la estancia hospitalaria y ensombrecer el pronóstico funcional de los pacientes.⁷⁰

Gran parte de estas lesiones ocurren en hospitales públicos, en especial en las Unidades de Cuidados Intensivos y servicios de medicina interna - geriatría. Según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), ente rector en Estados Unidos sobre UPP y su prevención, se estima que 2.5 millones de pacientes presentan úlceras por presión al año y a nivel hospitalario la incidencia es de 2.5% por año, llegando a ocasionar 60 mil muertes al año.

En México, dos estudios multicéntricos reportan que la prevalencia cruda de UPP es del 12,94% y del 17%, respectivamente. En América Latina, Brasil presenta una prevalencia del 41,1%, en tanto que en España es del 7,78%. Como puede observarse, la presencia de UPP es un problema común en diferentes países.

⁷⁰ Ídem (63)

En los últimos años, las úlceras por presión (UPP) han ido generando un gran impacto dentro de la salud pública pues se ha establecido y está considerado actualmente como un problema prioritario a resolver dentro del sistema de salud pues tiene una gran repercusión sobre la calidad de vida, especialmente en adultos mayores.

Desde este punto de vista, se analizaron las principales comorbilidades que presentaron los pacientes con diagnóstico de úlcera por presión, encontrándose así un grupo de mayor prevalencia que presentaba algún tipo de patología neurológica (45.2%), dentro de ellas, el desorden cerebro-vascular y el traumatismo vertebro medular, siendo las principales causas de postración en pacientes que presentan este tipo de patologías.

En segundo lugar, se encuentran las patologías de afección cardiovascular (34.4%), principalmente la hipertensión arterial y diabetes mellitus que afectan a nivel de micro vasculatura y, con el paso del tiempo y cronicidad, llega a afectar a nivel de múltiples sistemas. En relación a otros estudios, estos indican que las patologías más frecuentes de admisión en hospitalización en pacientes con UPP son: neumonía, infecciones urinarias, sepsis y accidente cerebro-vascular.

El factor nutricional es uno de los más importantes en pacientes para prevenir la aparición de úlceras por presión, pues el déficit en el estado nutricional puede influir en la vulnerabilidad de los tejidos con respecto a los factores externos como lo es la presión permanente sobre superficies de apoyo.⁷¹

⁷¹ Chacón J, Del Carpio A. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. Rev. Fac. Med. Hum [Internet].2019 [citado 06 jul 2021]; 19(2): 66-74p. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a07v19n2.pdf>

4.5.3 Descripción del padecimiento

Concepto

La úlcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida.

Dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular.⁷²

Epidemiología

La prevalencia reportada de UPP a nivel mundial, de acuerdo con la OMS, está entre el 5 y 12%; en el continente americano es del 7%.¹¹ En México, en 2011, se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP, dando como resultado una prevalencia del 12.92%, que lo ubica en un nivel medio respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 6 y 13%. El último cuatrimestre de 2013 ubica el acatamiento a nivel nacional al indicador de UPP en el 91.89%, en comparación con el estándar esperado del 95-100%.⁷³

Factores de riesgo

Las úlceras por presión se desarrollan como resultado de una compresión sostenida de un área corporal específica, entre dos planos duros, por lo regular sobre alguna prominencia ósea. La compresión aplicada a la piel que sobrepasa la presión arteriolar de 32 mmhg, origina hipoxia, acumulación de productos de degradación metabólica y generación de radicales libres. La presión que excede > 70 mmhg por 2 horas resulta en un daño celular irreversible. La formación de las úlceras ocurre más rápidamente ante presiones mayores.

⁷² Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-104-08/ER.pdf>

⁷³ Mijangos M, Puga C, Guillen L, Zúñiga I. El manejo de úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Evid Med Invest Salud [internet] 2015[citado 07 jul 21]; 8 (2): 77-83p. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>

Los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión se pueden clasificar como:

Factores intrínsecos: son aquellos que forman parte de las condiciones propias del paciente, y se debe evaluar en todo paciente dependiente como:

- Inmovilidad o movilidad limitada.
- Hospitalización prolongada.
- Deterioro del estado de alerta.
- Enfermedades neuro-degenerativas.
- Comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal).
- Hipotensión.
- Fractura de cadera.
- Malnutrición o restricciones dietéticas.
- Fármacos que deprimen el sistema nervioso central.
- Depresión.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Envejecimiento general y cutáneo.
- Pérdida de elasticidad cutánea o Pérdida de grasa subcutánea.

Factores extrínsecos: son aquellas condiciones que se relacionan con el entorno del paciente.

- Presión: La presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de una úlcera por presión. Por ejemplo, la presión constante con cualquier superficie dura como cama, silla o camilla.
- Fricción: Acción que produce el roce de la piel contra otra superficie. Es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (codos, sacro y tobillos) roza contra una superficie áspera como la sábana descamando las células epidérmicas, disminuyendo la resistencia de la piel.
- Cizallamiento: Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presentan cuando el paciente se encuentra mal sentado o la cabecera se eleva más de 30°C.

En esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sabana, mientras que los más profundos se deslizan, comprimiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno la piel.

- **Humedad:** Es la presencia de cualquier líquido o al vapor de agua que impregne la superficie de la piel. Por ejemplo, la provocada por incontinencia fecal o urinaria, sudoración excesiva, humedad en pliegues, esto macera y reblandece la piel disminuyendo su resistencia e incrementa 5 veces el riesgo de presentar erosión y ulceración.⁷⁴

Fisiopatología

Las Ulceras por Presión se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mmHg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de esta, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.

Cuadro Clínico

La evaluación del estado de la piel sirve como un indicador temprano de daño tisular, por ejemplo, la presencia de eritema, calor local, edema, induración o dolor, suelen indicar el inicio de una úlcera por presión.⁷⁵

⁷⁴ Ídem (72)

⁷⁵ Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. [internet] Logroño; 2003. [citado 07 Jul 2021]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>

Clasificación

En 2016, el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) decidió sobre un cambio importante en la terminología. Se reemplazó el término úlcera por presión por lesión por presión con el fin de representar de una manera más precisa las lesiones por presión que afectan la piel intacta y ulcerada.

Las úlceras por presión se clasifican en 4 categorías o estadios.

- **Categoría I:** Enrojecimiento que no palidece a la presión, la piel está intacta. Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o fría. Puede indicar la existencia de riesgo (signo de alerta).

- **Categoría II:** Pérdida del espesor parcial de la piel o ampolla.

La pérdida del espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, brillante o seca, sin esfacelos o hematomas. También puede presentarse como una flictena intacta o abierta/rota llena de suero.

- **Categoría III:** Pérdida del grosor completo de la piel.

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida del tejido, puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

- **Categoría IV:** Pérdida completa del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos pueden estar presentes en varias partes del lecho de la herida, incluye cavitaciones y tunelizaciones, pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis.

- **No estadiable:** Profundidad desconocida

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) en el lecho de la herida. Hasta que se haya retirado el tejido se expondrá la verdadera profundidad.⁷⁶

⁷⁶ National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (ed.). Cambridge

Localización

Los lugares de predilección de las úlceras por presión en los ancianos son, prácticamente, los mismos que para el resto de los pacientes: sacro, tuberosidad isquiática, cadera, talón, codo, rodilla, talón y occipucio.

Las úlceras coxígeas e isquiáticas se denominan *de sillón*, por aparecer en individuos que permanecen demasiado tiempo sentados en la misma posición.

Las trocantéreas normalmente son complicaciones de las sacras, producidas al cambiar de posición al anciano con úlceras sacras y colocarle en decúbito lateral, favoreciendo de este modo la aparición de una nueva úlcera por presión en la región trocantérea. Las úlceras localizadas en rodillas, codos, columna dorsal, región occipital y orejas suponen una baja resistencia tisular. Las zonas susceptibles de desarrollar úlceras según su posición:

- Decúbito Supino: Occipital, sacro, omóplatos, coxis, codos, talones.
- Decúbito Lateral: Pabellón auricular, hombros-acromion, costillas, trocánter, cresta ilíaca, cara interna de las rodillas, maléolos.
- Decúbito Prono: Frente, pómulos, área de las mamas, crestas ilíacas, rodillas, dedos de los pies, genitales, nariz.
- Sedestación: Occipital, omóplatos, codos, isquion, sacro, coxis, talones metatarsianos.⁷⁷

Valoración Clínica

Puesto que el riesgo de úlceras por presión es alto en los pacientes mayores, es prudente que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica valore el riesgo de estas lesiones al ingreso o el primer contacto. Diversas herramientas que se han utilizado durante varias décadas pueden ayudar a la valoración objetiva del riesgo de úlceras por presión. Actualmente, se emplea la Escala de Braden-Bergstrom para la Predicción del Riesgo de UPP, la cual valora la percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, la actividad física, la movilidad corporal, la nutrición, los roces y peligros de lesiones.⁷⁸

Media: Perth, Australia, 2014. Versión española. Disponible en: <https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-npuap-ppia/>

⁷⁷ Pérez A. Enfermería Geriátrica. 3 ed. Madrid: Síntesis; 2002. 562p.

⁷⁸ Ídem (73)

Valoración de la lesión

- Localización.
- Clasificación: categorías.
- Dimensiones.
- Cavidades.
- Tejido del lecho ulceral.
- Borde de la herida.
- Estado de la piel perilesional.
- Exudado.
- Signos de infección.

El registro de valoración de la úlcera debe estar estandarizado y ha de incluir los datos siguientes: origen; antigüedad; localización; categoría; parámetros de morfología y aspecto (dimensiones, cavidades, tipos de tejido en el lecho, piel perilesional, borde de la herida, exudado, signos de infección); dolor; tratamiento de la lesión; curas realizadas, y evolución de la lesión. Si es posible, debe acompañarse con una imagen de la lesión.

Prevención

A) Cuidados de la piel

Debe inspeccionar la piel regularmente y de manera sistemática, observando las prominencias óseas y la presencia de sequedad, excoriación, eritema o maceración. Los cuidados de la piel incluyen las intervenciones siguientes:

- Mantener la piel limpia y seca y evite la fricción. Use agua tibia y jabones neutros y poco irritantes.
- Retirar el jabón aclarando bien la piel.
- Secar la piel por contacto, sin frotar, y preste atención especial a las zonas de pliegues.
- Utilizar jabones no irritantes y con pH neutro.
- Evitar utilizar soluciones que contengan alcohol.
- En las personas con riesgo alto de padecer UPP o que presentan UPP en la categoría I, aplicar suavemente ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo, sin dar masaje.
- No hacer masajes sobre las prominencias óseas.
- Mantener la ropa de la cama siempre limpia, seca y sin arrugas.

- Si el paciente padece incontinencia urinaria o fecal, inspeccionar regularmente los dispositivos utilizados para controlarla (pañal, etc.) y cambiar cuando estén mojados. La humedad provoca maceración y edema, lo cual aumenta la susceptibilidad a la abrasión.
- En caso de incontinencia urinaria, valorar la posibilidad de utilizar un colector urinario.
- Vigilar los drenajes y los exudados de las heridas y proteja la piel con productos de barrera (películas de poliuretano o pasta de zinc).

Entre los cuidados de la piel también se incluyen las acciones encaminadas a favorecer la oxigenación tisular. Por ello hay que abordar y corregir las causas que provoquen una disminución de la oxigenación tisular, como pueden ser las enfermedades respiratorias, la diabetes, la anemia o los procesos que originen alteraciones de la perfusión tisular periférica o del estado hemodinámico (que cursen con hipotensión).

También los hábitos de vida perjudiciales (como el tabaquismo) influyen negativamente en la oxigenación tisular.

Se deberá valorar signos de alarma cutáneos tales como:

- Identificar resequedad.
- Lesiones incipientes.
- Eritema.
- Maceración.
- Zonas con dispositivos terapéuticos invasivos (ventilación mecánica, sondas vesicales, sondas nasogástricas), no invasivos (sujeciones mecánicas, férulas y yesos, entre otros).
- Zonas con lesiones anteriores.
- Observar la existencia de eritema y de cualquier tipo de calor localizado, edema o induración, especialmente en personas con pigmentación oscura.⁷⁹

⁷⁹ Ídem (72)

B) Control de la presión

En las intervenciones para la redistribución de la presión (cambios de posición) en pacientes inmóviles, se recomienda:

- La frecuencia de cambios de posición será determinada por la tolerancia individual, nivel de actividad, movilidad, condición médica, objetivos del tratamiento y evaluación de las condiciones de la piel.
- En adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión los cambios de posición cada dos horas, aun cuando esté presente alguna superficie que alivie la presión por ejemplo colchones de presión alterna o fluida.
- Los cambios de posición durante la noche serán cada tres horas con la cabecera a 30°.
- Colocar el programa de cambios posturales en la cabecera a la vista de todos.

La secuencia para cambios posturales es:

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral derecho.
- Decúbito lateral izquierdo.
- En la medida de lo posible posición fowler, evitando cizallamiento en cóccix y sacro.

Reducir la fricción y cizallamiento:

- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.
- Tender la cama dejando holgada la sabana móvil en la zona los dedos de los pies evitando la fricción.
- Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y cizallamiento.
- Instaurar medidas encaminadas al alivio de la presión y la fricción especialmente en las zonas más propicias para desarrollar úlceras por presión, por ejemplo: Películas transparentes, Apósitos hidrocoloides, Cremas sobre prominencias óseas.
- No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter.
- Colocar protectores en codos y talones, si fuera necesario.

Tratamiento:

Curación de la herida

Las directrices para el tratamiento local de la herida tienen como objetivo preparar el lecho de la herida y crear un ambiente húmedo para que la herida cicatrice. Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida y cada uno de ellos corresponde a las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen en las heridas crónicas. En este sentido, la Junta Consultiva Internacional sobre la Preparación del Lecho de Herida (International Wound Bed Preparation Advisory Board) ha desarrollado un esquema de trabajo (acuñado bajo el acrónimo inglés TIME) T = Tejido no viable o deficiente. I = Infección o inflamación. M = Control del exudado. E = Estimulación de bordes epiteliales. Cuyo objetivo es optimizar el lecho de la herida por medio de la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana, lo cual facilita el proceso endógeno normal de la cicatrización.

Para la limpieza de la herida se recomienda la siguiente técnica:

- Limpieza gentil con solución fisiológica, agua destilada o agua potable.
- Utilizar una jeringa de 20 ml con un catéter venoso periférico para la irrigación de la herida durante la limpieza.
- NO lesionar el tejido durante la limpieza de la herida evitando en lo posible abrasión, fricción y demasiada presión.
- Evitar el sangrado durante la limpieza.
- La úlcera por presión con tractos tunelizados o socavados, debe limpiarse con mayor precaución y menor presión de lavado.
- La zona de limpieza debe extenderse 1 cm al borde de la úlcera.
- Vigilar el flujo de la irrigación y desechar de manera adecuada el líquido ocupado, de manera que se evite la contaminación cruzada.

Desbridamiento

El tejido no viable o desvitalizado es tejido necrótico que aparece a consecuencia de la falta de aporte sanguíneo y la muerte celular, y es habitual en las UPP.

Los objetivos de las diferentes técnicas de desbridamiento en las úlceras por presión son:

- **Remover:** Tejido necrótico o escaras, Tejido infectado, Exudado, Áreas de hiperqueratosis, Cuerpos extraños o del material de curación.
- **Disminuir:** Riesgo de infección, Exceso de humedad, Olor.
- **Estimular:** La curación de la herida, Tejido de granulación.

Desbridamiento quirúrgico

Normalmente se trata de resecciones amplias que implican retirar tejido necrótico y una parte del tejido sano, lo cual puede provocar sangrado. Generalmente lo hace un cirujano en una sola sesión en un quirófano o en una sala quirúrgica bajo alguna técnica anestésica o de sedación. Aunque es poco selectivo, es el sistema más rápido para retirar los tejidos no viables, lo cual puede mejorar inmediatamente el aporte sanguíneo de la zona. Está indicado en los casos de escaras gruesas muy adheridas, de tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas y muy exudativas, de localizaciones especiales y con signos de celulitis o sepsis.

Desbridamiento cortante

Está indicado en los casos de tejido necrótico o en zonas con hiperqueratosis, seco o con exudado abundante, con sospecha de alta carga bacteriana o signos clínicos de infección o celulitis. Hay diferentes técnicas de desbridamiento cortante:

- **Técnica cover:** comenzar por los bordes del tejido necrótico para visualizar las estructuras anatómicas subyacentes y continúe separando y despegando toda la placa con el bisturí o con tijeras. Toda la placa se va retirando en forma de tapa o cubierta. Es útil para zonas necróticas que se despegan fácilmente del lecho al que están adheridas.
- **Técnica slice:** es la más usada. Comenzar desde el centro o del lugar donde se aprecie que el tejido necrótico está menos adherido al lecho. Suele hacerse en varias sesiones y el tejido se va eliminando por capas.

- **Técnica square:** se hacen diversos cortes en forma de rejilla en la placa necrótica para aplicar posteriormente métodos enzimáticos o autolíticos. Requiere varias sesiones.

Para llevar a cabo el desbridamiento cortante se recomienda lo siguiente:

- Lavado de manos antiséptico y usar guantes estériles.
- Limpiar la lesión con suero fisiológico y desinfectarla con un antiséptico antes y después de aplicar la técnica.
- Realizar el desbridamiento por planos y en diferentes sesiones hasta conseguir la limpieza adecuada de la úlcera.
- Evitar hacer el desbridamiento cortante a pacientes con coagulopatías o con tratamiento anticoagulante.
- Aconsejamos desbridar las úlceras de talón con escaras secas solamente si presentan colección líquida por debajo (fluctuación o exudado).

Es la única excepción a la norma de que toda escara debe ser desbridada, ya que la cubierta escarificada actúa como capa protectora natural en una zona de alto riesgo de osteomielitis, debido a la cercanía del hueso calcáneo.

- Si la úlcera es extensa y presenta una infección que afecta a tejidos profundos o a huesos, puede ser necesario hacer una resección amplia que incluya tejido sano. En este caso debe hacer el desbridamiento en un quirófano con la ayuda de anestesia.

Desbridamiento enzimático

El desbridamiento enzimático consiste en aplicar en la herida una pomada que contiene enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaína-urea, etc.) que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.

Se puede combinar con otro tipo de desbridamiento. La pomada más usada es la colagenasa (no aconsejada en pediatría).

Las recomendaciones siguientes permiten aplicar este tratamiento con las mayores garantías de seguridad para el paciente:

- Hay evidencias que señalan que el uso de colagenasa favorece el crecimiento del tejido de granulación. Sin embargo, la colagenasa puede provocar maceración y excoriación de la piel periulceral; por ello es necesario proteger la piel con una película de barrera (pasta de zinc, película cutánea, silicona u otra). Debe hacer las curas como mínimo cada 24 horas. Es imprescindible garantizar el nivel de humedad en el lecho de la úlcera, para potenciar la acción de la colagenasa. Si el lecho de la úlcera está seco, aplique hidrogel.
- La acción de la colagenasa se neutraliza con soluciones jabonosas, metales pesados (plata) y antisépticos.

Desbridamiento autolítico

Es el menos traumático y el más selectivo, pero también el más lento. Es el que ocurre de manera natural en todas las heridas. Los fagocitos del lecho de la herida, junto con los macrófagos y las enzimas proteolíticas, son los encargados de licuar y separar del tejido sano el tejido necrótico y la escara. Puede facilitar este proceso usar apósitos modernos (hidrogel, hidrocoloides, hidrocélulares, entre otros) basados en los principios de cura en ambiente húmedo.

Desbridamiento osmótico

Se consigue por medio del intercambio de fluidos de distinta densidad o por medio de la aplicación de soluciones hiperosmolares o de apósitos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares. La evidencia sobre su efecto está basada en estudios descriptivos y en la opinión de expertos.

Terapia larval

En algunos países europeos se utiliza como una alternativa no quirúrgica para el desbridamiento de lesiones de diferente etiología especialmente cavitadas y difíciles de acceder.

En esta terapia se utilizan larvas estériles de una mosca llamada *Lucilia sericata* (mosca verde botella) criadas expresamente en el laboratorio. Estas larvas producen potentes enzimas que permiten licuar el tejido desvitalizado y posteriormente ingerirlo y eliminarlo, pero respetando el tejido no dañado. Algunos autores sostienen que estas enzimas tienen la capacidad de combatir infecciones clínicas. El inconveniente es la repulsión que puede causar a los pacientes y a los profesionales.

Desbridamiento mecánico

Son técnicas en desuso, pues hay alternativas con menos riesgo de afectar el lecho ulceral. Son traumáticas y no selectivas y actúan sobre los tejidos de la herida por medio de la abrasión mecánica. En este grupo se incluyen distintos métodos, como los apósitos de húmedo a seco, la irrigación continua a presión, el baño de remolino y el frotamiento de la ulcera.

Apósitos

- **Apósitos no adherentes:** Se usan para prevenir la adherencia al lecho de la herida y permitir el drenaje libre del exudado. Se aplican directamente sobre la superficie de la lesión, lo cual evita que los apósitos secundarios se adhieran al lecho. Están indicados para las heridas superficiales o las que presentan una exudación ligera.
- **Hidrogeles:** Aportan humedad al lecho de la úlcera y ayudan a mantenerla, rehidratan el tejido necrótico y las costras secas, calman y reducen el dolor y tienen acción desbridante y epitelizante. Aplicados conjuntamente con una pomada enzimática (colagenasa) potencian su acción.
- **Alginatos** Absorben el exudado y tienen acción hemostática, desbridante y cicatrizante (al intercambiar iones: Ca^{2+} por NA^{+}). En contacto con el exudado de la herida, la estructura física del apósito cambia y se forma un gel que mantiene el ambiente húmedo y favorece la curación.
- **Hidrocoloideos:** Apósitos de hidrocoloide crean un medio húmedo que favorece la migración celular, disminuyen el dolor y absorben el exudado (cuando es moderado) y los restos de necrosis, por lo que adquieren un color y olor característicos. El medio húmedo que forman es ligeramente ácido y/o bacteriostático.

- **Poliuretanos:** Láminas/películas de poliuretano: láminas transparentes, semipermeables y autoadhesivas que crean una película protectora, que aísla la herida del medio externo (barrera bacteriana), y un ambiente húmedo, que estimula la regeneración tisular. No tienen capacidad para absorber el exudado.
- **Apósitos de espuma (foam) de poliuretano / poliméricas:** derivados del poliuretano asociados a una estructura hidrofílica con variabilidad en el poro y de distintas densidades, que los hacen absorbentes en mayor o menor medida. Pueden ser con o sin borde adhesivo, con silicona, con hidrofibra de hidrocoloide y con hidrogel.
- **Apósitos antimicrobianos:** Contienen agentes antimicrobianos (plata o yodo). Se presentan en diferentes combinaciones y concentraciones.
- **Apósitos de carbón activado:** Actúan como un filtro, absorbiendo y neutralizando el olor. Los apósitos de carbón activado se asocian a otros productos (alginato, hidrocoloide, hidrofibras de hidrocoloides, etc.).
- **Apósitos bioactivos:** Aportan elementos que actúan en el lecho de la úlcera y que, por tanto, tienen capacidad de incidir activamente en el proceso de cicatrización (p. ej., apósitos de ácido hialurónico, de colágeno, con carga iónica y moduladores y/o reguladores de proteasas).

Presión negativa

La curación de heridas con presión negativa (CHPN), también denominada «cicatrización asistida al vacío» (VAC, Vacuum-Assisted Closure), es la aplicación de presión atmosférica controlada a una herida usando una bomba eléctrica. La presión puede ser intermitente o continua para conducir a la cicatrización que no se logra de primera intención. La presión atmosférica inferior a la normal se nombra «presión negativa»; puede obtenerse sacando moléculas de gas de la zona de interés (como la zona de la herida). Dicho principio genera hiperemia en la zona de la herida, disminuye los niveles de bacterias y, a su vez, los cursos de antibióticos necesarios para su tratamiento. Esto se debe a múltiples factores: el efecto positivo de quitar el exceso de fluido sobre el flujo linfático y sanguíneo, la mayor cantidad de oxígeno disponible para procesos oxidativos que eliminen bacterias y la naturaleza cerrada del sistema.

Los signos de alerta relacionados con el empeoramiento de una úlcera son los siguientes: aumento del exudado, exudado purulento, edema en los bordes de la úlcera y ausencia de tejido de granulación. Una úlcera tiene que mejorar entre la segunda y la cuarta semana del tratamiento; si no es así, debe reevaluar el caso y, si es necesario, modificar el tratamiento.

Para monitorizar el seguimiento de las UPP, utilizar la PUSH (pressure ulcer scale for healing, 'escala de cicatrización de las úlceras por presión'). Fue desarrollado por el NPUAP para el seguimiento y la evolución del estado de las UPP.

Esta herramienta, rápida y fiable, destaca porque es fácil de aplicar y porque registra los parámetros de la evolución de las úlceras, entre ellos el diámetro de la úlcera y la valoración del exudado y el tipo de tejido de la lesión.

Manejo del dolor

El tratamiento integral del dolor es importante ya que afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

No existe una relación entre la intensidad del dolor que experimenta un paciente y el tipo y tamaño de la lesión. En este sentido, se identifican como eventos críticos en la generación del dolor:

- Retiro y cambio de los apósitos.
- Limpieza de las úlceras.
- Desbridamiento.
- Aplicación de antisépticos.

Se recomienda realizar una determinación objetiva del dolor con la Escala Visual Análoga del Dolor y de acuerdo a su puntaje para valorar el uso de analgésicos antes del evento crítico.⁸⁰

⁸⁰ Prevención y tratamiento de úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. Consejería de Salud; febrero 2018. Disponible en: <https://gneaupp.info/wpcontent/uploads/2018/05/guiaXbaleares.pdf>

Complicaciones

- Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Los patógenos más frecuentes son gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilin resistente. La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o velocidad de sedimentación globular mayor o igual a 120 mm/h. Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.
- Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.⁸¹

⁸¹ Ídem (72)

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del Caso Clínico

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: R.D.R.O		
Edad: 78 años	Sexo: Masculino	Escolaridad: Primaria incompleta
Ocupación: Desempleado	Estado Civil: Soltero	Religión: Católica
Casa:	Lugar de Nacimiento: Guadalajara	
Fuente de Información: Directa	Integrante de la familia: Padre	Personas significativas

Antecedentes Heredofamiliares
Se desconocen

Antecedentes personales no patológicos.
Habita en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) Cuatepec desde hace 8 años, ya que por su enfermedad, se quedó sin apoyo familiar, por lo que se encontraba en situación de calle, posteriormente fue encontrado y trasladado al CAIS, donde vive actualmente, cuenta con todos los servicios de agua, drenaje, luz, comida y baño, cuenta con inmunizaciones completas y desconoce tipo de sangre.

Antecedentes patológicos
Procedimientos quirúrgicos negados, padece la enfermedad de Parkinson con predominio no tremórico hace 10 años aproximadamente, refiere haber sido alcohólico durante muchos años y sin tratamiento adecuado de su enfermedad, alergias negadas.

EXPLORACIÓN FÍSICA		
FC: 81/pm	FR: 21 rpm	TA: 110/70 mmHg
Temp: 36.3°C	SaO2: 95%	Peso: 52 kg

Talla: 1.62m	Perímetro abdominal 69 cm	IMC: 19.8
<p>Masculino, de edad aparente a la cronológica, aliñado, mesomórfico, facie parkinsoniana, alerta, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, actitud libremente escogida, normocéfalo, ojos simétricos, pupilar isocóricas y normorreflejas con adecuada coloración de tegumentos, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico, tórax simétrico, ritmos cardiacos regulares, campos pulmonares ventilados, abdomen blando y depresible a la palpación, genitales externos sin alteraciones, Ulcera por presión Grado II sacra con maceración en el área de la línea Inter glútea, extremidades con rigidez muscular. EVA: 6 Braden: 14 Push: 6</p>		

Valoración de la lesión	
Localización:	Región sacro con maceración en el área de la línea interglútea
Clasificación:	Grado II
Dimensiones:	2 cm x 1.4 cm
Exudado:	Ninguno
Tejido:	Granulación
Infección:	Sin datos de infección

Plan terapéutico	
DIETA: Normal	CURACIÓN: Cada 24 horas
<p>MEDICAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levodopa/ Cardidopa 250mg/25mg 2 tabletas V.O cada 12 horas. • Clonazepam 2mg 1 tableta V.O cada 24 horas. • Biperideno 2mg 1 tableta V.O cada 24 horas. • Gabapentina 300mg 1 tableta V.O cada 24 horas. 	

5.2 Valoración inicial

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: <u>R.D.R.O</u>	EDAD: <u>78 años</u>	SEXO: <u>Hombre</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Úlcera por presión Grado II, Parkinson</u>		SERVICIO: <u>Hospitalización</u>
DIRECCIÓN: <u>Calle Cometa sin número, col. Tlacacl</u>		
TELÉFONO: <u>Desconoce</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: _____	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>Sin ocupacion</u>		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO							
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>21x'</u>							
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO	RUIDOS ANORMALES		OBSERVACIONES
Normal	X	Superficial		Kusmaull	Crepitantes		Sin alteración
Taquipnea		Profunda	X	Ortopnea	Broncoespasmo		
Bradipnea				Disnea	Sibilancias		
				Cheyne Stokes	Estertores		

CARDIACO				
FRECUENCIA CARIACA: <u>81 x'</u> PULSO: <u>78x'</u> TENSION ARTERIAL: <u>110/70 mmHg</u>				
RITMO		PULSO		OBSERVACIONES
Taquicardia		Rebotante		Sin alteración
Bradicardia		Taquisfignia		
Arritmia		Bradisfignia		
		Filiforme		

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____	Llenado Capilar: <u>>2seg.</u>

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>52 kg</u>	Peso ideal: <u>56 kg</u>	Talla: <u>1.62 mts</u>	Perímetro abdominal: <u>69 cm</u>	Perímetro Cefálico: _____
A perdido o ganado peso (cuanto) : <u>No</u>				
Compleción: Delgado: <u>X</u>	Obesidad : _____	Caquéxico: _____	Otro: _____	

ALIMENTO					
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES					OBSERVACIONES
Blanda: _____	Normal: <u>X</u>	Papilla: _____	Astringente: _____		Ingesta inferior a las necesidades
Laxante: _____	Suplementos: _____				
LIQUIDOS					
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:		TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS			OBSERVACIONES
< de 500ml		Agua natural: <u>X</u>	Agua de sabor natural: <u>X</u>	Tè: <u>X</u>	Baja ingesta de líquidas
500 a 1000ml	X	Jugos: _____	Refrescos: _____	Café: <u>X</u>	
>de 1000ml		Cerveza: _____	Otros: _____		

DATOS DIGESTIVOS						
Anorexia: <u> </u>	Náuseas: <u> </u>	Vómito: <u> </u>	Indigestión: <u> </u>	Hematemesis: <u> </u>	Pírosis: <u> </u>	OBSERVACIONES Sin alteración
Distensión abdominal: <u> </u>		Masticación dolorosa: <u> </u>	Disfagia: <u> </u>	Polidipsia: <u> </u>	Polifagia: <u> </u>	
Polifagia: <u> </u>	Odinofagia: <u> </u>	Sialorrea: <u> </u>	Regurgitación: <u> </u>	Otro: _____		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica: <u>X</u>	Diario	300-500gr	Café	Normal	Formada	Sin alteración
Forzada: _____						
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: <u> </u>	Flatulencia: <u> </u>	Rectorragia: _____	Incontinencia: <u> </u>	Melena: _____		
Pujo: _____	Tenesmo: _____	Otros: _____				

ELIMINACIÓN URINARIA						
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES	
Fisiológica: <u>X</u>	Diario 4- 5 veces	300 ml	Ámbar	Sin olor	Sin alteración, eliminación fisiológica	
Forzada: _____						
DATOS DE ELIMINACION URINARIA						
Nicturia: <u> </u>	Anuria: <u> </u>	Disuria: <u> </u>	Enuresis: <u> </u>	Incontinencia: <u> </u>	Poliuria: <u> </u>	
Iscuria: <u> </u>	Oliguria: <u> </u>	Opsiuria: <u> </u>	Polaquiuria: <u> </u>	Tenesmo: <u> </u>	Urgencia: <u> </u>	
Otros: _____						

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>No, ninguna</u>	OBSERVACIONES Deterioro de la movilidad y modificación de la marcha debido a su enfermedad de Parkinson, rechazando los dispositivos de ayuda para las actividades de la vida diaria.
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Solo</u>	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Con ayuda, rechaza dispositivos</u>	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>8 hrs</u>	¿Siente descanso cuando duerme?: <u>si</u>	OBSERVACIONES Toma Clonazepam 2 mg Bostezos frecuentes debido a falta de actividad / entretenimiento.	
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>si, 1 hora</u>	¿Toma algún medicamento para dormir? <u>si</u>		
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>Le cuesta despertar</u>			
CARACTERÍSTICAS			
Insomnio: <u>___</u>	Bostezos frecuentes: <u>X</u>	Se observa cansado: <u>___</u>	Presenta ojeras: <u>___</u>
Ronquidos: <u>___</u>	Somnoliento: <u>___</u>	Irritabilidad: <u>___</u>	Otros: <u>___</u>

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Diario</u>	OBSERVACIONES Requiere ayuda para vestirse, después de bañarse
Necesita ayuda para vestirse: <u>Si</u>	
Tipo de ropa preferida: <u>Pants</u>	

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura : <u>36.3°C</u>	Axilar: <u>X</u>	Frontal: <u>___</u>	Otica: <u>___</u>	Oral: <u>___</u>	Rectal: <u>___</u>	OBSERVACIONES Sin alteración, temperatura dentro de los parámetros normales
Escalofríos: <u>___</u>	Piloerección: <u>___</u>	Diaforesis: <u>___</u>	Hipotermia: <u>___</u>	Hipertermia: <u>___</u>		
Distermias: <u>___</u>	Fiebre: <u>___</u>	Rubicundez facial: <u>___</u>	Otros: <u>___</u>			
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS		HABITACIÓN				
Matutino: <u>___</u>	Fría: <u>___</u>	Húmeda: <u>___</u>	Templada: <u>X</u>			
Vespertino: <u>___</u>	Ventilada: <u>___</u>	Poco ventilada: <u>___</u>				
Nocturno: <u>Se siente frio</u>	Otros: <u>___</u>					

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL					
BAÑO. Regadera: <u>X</u>	Tina: <u>___</u>	Esponja: <u>___</u>	Aseos parciales: <u>___</u>	Aseos de cavidades: <u>___</u>	OBSERVACIONES Realiza baño diario en regadera
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <u>X</u>	Tres veces a la semana: <u>___</u>		1 vez a la semana: <u>___</u>	Otro: <u>___</u>	

MUCOSA ORAL							Mucosa oral hidratada
Seca: <input type="checkbox"/>	Hidratada: <input checked="" type="checkbox"/>	Estomatitis: <input type="checkbox"/>	Caries: <input checked="" type="checkbox"/>	Gingivitis: <input type="checkbox"/>	Ulceras: <input type="checkbox"/>	Aftas: <input type="checkbox"/>	
Sialorrea: <input type="checkbox"/>	Xerostomía: <input type="checkbox"/>	Flictenas: <input type="checkbox"/>	Halitosis: _____				
Características de la lengua: <u>Rosada, hidratada</u>				Otros: _____			
DIENTES							
Frecuencia del lavado: Ninguna	1 vez al día: <input type="checkbox"/>	2 veces al día: <input type="checkbox"/>	3 veces al día: <input type="checkbox"/>				
Cantidad de dientes: <u>27 dientes</u>							
Características de los dientes:	Amarillos: <input checked="" type="checkbox"/>	Blancos: <input type="checkbox"/>	Picados: <input type="checkbox"/>	Sarro: <input type="checkbox"/>	Caries: <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros: _____							

Sin higiene bucal, con 27 piezas dentales con caries

PIEL							OBSERVACIONES
COLORACION:	Palidez: <input type="checkbox"/>	Cianosis: <input type="checkbox"/>	Ictericia: <input type="checkbox"/>	Rubicundez: <input type="checkbox"/>	Cioasma: <input type="checkbox"/>		
Melasma: <input type="checkbox"/>	Angiomas: <input type="checkbox"/>	Manchas: <input type="checkbox"/>	Rosado: <input type="checkbox"/>	Grisácea: <input type="checkbox"/>	Apiñonada: <input type="checkbox"/>		
Morena clara: <input type="checkbox"/>	Morena intensa: <input type="checkbox"/>	Morena media: <input checked="" type="checkbox"/>	Hiperpigmentación: _____				
TEMPERATURA:	Fría: <input type="checkbox"/>	Caliente: <input type="checkbox"/>	Tibia: <input checked="" type="checkbox"/>	Otras: _____			
TEXTURA:	Edema: <input type="checkbox"/>	Celulitis: <input type="checkbox"/>	Aspera: <input type="checkbox"/>	Turgente: <input type="checkbox"/>	Escamosa: <input type="checkbox"/>	Lisa: <input checked="" type="checkbox"/>	
Seca: <input checked="" type="checkbox"/>	Agrietada: <input type="checkbox"/>	Otras: _____					
ASPECTO Y LESIONES:	Maculas: <input type="checkbox"/>	Pápulas: <input type="checkbox"/>	Vesículas: <input type="checkbox"/>	Pústulas: <input type="checkbox"/>	Nódulos: <input type="checkbox"/>		
Ulceras: <input checked="" type="checkbox"/>	Erosiones: <input type="checkbox"/>	Fisuras: <input type="checkbox"/>	Costras: <input type="checkbox"/>	Red venosa: <input type="checkbox"/>	Escaras: <input type="checkbox"/>		
Tubérculos: <input type="checkbox"/>	Escaras: <input type="checkbox"/>	Callosidades: <input type="checkbox"/>	Isquemias: <input type="checkbox"/>	Nevos: <input type="checkbox"/>	Tatuajes: <input checked="" type="checkbox"/>		
Prurito: <input type="checkbox"/>	Petequias: <input type="checkbox"/>	Equimosis: <input type="checkbox"/>	Hematomas: <input type="checkbox"/>	Masas: <input type="checkbox"/>	Verrugas: <input type="checkbox"/>		
Signos de maltrato: <input type="checkbox"/>	Quemaduras: <input type="checkbox"/>	Infiltración: <input type="checkbox"/>	Ronchas o habones: _____				
Otros: _____							

Ulcera por presión en región sacra grado II

Tatuaje en antebrazo izquierdo

UÑAS						OBSERVACIONES
Coloración y características						
Quebradizas: <input type="checkbox"/>	Micosis: <input type="checkbox"/>	Onicofagia: <input type="checkbox"/>	Bandas Blancas: <input checked="" type="checkbox"/>	Amarillentas: <input type="checkbox"/>		
Cianóticas: <input type="checkbox"/>	Estriadas: <input type="checkbox"/>	Convexas: <input type="checkbox"/>	Coiloniquia: <input type="checkbox"/>	Leuconiquia: <input type="checkbox"/>	Grisáceas: <input type="checkbox"/>	
Hemorragias subungueales: <input type="checkbox"/>		Deformadas: <input type="checkbox"/>	Rosadas: <input type="checkbox"/>	Otras: _____		

Sin alteraciones

CABELLO							OBSERVACIONES
Largo: <input type="checkbox"/>	Corto: <input checked="" type="checkbox"/>	Lacio: <input type="checkbox"/>	Quebrado o chino: <input type="checkbox"/>	Limpio: <input checked="" type="checkbox"/>	Sucio: <input type="checkbox"/>		
Desalineado: <input type="checkbox"/>	Seborreico: <input type="checkbox"/>	Fácil desprendimiento: <input type="checkbox"/>	Alopecia: <input type="checkbox"/>	Distribución: <input type="checkbox"/>			
Implantación: <input type="checkbox"/>	Zooriasis: <input type="checkbox"/>	Pediculosis: <input type="checkbox"/>	Quebradizo: <input type="checkbox"/>	Caspa: <input type="checkbox"/>	Otro: _____		

Cabello corto y limpio

OJOS						OBSERVACIONES Sin alteraciones
Simetría: <u>X</u>	Asimetría: <u> </u>	Tumores: <u> </u>	Hemorragias: <u> </u>	Separación ocular: <u> </u>		
Edema palpebral: <u> </u>	Secreción: <u> </u>	Ojeras: <u> </u>	Tics: <u> </u>	Dolor: <u> </u>	Estrabismo: <u> </u>	
Pestañas integras o lesionadas: <u> </u>	Exoftalmos: <u> </u>	Enoftalmos: <u> </u>	Fosfenos: <u> </u>	Uso de lentes: <u> </u>		

OÍDOS					OBSERVACIONES Sin alteraciones
Dolor: <u> </u>	Cerumen: <u> </u>	Otorrea: <u> </u>	Edema: <u> </u>	Auxiliares auditivos: <u> </u>	
Deformidades: <u> </u>	Hipoacusia: <u> </u>	Acusia: <u> </u>	Acufenos: <u> </u>		

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS			OBSERVACIONES Antecedente de alcoholismo Convivencia directa con fauna domestica
Esquema de vacunación. Completo: <u>X</u>	Incompleto: <u> </u>		
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>Alcoholismo hace 10 años</u>			
Cuando existe algún malestar usted hace.	Ir al médico: <u>X</u>	Tomar un medicamento que este en casa	
Número de personas con las que vive y parentesco: <u>24 compañeros de dormitorio</u>			
Convive con animales (cuales y cuantos): <u>Gatos</u>			
En cada hay fauna nociva o domestica: <u>Si, gatos</u>			
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>Si, los compañeros fuman diario</u>			
En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>No</u>			
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u>Todos los servicios</u>			

ESTADO NEUROLÓGICO						OBSERVACIONES Enfermedad de Parkinson Deterioro cognitivo leve
Alerta: <u>X</u>	Orientado (tiempo, espacio, lugar): <u>X</u>		Confusión: <u> </u>	Parálisis: <u> </u>	Hemiplejia: <u> </u>	
Movimientos anormales: <u> </u>	Hipervigilia: <u> </u>	Hemiparesia: <u> </u>	Parestesia: <u> </u>	Dislalia: <u> </u>		
Dislalia: <u> </u>	Hiperactividad: <u> </u>	Déficit de atención: <u> </u>	Agresividad: <u> </u>	Letárgico: <u> </u>		
Excitabilidad motriz: <u> </u>	Alucinaciones: <u> </u>	Fobias: <u> </u>	Otros: <u> </u>			

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA		OBSERVACIONES Antecedente de caídas Lesión por presión grado II
Riesgos físicos / materiales: <u>Caidas, las lesiones de los glúteos por falta de movimiento</u>		
Riesgos ambientales: <u>En las áreas verdes, sin mantenimiento</u>		
Riesgos familiares: <u> </u>		

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: <u>Centro de Asistencia e Integración Social CAIS Cuauhtepc</u>
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>auditivas</u>
HABLA

TIPO DE COMUNICACIÓN		Oral: <u>X</u>	Escrita: _____	Señas: _____	Visual: _____	OBSERVACIONES Sin alteraciones, con buena comunicación con sus compañeros
TIPO DE HABLA:	Entendida: <u>X</u>	Poco clara: _____	Incompleta: _____	Incoherente: _____	Pausado: _____	
Tartamudeo: _____	Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____	Dialecto: _____	

PERSONALIDAD						
Alegre: _____	Tímido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____	Noble: _____	Pasivo: <u>X</u>	OBSERVACIONES Paciente normalmente pasivo y tranquilo
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____	Superioridad: _____	Inferioridad: _____	
Otro: _____						

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>Católica, los fines de semana</u>	OBSERVACIONES No hay alteraciones en relación de sus creencias
Valores que se consideran importantes: <u>Respeto</u>	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>Mucho</u>	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>Mucho "dios me cuida" refiere</u>	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
Ingreso económico mensual: <u>No recibe ningún monto económico</u>	OBSERVACIONES No cuenta con ningún trabajo y sin apoyo económico
¿La enfermedad causó problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>Si, mi familia no se quiso hacer cargo de mi</u>	
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : <u>Si mis pastillas azules y curación diaria.</u>	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>No</u>	OBSERVACIONES Ocio, No realiza ninguna actividad recreativa
¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>Caminar y dormir</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>Todo el tiempo</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>20 min a caminar</u>	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: <u>Primaria incompleta</u>	OBSERVACIONES Sin escolaridad completa
Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): _____	

¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Mecánico</u>	
¿Qué le gustaría aprender?: <u>Cantar</u>	

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD				OBSERVACIONES Conocimientos deficientes con respecto a su enfermedad actual
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?:	Malo: <input type="checkbox"/>	Regular : <input checked="" type="checkbox"/>	No se: <input type="checkbox"/>	
Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: <input type="checkbox"/> No: <input checked="" type="checkbox"/>	Cuales: _____			
¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>Cada que me siento mal</u>				
¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>Ninguna</u>				
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? : <u>Clara, pero hay muchas cosas que no entiendo</u>				

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER				OBSERVACIONES
Edad de la menarca: _____	Ritmo, flujo, de menstruación: _____			
Dismenorrea: _____	Fecha de última menstruación: _____			
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____				
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: _____				
¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: _____				
¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: _____				
¿Sabe realizarse la exploración de mama?: _____				
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____				
¿Cuándo inicio la menopausia?: _____				
Numero de gestaciones:	Número de partos:	Número de cesáreas:	Número de abortos :	
Todos sus hijos viven: _____				
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____				

HOMBRE		OBSERVACIONES Sin alteraciones
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>Diario con agua y jabón</u>		
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: <u>No</u>		
¿Le han realizado exploración médica genital?: <u>No</u>		
¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>Ninguno</u>		
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>No, ninguno</u>		

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

Exámenes de Laboratorio Generales:

Exámenes de Laboratorio Especiales

Estudios de Gabinete.

TRATAMIENTO MÉDICO

1. Levodopa/ Cardidopa 250mg/25 mg 2 tabletas Vía Oral cada 12 horas.
2. Clonazepam 2 mg 1 tableta Vía Oral cada 24 horas
3. Biperideno 2 mg 1 tableta Vía Oral cada 24 horas.
4. Gabapentina 300mg 1tableta Vía Oral cada 24 horas.

5.2.1 Organización de los datos con base a la valoración de necesidades del Modelo de Atención de Virginia Henderson

1.- Necesidad de oxigenación.

Frecuencia respiratoria de 21x', respiración normal y profunda, sin presentar alteraciones, Frecuencia cardiaca de 81x', pulso de 78x' con una presión arterial dentro de los rangos normales de 110/70 mm/Hg y un llenado capilar de > 2 seg.

2.- Necesidad de Comer y beber adecuadamente

El paciente cuenta con un peso de 52 kg, talla de 1.62 mts, con un IMC: 19.8, perímetro abdominal de 69 cm, actualmente sin perdidas ni ganancias de peso, complexión delgada.

La dieta es normal, con una alteración debido a una ingesta inferior a las necesidades.

La cantidad de líquidos que consume diariamente predomina de 500 a 1000ml diarios de bebidas variadas como agua natural o de sabor, te y café, de esta manera existe un bajo consumo de líquidos.

Sin alteraciones aparentes en datos digestivos.

3.- Necesidad de Eliminación

La eliminación intestinal es de tipo fisiológica, con evacuaciones diarias, de 200 a 500 gr, con un color y olor dentro de lo normal, de consistencia formada, sin alteraciones.

Eliminación urinaria de tipo fisiológica de 4 a 5 veces al día, en una cantidad promedio de 300ml de color ámbar, sin alteraciones.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura

No realiza ninguna actividad física, se sienta solo y camina con ayuda. Existe un deterioro de la movilidad y modificación de la marcha debido a su enfermedad de Parkinson, rechazando los dispositivos de ayuda para las actividades de la vida diaria.

5.- Necesidad de descanso y sueño

El paciente duerme aproximadamente 8 horas diarias, con descanso aparente, realizando siestas vespertinas de al menos 1 hora. Refiere tomar Clonazepam de 2mg por las noches, por lo cual le cuesta despertar por las mañanas, presentando bostezos frecuentes por falta de actividad recreativa.

6.- Necesidad de usar ropa adecuada, vestir y desvestirse

Realiza cambio de ropa diario, necesitando ayuda para vestirse. Refiere que la prenda de preferencia son los pants.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal

Temperatura de 36.3°C axilar, Predominio de cambios térmicos en las noches presenta frio y la habitación se encuentra templada habitualmente, Sin alteración, temperatura dentro de los rangos normales.

8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Higiene personal con baño diario en regadera.

Mucosa oral hidratada, caries presentes, características de la lengua rosada e hidratada.

Cuenta con 27 piezas dentales, con aspecto amarillo y no existe higiene bucal.

Úlcera por presión grado II en región sacra sin presencia de signos de infección, piel morena media, tibia, lisa y seca. Cuenta con un tatuaje en el antebrazo izquierdo.

Uñas blandas y blancas, sin alteraciones.

Cabello corto y limpio. Se observan ojos simétricos y oídos sin alteración aparente.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Cuenta con un esquema de vacunación completo, afirma adicciones de alcoholismo hace 10 años aproximadamente como antecedente. Cuando tiene algún malestar asiste al médico, el número de personas con el que vive son 24 compañeros de dormitorio, convive con fauna domestica gatos. Positivo en

fumador pasivo y cuenta con todos los servicios de agua, luz, drenaje y recolección de basura.

En cuanto al estado neurológico se muestra alerta y orientado en tiempo, lugar y espacio. Como antecedente el paciente tiene la enfermedad de Parkinson y en la actualidad existe un deterioro cognitivo leve.

Refiere haber sufrido caídas previas y lesiones por falta de movimiento.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones.

Pertenece al Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepac, los medios de comunicación son auditivos, el tipo de comunicación es oral, de habla entendida. Sin alteraciones y con buena comunicación con sus compañeros.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

Practica la religión católica todos los fines de semana y considera que influye mucho en su vida, refiriendo que Dios lo cuida, el respeto es uno de los valores que considera importante en su vida. Sin alteración en relación de sus creencias.

12.- Necesidad de ocupación para la autorrealización.

No existe ningún ingreso económico y que no cuenta con ningún trabajo. El proceso enfermedad que tiene actualmente le causó problemas familiares, que lo llevaron al abandono.

Refiere tener los conocimientos de los cuidados de su padecimiento, su medicamento y la realización de curación diaria.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas.

No realiza ningún deporte, como pasatiempo favorito prefiere dormir y caminar distancias cortas al menos 20 minutos como distracción. Se encuentra una alteración debido al ocio, ya que no realiza ninguna actividad recreativa.

14.- Necesidad de Aprendizaje.

Su escolaridad es primaria incompleta, le gustaría estudiar para ser mecánico y también cantar para participar en los concursos de la institución en la que se encuentra.

Conocimiento de la enfermedad regular, hace mucho tiempo que no le toman estudios de laboratorio, acude al médico cada que se siente mal y no recibe atención dental. La información que se le ha brindado ha sido clara, sin embargo, debido a sus bajos conocimientos, hay muchas cosas que no comprende. Existen conocimientos deficientes con respecto a su enfermedad actual.

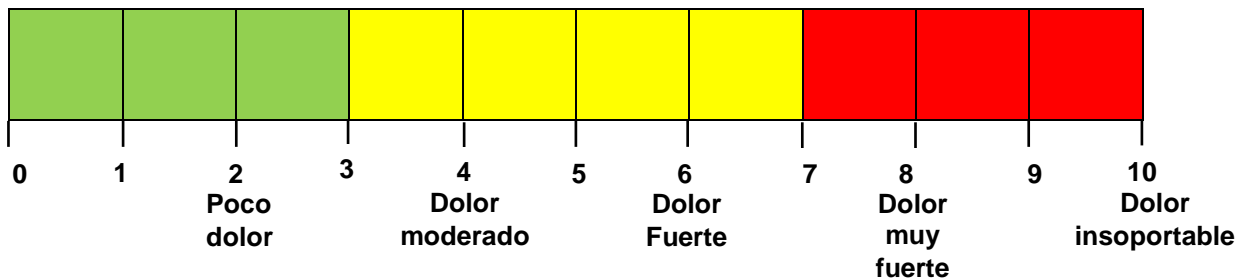
15.- Necesidad de Sexualidad y reproducción

La higiene en la zona genital es diaria con agua y jabón, no se le ha realizado el estudio de antígeno prostático, negativo a exploración médica genital. No es activo sexualmente por lo que no cuenta con ningún método de planificación familiar. No existe antecedentes de cirugía genital. Sin alteraciones aparentes.

Escala de Braden para la valoración del riesgo de úlceras por presión

Criterios	Evaluación			
	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	<u>Completamente limitada</u> no reacciona ante estímulos dolorosos.	<u>Muy limitada</u> Reacciona solo ante estímulos dolorosos.	<u>Ligeramente limitada</u> Reacciona ante órdenes verbales.	<u>Sin limitaciones</u> No presenta déficit sensorial.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	<u>Completamente húmeda</u> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina.	<u>Muy húmeda</u> La piel no siempre está húmeda. La ropa de cama se cambia al menos una vez en cada turno.	<u>Ocasionalmente húmeda</u> La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio de ropa de cama una vez al día.	<u>Raramente húmeda</u> La piel está generalmente seca.
ACTIVIDAD	<u>Encamado/a</u> Paciente constantemente encamado/a.	<u>En silla</u> Paciente con deambulación muy limitada	<u>Deambula ocasionalmente</u> Deambula ocasionalmente con o sin ayuda durante el día.	<u>Deambula frecuentemente</u> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día.
MOVILIDAD	<u>Completamente inmóvil</u> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de posición.	<u>Muy limitada</u> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo.	<u>Ligeramente limitada</u> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición.	<u>Sin limitaciones</u> Efectúa cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN	<u>Muy pobre</u> Nunca ingiere una comida completa, Bebe pocos líquidos.	<u>Probablemente inadecuada</u> Rara vez come una comida completa.	<u>Adecuada</u> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas.	<u>Excelente</u> Ingiere la mayor parte de la comida.
FRICCIÓN Y PELIGRO DE LESIONES	<u>Problema</u> Requiere asistencia para moverse. Es imposible levantarlo/a sin deslizamiento entre las sábanas.	<u>Problema potencial</u> Se mueve muy débilmente. Al movilizarlo, la piel roza ligeramente contra las sábanas.	<u>No existe problema aparente</u> Se mueve en la cama y en la silla con independencia.	<u>Sin limitaciones</u> Efectúa cambios de posición sin ayuda.
NIVELES DE RIESGO	Alto Riesgo: Total < 12			
	Riesgo Medio: Total 13-14			
	Riesgo Bajo: Total 15-16 (si <75 años) 15-18 (si es >75 años)			

Escala analógica del dolor EVA



Esta escala o índice del dolor humano es fácil de utilizar y proporciona una información importante y medible con números. Es una valoración del 0 al 10 del dolor, siendo la 0 ausencia de dolor y el 10 un dolor máximo. Podemos medir tres niveles de dolor, según la siguiente puntuación:

- Números o valores inferiores a 3: valoración del dolor es leve o leve-moderado.
- Números o valores entre 4 y 6: valoración del dolor de moderado a moderado-grave.
- Números o valores mayores de 7: valoración del dolor de grave, intenso o insoportable.

Escala de PUSH (pressure ulcer scale for healing) para el control y seguimiento de las úlceras por presión

	0	1	2	3	4	5	Valor
Longitud X Altura	0 cm	<0.3 cm	0.3-0.6 cm	0.7-1 cm	1.1-2 cm	2.1-3 cm	
	6	7	8	9	10		
	3.1-4cm	4.1-8 cm	8.1-12 cm	12.1-24 cm	>24cm		
Cantidad de exudado	0	1	2	3			
	Ninguno	Ligero	Moderado	Abundante			
Tipo de tejido	0	1	2	3	4		
	Cerrado	Tejido Epitelial	Tejido de Granulación	Esfacelos	Tejido necrótico		

Instrucciones para la valoración (a menor puntuación, mejor evolución en la cicatrización):

- **Longitud x anchura (cm²)**

Medir el diámetro de longitud más larga (de pies a cabeza) y el diámetro de anchura más ancho (de lado a lado) de la UPP usando una regla. Multiplique ambas medidas (longitud x anchura) para obtener el área de la UPP en cm².

- **Cantidad de exudado**

Estimar la cantidad de exudado (drenaje) de la UPP después de retirar el apósito y antes de hacer la cura de la UPP.

- **Tipo de tejido en el lecho de la UPP:**

- **4 puntos (tejido necrótico):** tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la UPP y que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.
- **3 puntos (esfacelos):** tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.
- **2 puntos (UPP limpia y con tejido de granulación):** tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante.

- **1 punto (UPP superficial con tejido de epitelización):** nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en su superficie en UPP superficiales.
- **0 puntos (UPP cerrada, cicatrizada):** la herida está completamente cubierta de epitelio (piel nueva).

A cada parámetro se le dará un puntaje dependiendo de los valores obtenidos, en caso del tamaño la puntuación será de 0 a 10, en la cantidad de exudado de 0 a 3 y en el tipo de tejido de 0 a 4 puntos.

Sumando los resultados obtenidos en la medida de cada una de las tres características obtendremos una puntuación total que nos indicará el puntaje que posee la úlcera en el día concreto de la valoración. Esta puntuación estará comprendida entre 0 y 17 puntos, siendo 0 el valor mínimo que indica la cicatrización total de la úlcera y 17 el valor máximo indicando el grado más evolucionado de una úlcera.

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
1- Higiene y protección de la piel	Ulcera por presión grado II región sacra	Refiere tener una herida en las pompis	Etiqueta diagnóstica: 00046 Deterioro de la integridad Cutánea Patrón: 02 Nutricional-metabólico Dominio: 11 Seguridad/ protección Clase 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
2- Dormir y descansar	EVA: 6	Presenta dolor cuando acostado	Etiqueta diagnóstica: 00132 Dolor Agudo Patrón: Cognitivo - Perceptivo Dominio: 12 Confort Clase 1 Confort físico	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
3- Moverse y mantener una buena postura	Inmovilidad Espasticidad	Dificultad para realizar sus actividades	Etiqueta diagnóstica: 00085 Deterioro de la movilidad Patrón: 04 Actividad-ejercicio Dominio: 4 actividad / reposo Clase: 2 Actividad / ejercicio	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
	Marcha parkinsoniana	Dificultad para ambular	Etiqueta diagnóstica: 00088 Deterioro de la ambulación Patrón: 04 Actividad-ejercicio Dominio: 4 actividad / reposo Clase: 2 Actividad / ejercicio	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
4- Nutrición e Hidratación	Peso: 52Kg Talla: 1.62mts IMC: 19.8	Refiere quedarse con hambre	Etiqueta diagnóstica: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades Patrón: 02 Nutricional-metabólico Dominio: 2 Nutrición Clase 1 Ingestión	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
	Ingesta igual o menor de 1000ml diarios	No toma suficientes líquidos	Etiqueta diagnóstica: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos Patrón: 02 Nutricional-metabólico Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante
				Voluntad	Compañera X

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
5- Evitar peligros del entorno	Ulcera por presión grado II región sacra	Refiere que a veces se le cae el parche de la curación	Etiqueta diagnóstica: 00004 Riesgo de infección Patrón: 01 Percepción-manejo de la salud Dominio: 11 Seguridad/protección Clase 1 Infección	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
	Escala de Downton: 5	Refiere caídas previas	Etiqueta diagnóstica: 00155 Riesgo de caídas Patrón: 01 Percepción-manejo de la salud Dominio: 11 Seguridad/protección Clase 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
7- Uso de prendas de vestir adecuadas		Refiere requerir ayuda para vestirse ocasionalmente	Etiqueta diagnóstica: 00109 Déficit de Autocuidado: vestido Patrón: 04 Actividad-ejercicio Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 5 Autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad X	Compañera X
8- Aprendizaje		Refiere no saber completamente sobre su padecimiento	Etiqueta diagnóstica: 00126 Conocimientos deficientes Patrón: 06 cognitivo-perceptivo Dominio: 5 Percepción/cognición Clase: 4 cognición	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante
				Voluntad	Compañera X
10- Participación en actividades recreativas		Expresa querer realizar alguna actividad para distraerse	Etiqueta diagnóstica: 00097 Disminución del compromiso de actividad recreativa Patrón: 04 actividad-ejercicio Dominio: 1 Promoción a la salud Clase: 1 Toma de conciencia de la salud	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad X	Compañera X

5.4 Plan de Intervención de enfermería

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 lesión física	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: L integridad tisular		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea FACTOR RELACIONADO Extremos de la vida (78 años), Presión sobre prominencias óseas EVIDENCIADO POR Alteración de la integridad cutánea (ulcera por presión II, región sacra) EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Evolución satisfactoria, sin datos de infección, se orientó sobre los cuidados, para prevenir aparición de nuevas UPP, movilización con horario (cada 2 horas), higiene, hidratación e hidratación de la piel.	RESULTADO ESPERADO: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas ESCALA LIKERT 1.- <u>Gravemente Comprometido</u> 2.- <u>Sustancialmente Comprometido</u> 3.- <u>Moderadamente Comprometido</u> 4.- <u>Levemente Comprometido</u> 5.- <u>No Comprometido</u>		
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
110102 sensibilidad	3	4	4
110113 Integridad de la piel	3	4	4
110115 Lesiones cutáneas	3	4	4
110121 Eritema	4	5	5

5.5 Ejecución

CAMPO: 2 Fisiológico Complejo CLASE: L Control de la piel/heridas INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3520 Cuidados de las úlceras por presión	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. • Mantener la Úlcera humedecida para favorecer la curación. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Limpiar la úlcera con solución, con movimientos circulares, desde el centro. • Aplicar pomadas. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar presión prolongada. • Enseñar al cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel. 	<p>Curación y humedad de la herida: La superficie de una herida húmeda promueve la migración celular y previene la muerte celular. Por ello es vital seleccionar agentes que mantengan la humedad en la superficie de la herida. Lo fundamental de la curación consiste en mantener la humedad del tejido lesionado y secar la piel circundante sana.</p> <p>El método TIME es un abordaje práctico de la preparación del lecho de la herida; su objetivo es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, el exudado y la carga bacteriana, corrigiendo las anomalías que retrasan la cicatrización. T = Tejido no viable o deficiente. I = Infección o inflamación. M = Desequilibrio de la humedad. E = Borde de la herida que no mejora o está debilitado.</p> <p>La movilización ayuda a prevenir la aparición de UPP. Se debe cambiar de postura al individuo aproximadamente cada 2 horas. Se complementa con la colocación de sábanas extendidas sin arrugas, almohadas, rodillos, toallas y férulas debajo de las articulaciones, así como con movimiento de las extremidades a un ritmo lento.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pacheco MAM, Cahuich CLP, del Carmen Guillén L, Carrasco IRZ. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Evid Med Invest Salud [Internet] 2015 [citado el 29 de julio de 2021]; 8 (2): 77-83. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/03/El-manejo-de-las-%C3%BA%u00FAlceras-por-presi%C3%B3n.pdf>

CAMPO: 2 Fisiológico Complejo CLASE: L Control de la piel/heridas
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3590 Vigilancia de la Piel

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor externo, edema o drenaje en la piel y mucosas. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel, escala de Braden. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, colchón anti escaras. • Observar si hay zonas de presión y fricción • Observar si hay signos de infección. 	<p>El término piel viene del latín cutis y constituye el órgano más extenso de nuestro cuerpo. Su accesibilidad permite valorar su estado e implementar las medidas preventivas y terapéuticas oportunas en cada caso. La estructura de la piel consta de tres capas bien diferenciadas, siendo la más externa la epidermis, seguida de la dermis y, la más profunda, la hipodermis o tejido celular subcutáneo. Una mala higiene y un déficit de cuidados de la piel, sumado al proceso de envejecimiento y a la concurrencia de otros factores como enfermedades, incontinencia, largos periodos en cama, etc., hacen que la piel sea un área susceptible de ser lesionada.</p> <p>El exceso de humedad sobre la piel favorece que el estrato córneo pierda su impermeabilidad, aumente el tamaño de cada placa de queratina y se degrade la sustancia hidrófoba que las une, haciéndola más susceptible a los traumatismos y a las agresiones bacterianas y micóticas. Esta humedad puede derivar de un cuadro de incontinencia, de niveles elevados de exudado en las heridas, de una sudoración profusa por estancia larga hospitalaria.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez F. La piel: nuestra gran desconocida. *Ulcus Clínica* 2014; 1(1): 4-8.
 Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto. Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_Ulcpresionintrahosp/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf

DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico	DOMINIO: V Salud percibida CLASE: V Sintomatología			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00132 Dolor agudo FACTOR RELACIONADO Lesiones por agentes físicos (ulcera por presión grado II sacra) EVIDENCIADO POR EVA:6, Expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor.	RESULTADO ESPERADO: 2102 Nivel del dolor ESCALA LIKERT 1.- <u>Grave</u> 2.- <u>Sustancial</u> 3.- <u>Moderada</u> 4.- <u>Leve</u> 5.- <u>Ninguno</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se observó una disminución del dolor en las curaciones, a lo cual también ayudó la terapia en ambiente húmedo, se orientó para estar alerta en caso de presentar molestias en la zona.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	210201 Dolor referido 210221 Frotarse el área afectada 210206 Expresiones faciales de dolor 210209 Tensión muscular	3 3 4 4	5 4 5 5	4 4 5 5

**CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: E Fomento de la comodidad física
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1410 Manejo del dolor agudo**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o lo agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación. • Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. • Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente, para facilitar el alivio del dolor. • Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos. 	<p>La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nociocepción puede estar influida por otros factores.</p> <p>El dolor como enfermedad difiere con otras enfermedades en sus características fundamentales. Se afirma que un paciente sufre de esta enfermedad cuando los signos y síntomas de dicha condición cuando alguna alteración morfológica, fisiológica o un agente causativo se determinan presentes.</p> <p>Es importante tener en cuenta que el dolor es, en principio, un mecanismo de defensa, cuya función es detectar y localizar los procesos que dañan las estructuras corporales, pero es también un fenómeno subjetivo que puede estar o no vinculado a una lesión o patología orgánica. Además, cuando esta vinculación existe, la intensidad del dolor no está necesariamente relacionada con la gravedad de la alteración que lo produce.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ibarra Eduardo. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006[citado 2021 Sep]; 13(2): 65-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es.

Arco J. Curso Básico sobre el dolor. Tema 1 Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Farmacia profesional [internet] 2015 [citado 2021 Sep] ; 29 (1): 36-43pp. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932415727485>

**CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: H Control de fármacos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 2210 Administración de analgésicos**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la aparición, localización, duración, características, intensidad, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar. • Determinar el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor. • Comprobar las órdenes médicas, en cuanto el medicamento, dosis y frecuencia. • Corroborar el historial de alergias a medicamentos. • Ayudar al paciente a seleccionar actividades no farmacológicas que hayan aliviado el dolor en el pasado. 	<p>En la escala de analgesia según la OMS existen unas normas de uso: Los enfermos con dolor leve son indicación de tratamiento con fármacos como el Paracetamol, Aspirina u otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos. Estos agentes presentan techo terapéutico: una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, el incremento de la dosis no produce mayor analgesia.</p> <p>La Sociedad Americana del Dolor recomienda que todos los regímenes analgésicos deben incluir un fármaco no opioide, aunque el dolor sea suficientemente intenso como para añadir un analgésico opioide.</p> <p>El dolor moderado se puede beneficiar de un tratamiento con opioides menores como el tramadol. Se utilizan conjuntamente con analgésicos no opioides, ya que pueden ser aditivos. Los opiáceos actúan a través de receptores en el sistema nervioso central, mientras que los analgésicos no opioides ejercen su acción en la periferia</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Puebla Díaz Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 Sep]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es

DOMINIO: 4 actividad / reposo CLASE: 2 Actividad / ejercicio	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: C Movilidad			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00085 Deterioro de la movilidad física FACTOR RELACIONADO Disminución de la fortaleza muscular, Enfermedad de Parkinson EVIDENCIADO POR Alteración en la marcha, dificultad para girarse, disminución del tiempo de reacción y movimientos lentos.	RESULTADO ESPERADO: 0208 Movilidad ESCALA LIKERT 1.- <u>Gravemente Comprometido</u> 2.- <u>Sustancialmente Comprometido</u> 3.- <u>Moderadamente Comprometido</u> 4.- <u>Levemente Comprometido</u> 5.- <u>No Comprometido</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Con una adecuada adherencia al tratamiento y terapia muscular, se percibe una mayor movilidad, cambiado de posición por sí mismo principalmente en las noches.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	020810 Marcha 020803 Movimiento muscular 020806 Ambulación 020814 Se mueve con facilidad	3	4	4
	3	4	4	
	3	5	4	
	2	4	3	

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: C Control de inmovilidad INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0804 Cambio de posición	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuado • Animar al paciente a participar en los cambios de posición. • Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal). • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico. 	<p>La etiología en el desarrollo de las úlceras por presión (UPP) se basa en una incompleta información de cuáles son los rangos entre el colapso vascular y la presión necesaria para dicho colapso. Estudios demostraron que se puede producir una lesión si se supera una presión en el tejido capilar arterial de 32 mmHg. Esta referencia es más conocida como la interfaz de presión.</p> <p>Los cambios posturales constituyen, sin lugar a duda, una de las medidas básicas para la prevención de las UPP. Actualmente, la práctica de los cambios posturales está en discusión, ya que la evidencia que la sostiene es de carácter empírico o consensual, y para lograr el completo alivio de dicha presión lo que siempre se ha enseñado en enfermería y luego se ha llevado a la práctica ha sido el cambio de postura.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

López P, Verdú J, Berenguer M, Soldevilla J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep]; 29(2): 92-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092&Ing=es.

**CAMPO: 1: Fisiológico: Básico CLASE: A: Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0140 Fomentar la mecánica corporal**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a utilizar la postura y mecánica corporal para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. • Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes. • Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados. • Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación. • Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento. 	<p>La mecánica corporal será aplicada en cada una de las acciones que el personal de enfermería realice durante la movilización y transferencia del individuo, con fines diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>La mecánica estudia el equilibrio y movimiento de los cuerpos; aplicado a los seres humanos, se denomina mecánica corporal a la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato músculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso.</p> <p>Ayuda a aumentar o restablecer la capacidad corporal de un individuo o de cualquier parte de su cuerpo para realizar actividades funcionales, mejorar su aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios psicosociales y favorecer la independencia hasta donde sea posible, precisa de un trabajo en equipo para coordinar y dirigir no solo la alineación corporal, sino también para lograr una estimulación neuromusculoesquelética mediante masaje, ejercicios y movilización.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas. 8 ed. España: Pearson educación; 2008. 1691 pp.

CAMPO: 1: Fisiológico: Básico CLASE: A: Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0226 Terapia de ejercicios: control muscular

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción). • Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. • Ayudar al paciente a colocarse en sedestación/bipedestación para el protocolo de ejercicios. • Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo. • Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente. 	<p>El ejercicio es toda actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene por objetivo mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física. Por lo tanto, la Prescripción del Ejercicio es un proceso ordenado y sistemático por el que se recomienda un régimen de actividad física y/o ejercicio de manera individualizada, según necesidades y preferencias, para obtener los mayores beneficios con los menores riesgos para la salud.</p> <p>La importancia de la práctica regular del ejercicio; previene deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y discapacidades en personas, que están en riesgo o con movimiento alterado por diversas razones; proporcionar y diseñar intervenciones para restaurar la integridad de los sistemas esenciales para el movimiento corporal, maximizando la función y recuperación del movimiento, minimizando el impacto de la discapacidad, mejorando la calidad de vida y la independencia en las actividades cotidianas.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pinzón Ríos, Iván Darío. ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2014; 14 (1): 129-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164012>

DOMINIO: 4 actividad / reposo CLASE: 2 Actividad / ejercicio	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: C Movilidad			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00088 Deterioro de la ambulación FACTOR RELACIONADO Conocimiento insuficiente de las estrategias de movilización, fuerza muscular insuficiente, mala condición física, Deterioro musculo esquelético EVIDENCIADO POR Deterioro de la habilidad para caminar en superficies irregulares, deterioro de la habilidad para subir una rampa. EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se observa una evolución moderada en el equilibrio, aceptando la utilización adecuada de dispositivos de ayuda para una marcha segura.	RESULTADO ESPERADO: 0222 Marcha ESCALA LIKERT 1.- <u>Gravemente Comprometido</u> 2.- <u>Sustancialmente Comprometido</u> 3.- <u>Moderadamente Comprometido</u> 4.- <u>Levemente Comprometido</u> 5.- <u>No Comprometido</u>			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
022201 Estabilidad en la marcha	3	4	4	
022205 Longitud de zancada	2	3	3	
022216 Arrastre de los pies-	2	3	3	
022224 Postura encorvada adelante	3	4	4	

**CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición). • Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, andador, almohadas o colchonetas de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios. • Ayudar al paciente a moverse hasta la sedestación, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla, y balancear el tronco apoyándose en los brazos. • Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas. • Ayudar con programas de fortalecimiento de tobillos y de caminar. 	<p>El equilibrio es el encargado de ayudar al mantenimiento de la posición del cuerpo en diferentes posturas, en él se integran varios sentidos. Se define que en el equilibrio participan la vista, el oído y el sentido del tacto que emite señales hacia la corteza cerebral, el centro del aparato nervioso, indicando la situación de músculos, tendones y articulaciones.</p> <p>En la corteza cerebral tiene lugar la integración de los movimientos de los músculos, Los ejercicios de equilibrio consisten en mantener determinada postura como el apoyo sobre una pierna con movimiento simultaneo de brazos, piernas y tronco, posiciones sentadas sin apoyo de brazos, los ejercicios de equilibrio suelen ser difíciles porque la superficie de apoyo se reduce y los segmentos corporales se mueven alrededor del eje corporal traspasando los bordes de la superficie de apoyo porque el centro de gravedad modifica su posición, por lo tanto un equilibrio adecuado requiere la práctica de ejercicios desde los más sencillos hasta progresar a los más complicados que requieren mayor habilidad.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bohumil, K. y Zdeněk, T. 1500 Ejercicios de condición física. España. Editorial hispano europea. 2001. P115.

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia. • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas • Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad. 	<p>La marcha representa la capacidad de traslado de un lado a otro, y es uno de los factores m3s importantes para la independencia. Los pacientes con trastornos de la marcha ya sea por diferentes lesiones del sistema nervioso, ca3das o lesiones musculares, a menudo manifiestan inhabilidad de llevar el peso corporal sobre los miembros afectados, lo cual puede darse por: Patrones anormales de marcha, debilidad muscular, disminuci3n del equilibrio, miedo a caerse.</p> <p>La rehabilitaci3n de la marcha es un aspecto fundamental de la rehabilitaci3n f3sica, neurol3gica y del adulto mayor. Actualmente existen un grupo de ayudas biomec3nicas, compensatorias de sost3n y de apoyo para ayudar a realizar la marcha, entre ellas como bastones, andaderas, tr3podes, muletas, y cualquier otro dispositivo que disminuya la carga de peso sobre los miembros inferiores y facilite el movimiento.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bustos R., Piña A., Pastor M, Benítez A. Plan de cuidados est3ndar de enfermer3a en artroplastia de cadera. Enfermer3a Global [Internet]. 2012; 11 (2): 324-342. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834786021>

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: K Digestión y nutrición			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FACTOR RELACIONADO Ingesta insuficiente de alimentos EVIDENCIADO POR Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas, peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal	RESULTADO ESPERADO: 1004 Estado Nutricional ESCALA LIKERT 1.- <u>Desviación grave del rango normal</u> 2.- <u>Desviación sustancial del rango normal</u> 3.- <u>Desviación moderada del rango normal</u> 4.- <u>Desviación leve del rango normal</u> 5.- <u>Sin Desviación del rango normal</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se percibe un mantenimiento estable del peso con una mayor ingesta de alimentos y se orienta al paciente sobre la importancia nutricional de acuerdo con su edad y padecimiento.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	100401 Ingesta de nutrientes	3	4	4
100402 Ingesta de alimentos	3	5	4	
100405 Relación peso/talla	3	4	4	
100411 Hidratación	4	5	5	

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1160 Monitorización nutricional

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente. • Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas. • Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). • Monitorizar la ingesta calórica y dietética. • Determinar los patrones de comidas (p. ej., gustos y aversiones alimentarias). • Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento, disponibilidad; sexo; hospitalización; uso de fármacos; estados patológicos). 	<p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador utilizado para diagnosticar el estado nutricional de acuerdo con el peso en relación con la talla en adultos. En los adultos mayores, cambios fisiológicos, patológicos y otros cambios, incluyendo desmineralización ósea, fracturas, compresión de discos intervertebrales, cifosis dorsal, escoliosis, aplanamiento del arco plantar, entre otros, inducen a una disminución de la medida de la talla, la sobrestimación del IMC y discrepancia en los rangos de desnutrición y sobrepeso en este grupo poblacional. Por ello, es importante considerar otros tipos de corte para definir la categoría de IMC.</p> <p>La malnutrición, provoca aumento y/o agravamiento del número de infecciones, aparición de úlceras por presión y ralentiza la cicatrización, entre otros. Todo ello, contribuye a que la enfermedad se prolongue y el pronóstico empeore. La desnutrición en los adultos mayores (>65 años), es más frecuente que en otros grupos de edad.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conroy-Ferreccio G. SEGSOS EN LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTOS MAYORES. Nutr Hosp [internet] 2017; 34 (1): 251. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01002/show>

Rojas Delgado KV. Anorexia y desnutrición en el envejecimiento: una visión integral. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica [Internet]. 2018;12(2):69–76. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/36301/36910>

**CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1100 Manejo de la nutrición**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. • Ajustar la dieta, (proporcionar alimentos con alto contenido proteico; aumentar las calorías; aumentar las vitaminas, minerales o suplementos). • Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función de la edad. • Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. • Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. 	<p>La alimentación correcta es la base de una buena salud junto con el consumo de agua simple potable. Por lo que es muy importante, asegurar tener una alimentación correcta a lo largo de toda la vida. La alimentación correcta está representada gráficamente en el Plato del Bien Comer, que muestra los tres grupos de alimentos que deben estar presentes en las tres comidas principales del día.</p> <p>Verduras y frutas: Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética</p> <p>Cereales y tubérculos: Principal fuente de hidratos de carbono</p> <p>Leguminosas y alimentos de origen animal: Principal fuente de proteínas.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sirvent M, Victoria C, Sagalés M, Rodríguez I et al Indicadores de monitorización del proceso de soporte nutricional especializado. Farm Hosp. [Internet]. 2013 Feb [citado 2021 Sep]; 37(1):15-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000100004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.1.154>.

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 5 Hidratación	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: G Líquidos y electrolitos			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos EVIDENCIADO POR Conocimiento insuficiente de las necesidades de los líquidos, ingesta insuficiente de líquidos, extremos de la vida.	RESULTADO ESPERADO: 0602 Hidratación ESCALA LIKERT 1.- <u>Gravemente Comprometido</u> 2.- <u>Sustancialmente Comprometido</u> 3.- <u>Moderadamente Comprometido</u> 4.- <u>Levemente Comprometido</u> 5.- <u>No Comprometido</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Evolución satisfactoria de hidratación, se le oriento sobre la importancia de la ingesta de líquidos, especialmente en temporada de calor y como prevenir la deshidratación, así como los signos de alarma.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	060215 Ingesta de líquidos 060218 Función cognitiva 060205 Sed-	3 4 3	5 5 5	4 5 4

**CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: N Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4130 Monitorización de líquidos**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (desnutrición, sepsis, exposición al calor, infección). • Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (mareo, alteración del nivel de consciencia, irritabilidad, náuseas). • Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada). • Administrar líquidos, según corresponda. 	<p>El agua puede considerarse como un verdadero nutriente, especialmente en las personas mayores y, parte de los procesos normales de envejecimiento, incluyen cambios en los mecanismos homeostáticos, con alteración en el balance hidroelectrolítico que afectan negativamente al individuo y aumentan la morbi/mortalidad. El balance entre la ingesta de líquidos y las pérdidas que se producen tienen gran importancia, y cualquier alteración de este puede poner en peligro la vida del individuo. Un balance adecuado es fundamental, por lo tanto, debe ser equilibrado, es decir, la cantidad de líquido que entra en el cuerpo debe ser la misma cantidad que se elimina, así el contenido de agua de los tejidos se mantiene constante. Las pérdidas de agua incluyen la eliminada por orina, heces, evaporación de la piel y a través de la respiración. Estas pérdidas aumentan considerablemente cuando se produce una mayor sudoración, como consecuencia del calor ambiental o de la realización de ejercicio físico, y en situaciones de diarrea, infección, fiebre o alteraciones renales. En promedio, la cantidad de líquido que se ingieren al día está en torno a los (1.5 a 2 litros de agua para evitar la deshidratación).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arbonés y col. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo SEN. Nutrición hospitalaria. 2003. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/3382/3382>.

**CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: N Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4140 Manejo de líquidos**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un registro preciso de entradas y salidas. • Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática) • Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria • Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria y utilizar recipientes pequeños de medicamentos). • Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas con frecuencia). 	<p>Durante el envejecimiento pueden coexistir diversos factores que favorecen a la deshidratación y, dentro de estos factores cabe destacar:</p> <p>La disminución en la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria, afecta muchas veces a la accesibilidad al agua, causada por reducción de la autonomía física y psíquica del individuo y a algunas patologías con elevada incidencia en las personas mayores, tales como artritis, artrosis, hemiplejías, Parkinson, etc.</p> <p>La disminución de la sensación de sed, provocada por el envejecimiento.</p> <p>La disminución de la apetencia por determinados alimentos ricos en agua, por ejemplo, la leche, así como también la tolerancia a dicha infusión.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carbajal. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Importancia del agua en las personas mayores. Editorial Barcelona (2000). Editado por la Academia Española de Gastronomía. Desde pág. 1 a 3. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-20-carbajal-AGUA-PEA-2000.pdf>.

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 1 Infección	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: T Control del riesgo			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00004 Riesgo de Infección EVIDENCIADO POR Alteración de la integridad cutánea, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, enfermedad crónica.	RESULTADO ESPERADO: 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso ESCALA LIKERT 1.- <u>Nunca demostrado</u> 2.- <u>Raramente demostrado</u> 3.- <u>A veces demostrado</u> 4.- <u>Frecuentemente demostrado</u> 5.- <u>Siempre demostrado</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante todo el tratamiento no se observaron signos y síntomas de infección, en cada curación se realizaba la valoración de acuerdo al TIME y principios de asepsia. Se instruye al paciente sobre los signos y síntomas de alerta.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	192426 Identifica factores de riesgo de infección	3	4	4
	192404 Identifica el riesgo de infección en las actividades de la vida diaria	3	4	4
192405 Identifica signos y síntomas de infección	4	5	5	
192411 Mantiene un entorno limpio	3	5	4	

CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6550 Protección contra las infecciones

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos. • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio. • Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario. 	<p>Para que ocurra una infección o colonización, tiene que darse una secuencia de elementos que se unen para transmitir un microorganismo infeccioso a un huésped susceptible. Las infecciones o colonizaciones pueden originarse en la comunidad o en instituciones de salud. Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), se originan en instituciones de atención sanitaria y pueden afectar tanto a los pacientes como al personal de salud durante la atención de la salud.</p> <p>Las úlceras por presión podrían no sólo infectarse sino también que la infección puede estar conectada con su etiología ya que la localización de la presión favorece la concentración bacteriana en esa zona y las enzimas y toxinas bacterianas provocan la pérdida de piel superficial.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud. Prevención de infecciones y control de enfermedades respiratorias agudas propensas a epidemias y pandemias enfermedades en la asistencia sanitaria. OMS: Ginebra; 2014. Disponible en: [http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publicación / es /](http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publicación/es/).

Cutting Keith F., White Richard J. Revisión de criterios para la identificación de infecciones en heridas: Revisited. Gerokomos [Internet]. 2006 [citado 2021 Sep]; 17(1): 39-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100005&lng=es.

CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6610 Identificación de riesgos

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Aplicar las actividades de reducción del riesgo. 	<p>Los pacientes con mayor riesgo de desarrollar infecciones de las heridas son aquellos cuyas respuestas inmunitarias distan de ser óptimas. La edad se considera un factor importante, los recién nacidos y los ancianos corren un riesgo especial de infección. Los desequilibrios dietéticos que causan la extrema delgadez o la obesidad afectan asimismo a los índices de infección. Algunos hábitos y formas de vida deterioran igualmente la inmunocompetencia, como sucede sobre todo con el estrés, el alcoholismo y la drogadicción, el tabaquismo y la falta de ejercicio o de sueño.</p> <p>La infección de heridas es un tema de candente actualidad por diferentes motivos: el aumento de la prevalencia, la gravedad de las consecuencias clínicas y epidemiológicas, la amenaza creciente de los microorganismos resistentes, la importancia del uso racional de los antibióticos y la necesidad de mejorar el diagnóstico y el encaje correcto de las nuevas opciones terapéuticas.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/identificacion-de-los-criterios-de-infeccion-en-heridas.pdf>

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión física	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: HH Seguridad			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00155 Riesgo de caídas EVIDENCIADO POR Entorno desordenado, Insuficiente material antideslizante en el baño, deterioro de la movilidad, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, edad >65 años, historial de caídas, sexo masculino.	RESULTADO ESPERADO: 1909 Conducta de prevención de caídas ESCALA LIKERT 1.- <u>Nunca demostrado</u> 2.- <u>Raramente demostrado</u> 3.- <u>A veces demostrado</u> 4.- <u>Frecuentemente demostrado</u> 5.- <u>Siempre demostrado</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se percibe una disminución en el riesgo de caídas, con la utilización de medidas preventivas, uso de dispositivos de ayuda y uso adecuado de calzado.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	190923 Pide ayuda 190905 Utiliza el pasamanos si es necesario 190910 Utiliza zapatos bien ajustados con cordones 190917 Utiliza precauciones cuando toma medicamentos que aumentan el riesgo de caídas	4 3 3 4	5 4 4 5	5 4 4 5

CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6484 Manejo ambiental: seguridad	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Eliminar los factores de peligro del ambiente • Disponer dispositivos adaptativos (barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente. • Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). 	<p>El deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, asociado a la presencia de una o más enfermedades y al estilo de vida del individuo, puede provocar que los adultos mayores no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales de la vida diaria.</p> <p>La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.</p> <p>En los ambientes urbanos degradados, las personas envejecidas son vulnerables a los problemas de exclusión social, discapacidad y dependencia, ya que presentan menos activos y estrategias para poder enfrentarlos. Asimismo, muchos de los problemas de adaptación que presentan las personas con discapacidad se deben a los efectos del ambiente, más que a sus limitaciones personales.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud. Seguridad para el paciente. OMS: Ginebra, 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

García-Valdez, María Trinidad, Sánchez-González, Diego, & Román-Pérez, Rosario. Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. Estudios demográficos y urbanos [internet] 2019 [citado 2021 Sep]; 34(1), 101-128. Disponible en: <https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>

CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6490 Prevención de caídas

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes de caídas con el paciente • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. • Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador • Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones. • Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha. • Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes. 	<p>La caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad. Es un fenómeno frecuente que afecta a una gran proporción de la población adulta mayor.</p> <p>El fenómeno tiende a ser más frecuente en los varones después de los 85 años.</p> <p>Los factores de riesgo intrínsecos son déficit cognitivo y visual, debilidad muscular, problemas neurológicos y cardiovasculares, problemas de marcha y equilibrio, y efectos secundarios de fármacos. Los factores de riesgo extrínsecos son iatrogénicos y ambientales. Asimismo, el riesgo de caídas es multifactorial y se incrementa con la acumulación de factores.</p> <p>Algunas acciones para mitigar este problema son: Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos, utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama o camilla, si es necesario, colocar la cama en la posición más baja, etc.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santillana HSP, Alvarado MLE, Medina BGR, et al. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002;40(6):489-493.

Calero MJ, Lopez G, ortega A. Prevención de caídas en el adulto mayor revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education [internet] 2016 [citado 2021 Sep]; 6 (2): 71-82 pp. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130992>

DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 5 Autocuidado	DOMINIO: I Salud Funcional CLASE: D Autocuidado			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00109 Déficit de Autocuidado: vestido FACTOR RELACIONADO Debilidad, deterioro musculo esquelético EVIDENCIADO POR Deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias, deterioro de la capacidad para mantener su aspecto	RESULTADO ESPERADO: 0302 Autocuidados: Vestir ESCALA LIKERT 1.- <u>Gravemente Comprometido</u> 2.- <u>Sustancialmente Comprometido</u> 3.- <u>Moderadamente Comprometido</u> 4.- <u>Levemente Comprometido</u> 5.- <u>No Comprometido</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se observa con un progreso significativo en la habilidad para vestirse por sí mismo y colocarse los zapatos de manera correcta, de esta manera va recuperando su independencia considerablemente.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	3	4	4
030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	3	5	4	
030209 Se pone los calcetines	3	5	4	
030210 Se pone los zapatos	4	5	5	

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama). • Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. • Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. • Colocar la ropa sucia en la colada. • Reforzar los esfuerzos por vestirse solo. • Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. • Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. 	<p>La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación con las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad.</p> <p>La satisfacción de esta necesidad o lo que es más exacto, la manera de satisfacerla ha desviado la atención hacia el cumplimiento de otras necesidades como sentirse seguro, realizarse, comunicación llegando a ser en algunos momentos un problema de salud el ajustar la satisfacción de esta necesidad a tantos requerimientos.</p> <p>La elección del vestido o traje constituye una diversión para todas las personas, ya sean jóvenes o viejas.</p> <p>El interés individual por el aspecto físico es universal entre todos los individuos normales y sanos.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Riopelle L. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. 4. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2013.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1630 Vestir

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. • Observar la capacidad del paciente para vestirse. • Fomentar su participación en la elección de la vestimenta. • Vestir al paciente con ropas que no le aprieten. • Cambiar la ropa del paciente al acostarse. • Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación con seguridad. • Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo. 	<p>La ropa necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima. La elección de la ropa resulta particularmente afectada por el estado general del paciente, ya sea que se encuentre confinado en cama o sea ambulatorio.</p> <p>En líneas generales la ropa debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del paciente que necesiten una manipulación o visualización frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor y que no hieran la imagen del paciente.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bernal-Becerril M, Ponce-Gómez G. Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería. *Enferm. univ.* [Internet]. 16 de abril de 2018 [citado septiembre 2021];6(1). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/344>

DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 4 cognición	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: GG Conocimiento sobre su condición de salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00126 Conocimientos deficientes FACTOR RELACIONADO Información insuficiente, alteración en el funcionamiento cognitivo leve EVIDENCIADO POR Conocimiento insuficiente	RESULTADO ESPERADO: 1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad ESCALA LIKERT 1.- <u> Ningún Conocimiento </u> 2.- <u> Conocimiento escaso </u> 3.- <u> Conocimiento moderado </u> 4.- <u> Conocimiento sustancial </u> 5.- <u> Conocimiento extenso </u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se mantiene la orientación constante sobre su condición con educación para la salud, dando a conocer los riesgos a la salud sobre la recurrencia de úlceras por presión.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	180302 Características de la enfermedad	3	5	4
	180304 Factores de riesgo	2	4	3
180310 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad	3	5	4	
180308 Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad	2	5	4	

CAMPO: 03 Conductual CLASE: S Educación de los pacientes
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5602 Enseñanza: proceso enfermedad

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología. • Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. • Describir los signos y síntomas de la enfermedad. • Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Describir las posibles complicaciones. 	<p>La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública.</p> <p>La enfermera de Salud Pública es la profesional del equipo que más está en contacto con la comunidad y por ello conoce a fondo a la población y sus necesidades individuales o colectivas para llevar a cabo una correcta educación para la salud.</p> <p>La educación para la salud, que tiene como finalidad promover la salud y prevenir la aparición de enfermedades, la educación del paciente es una prevención secundaria o más bien terciaria, dirigida exclusivamente a los individuos afectados por una enfermedad crónica. Su finalidad, es capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Isabel Serrano. La Educación para la Salud del siglo XXI, Comunicación y Salud. Rev Esp Salud Pública [internet] 2012 [citado Sep 2021]: 72: 151-153. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n2/recension.pdf>

CAMPO: 03 Conductual CLASE: S Educación de los pacientes
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. • Enseñar al paciente cómo cooperar durante el procedimiento/tratamiento. • Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones • Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. • Corregir las expectativas poco realistas del procedimiento/tratamiento. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes. 	<p>Los aspectos a considerar en la educación de los pacientes con úlceras por presión y sus cuidadores se refieren al conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado. La educación continua y personalizada debe comenzar desde el primer contacto con el paciente y ser impartida por el equipo sanitario y la enfermera, que es una figura central en la consecución de los objetivos educativos. La educación del paciente incluye la enfermedad, sus causas, signos y síntomas, cómo reconocerlos; el tratamiento establecido, la finalidad esperada y los posibles efectos colaterales, así como el autocuidado en las medidas dietéticas y de salud. Se dispondrá de material educativo claro y sencillo que cubrirá todos los aspectos descritos.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex Anest [Internet] 2017[Citado Sep 2021]; 40 (2): 107-112pp. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72641>

DOMINIO: 1 Promoción a la salud CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: Q Conducta de salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00097 Disminución del compromiso de actividad recreativa FACTOR RELACIONADO Actividad recreativa insuficiente, Deterioro de la movilidad, extremos de la vida, institucionalización prolongada EVIDENCIADO POR Mala condición física, Siestas frecuentes	RESULTADO ESPERADO: 1604 Participación en actividades de ocio ESCALA LIKERT 1.- <u>Nunca demostrado</u> 2.- <u>Raramente demostrado</u> 3.- <u>A veces demostrado</u> 4.- <u>Frecuentemente demostrado</u> 5.- <u>Siempre demostrado</u>			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Evolución constante y significativa, ya que se logró involucrar más en actividades y juegos de destreza. Se continua con el apoyo en la participación de las actividades establecidas.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	160411 Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico	2	4	3
	160412 Elige actividades de ocio de interes	3	4	4
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	3	5	4	
160413 Disfruta de actividades de ocio	3	5	4	

**CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5630 Terapia de entretenimiento**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar los déficits de movilidad. • Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. • Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas. • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad del paciente • Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa. 	<p>El adulto mayor vivencia un proceso progresivo de cambios en el que la persona llega a una nueva etapa de vida, en donde se ve enfrentado a nuevos retos en los cuales debe readaptar gradualmente la forma en como llevaba su dinámica diaria, estos cambios se dan a nivel biopsicosocial del sujeto, generando en muchos casos desequilibrio y dificultades para adaptarse a esta nueva etapa.</p> <p>Se busca que el adulto mayor se integre actividades que ocupen su tiempo y fomenten su participación en el grupo familiar estas se convierten en el medio que fortalezcan su vinculación afectiva, por ende se debe implementar estrategias que orienten la atención y energía hacia responsabilidades especialmente estructuradas para el adulto mayor en base a sus capacidades, gustos e interés, por ende se constituye la terapia de entretenimiento, como la estrategia terapéutica que integra al ser humano a su entorno, en base a las fuerzas volitivas de la persona.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Navarra, G. Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas adictas a sustancias. TOG (A Coruña) [internet] 2013 [citado Sep 2021]; 10(18): 21pp. Disponible en: <http://revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>

CAMPO: 03 Conductual CLASE: O Terapia conductual
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4310 Terapia de actividad

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia de actividades. • Ayudar al paciente elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. • Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en actividades deseadas. • Proporcionar juegos de grupo no competitivos, estructurados y activos. 	<p>La terapia ocupacional es una disciplina esencial en geriatría, ya que cuenta con enfoques preventivos, adaptativos y recuperativos.</p> <p>En el anciano la ocupación es fundamental, no solo por el entretenimiento y distracción, sino para conservar el nivel de salud.</p> <p>La vejez es una etapa más del desarrollo evolutivo de la persona y la terapia ocupacional juega un papel en evitar un irreversible deterioro físico y psíquico.</p> <p>El objetivo es maximizar las competencias funcionales de la persona y su integración en el entorno físico y social, promoviendo su autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando así su calidad de vida.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berrueta LM, Ojer MJ, Trébol A. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. TOG (Coruña) [internet]2009 [Citado Sep 2021]; 6(4): 215-258pp. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>

5.6 Evaluación

El paciente R.D.R.O tuvo una recuperación eficaz de la ulcera por presión que presentaba en el sacro, con una epitelización satisfactoria, por lo cual no existe dolor en la zona.

Debido a una adecuada adherencia al tratamiento y terapia física, se logró una mayor movilidad, marcha segura con dispositivo de ayuda y amplitud de movimientos. Se orienta sobre el riesgo y prevención de caídas.

Realiza 3 comidas al día con 2 colaciones, de acuerdo a las necesidades nutrimentales que se requiere en un adulto mayor, siguiendo el plato del buen comer. Mejoro el consumo diario de agua, refiriendo sentirse mejor y menos cansado durante el día.

Se alcanza un mayor nivel de independencia en las actividades de la vida diaria, incluso con la capacidad de ayudar a sus compañeros de dormitorio.

Evolución satisfactoria del paciente, por lo cual se lograron los objetivos del proceso atención enfermería.

Se anexan fotografías que fueron tomadas bajo consentimiento, con fines académicos.

5.7 Plan de alta

NOMBRE DEL USUARIO (A): R.D.R.O
SEXO: Hombre **EDAD:** 78 años **SERVICIO:** Hospitalización
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Parkinson
FECHA DE INGRESO: Junio 2021 **FECHA DE EGRESO:** Agosto 2021

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Disposición para mejorar la gestión de la salud Evidenciado por: Expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo, expresa deseos de mejorar el manejo de los síntomas, Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad, expresa deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito.

Riesgo de ulcera por presión Evidenciado por: Presión sobre las prominencias óseas, fricción de la superficie, fuerzas de cizalla, Antecedentes de ulcera por presión, extremos de la edad, Clasificación de <17 en la escala de Braden.

RESUMEN:

Egresada paciente del área de hospitalización a su dormitorio correspondiente por mejoría.

Ulcera por presión en proceso de epitelización, con una escala EVA: 0-2 ocasionalmente, rangos de movimiento amplios y marcha segura con dispositivo de ayuda (bastón). Peso estable sin pérdidas durante su estancia, con aumento en el consumo de líquidos. Adecuada adherencia al tratamiento.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

Alimentación saludable: (aumento consumo de: proteínas, frutas y verduras, cinco porciones al día)

DIETA: Normal, consumo mínimo de 1.5 a 2 litros de agua diarios

EJERCICIO: Practicar actividad física (20 minutos diarios) caminatas con ayuda. Continuar con terapia de marcha y equilibrio 2 veces por semana

TRATAMIENTO: Protección preventiva con curación cada 24 horas en región sacra.

Medicamentos:

- Levodopa/ Cardidopa 250mg/25mg 2 tabletas V.O cada 12 horas.
- Clonazepam 2mg 1 tableta V.O cada 24 horas.
- Biperideno 2mg 1 tableta V.O cada 24 horas.

Adherencia al tratamiento según indicaciones médicas.

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

- Prevención de aparición de nuevas úlceras por presión con ayuda de cambios posturales cada 2 horas por las noches, si es necesario.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes de consumir sus alimentos, y después de ir al baño.
- Baño con cambio de ropa diario.
- Lubricación de la piel.
- Higiene bucal 2 veces al día.
- Uñas cortas y limpias.
- Realización de ejercicios para mejorar la movilidad.
- Utilización correcta de los dispositivos de ayuda y utilización de los recursos como son los pasamanos y barandillas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Participación en las actividades que requieran movimiento.
- Motivar a vestirse y colocarse los zapatos de manera independiente.
- Realizar caminatas continuas.
- Evitar la marcha en áreas que no están habilitadas con pasamanos.
- No permanecer mucho tiempo sentado o acostado en una misma posición.
- Pedir ayuda en caso de necesitarlo.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Tomar la medicación en tiempo y dosis correspondiente.
- Consumir los alimentos en los horarios establecidos.
- Permitir la realización de curación diariamente.
- Notificar al personal de salud en caso malestar físico.

SIGNOS DE ALARMA:

- Dolor, rubor, eritema, enrojecimiento, exudado o mal olor en la región sacra.
- Disminución de la movilidad.
- Disminución de la marcha.

RECUERDE:

Acudir a su cita a la consulta externa en Servicio Médico o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: Gericultora a cargo

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Lopez Suarez Karina

CONCLUSIONES

Las úlceras por presión constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos. Son un problema común de la práctica cotidiana, que afecta a toda la población, aunque se presentan con mayor frecuencia, en las personas de edad avanzada, discapacitadas o en etapa terminal.

En la actualidad el interés en el cuidado relacionado con estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. Sobre todo, porque se estima que hasta el 95-98% de las UPP pueden ser prevenibles. Uno de los primeros pasos para la prevención es el uso de una escala para detectar el tipo de riesgo, de acuerdo con los resultados de la valoración se debe elaborar un plan de cuidados pertinente para evitar o disminuir el desarrollo de la úlcera.

Generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para el desarrollo de una UPP, también se asume a menudo que existe una relación con la nutrición; por lo tanto, mediante la aplicación de terapia en ambiente húmedo se observó una resolución y cicatrización completa de la UPP Estadio II después de 3 meses de tratamiento, evitando la progresión a estadios más severos, con los cuales el proceso de cicatrización se prolonga y se generan más costos; el evitar estas complicaciones permitió que el usuario egresara a su dormitorio para continuar con el tratamiento y seguimiento. El desarrollo de un estudio de caso permitió generar evidencia científica que oriente las intervenciones de enfermería y facilite la independencia del individuo. La correcta valoración y el diagnóstico temprano son determinantes en la evolución y resolución de los pacientes que presentan deterioro de la integridad cutánea.

Se concluye mencionando que en el enfoque holístico que se siguió en la aplicación de este proceso de atención enfermería, se reflejan cambios e innovaciones que se han producido en esta profesión, ya que el trabajo de

Enfermería en los últimos años ha sido pieza clave en el campo de acción, de la autonomía y de la responsabilidad de la enfermera de forma considerable, alcanzando así la Enfermería un alto nivel de reconocimiento por la práctica diaria. Definitivamente esta ciencia basada en un amplio sistema de teorías se ve reflejada como método para sustentar la práctica diaria.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Apósito: Producto que se puede utilizar para aislar, cubrir, proteger y optimizar el proceso de cicatrización de una herida. También se denomina apósito un grupo de materiales que, aunque no cubran totalmente la herida, tienen la capacidad de actuar localmente modificando las condiciones del lecho de la lesión.

Atrofia: Es una forma de respuesta adaptativa que suele afectar casi siempre a un número significativo de células de un órgano o tejido, y consiste en la reducción de los componentes estructurales de la célula.

Bióxido de carbono: compuesto de carbono y oxígeno que existe como gas incoloro en condiciones de temperatura y presión estándar. Está íntimamente relacionado con el efecto invernadero.

Cataratas: Opacidad de la lente natural (o cristalino) del ojo, que se encuentra detrás del iris y la pupila.

Cura en ambiente húmedo: Cura que mantiene las condiciones fisiológicas y ambientales en el lecho de una úlcera o herida crónica y que son similares a los tejidos inferiores a la epidermis, lo cual favorece el proceso de cicatrización.

Déficit: Falta o escasez de algo que se juzga necesario.

Demencia: Deterioro progresivo de las facultades mentales que causa graves trastorno de conducta.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, una familia o una comunidad que los profesionales de enfermería identifican, validan y tratan de manera independiente.

Disciplina: Doctrina, instrucción de una persona, especialmente en lo moral.

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

Distonia: Alteración del tono de un tejido o un órgano.

Ectropión: Inversión hacia fuera del párpado inferior, originada generalmente por un proceso inflamatorio o paralítico.

Enfermedad: Alteración de la salud.

Enfermería: Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo prácticas clínicas.

Epistémico: Conocimiento exacto.

Escala Braden: Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

Esclerosis: Enfermedad degenerativa y crónica del sistema nervioso, de origen autoinmune, que afecta al cerebro y la médula espinal. El sistema inmune ataca a la mielina, que es la sustancia que envuelve las fibras nerviosas o neuronas.

Esfacelo: Tejido muerto ocasionado por una infección o la falta de irrigación sanguínea.

Eritema: Enrojecimiento de la piel, en un área limitada o por completo.

Ética: Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.

Exudado: Conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades

Ginecomastia: Aumento en la cantidad de tejido de las glándulas mamarias en niños u hombres, causado por un desequilibrio de las hormonas estrógeno y testosterona.

Hipoxia: Ausencia de oxígeno suficiente en los tejidos como para mantener las funciones corporales.

Holístico: Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

Idiosincrasia: Rasgos, temperamento, carácter, etc., distintivos y propios de un individuo o de una colectividad.

Lumbalgia: dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna vertebral.

Modelo: Pretende describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera esta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería.

Neuropatía: Enfermedad que afecta la actividad normal de los nervios del sistema nervioso periférico. El sistema nervioso periférico es la red de nervios que conecta el sistema nervioso central, el cerebro y la médula espinal con el resto del cuerpo.

Occipucio: Término anatómico para referirse a la parte posterior de la cabeza.

Osteoartritis: Enfermedad de las articulaciones en la que los tejidos de la articulación afectada se deterioran con el tiempo.

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

Supuestos: Suposición o hipótesis para iniciar una investigación, un estudio o un análisis.

Tabú: Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar.

Tejido conectivo: Tejido que sostiene, protege y estructura otros tejidos y órganos del cuerpo

Teoría: Sistema lógico-deductivo constituido por un conjunto de hipótesis comprobadas, un campo de aplicación.

Terapia de presión negativa: Tecnología no invasiva que usa niveles controlados de presión negativa y succión, lo cual favorece la vascularización y el desbridamiento para promover la curación de la herida.

Úlcera por presión: Lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o de una presión en combinación con cizallamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García F, Soldevilla J, Pancorbo P. Clasificación, Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. GNEAUPP. 2014
2. Lago ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos [Internet]. 2007 [citado 2021 Sep]; 18(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004&lng=es
3. Vela-Anaya G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm IMSS. 2013;21(1):3-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41265>
4. Lucena A et al. Perfil clínico y diagnósticos de enfermería de pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión. Revista Latino-americana de Enfermagem [Internet]. 2011 [Citado Sep 2021]; 19 (3) pp. 523-530. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qFdYL9qtVSBxwqTcbnVfzNL/?lang=es#>
5. Villarejo L, Pancorbo P. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 sep 2021]; 22 (4): 152-161. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002
6. Ídem (3)
7. Sociedad Ibero latinoamericana Úlceras y Heridas. SILAHUE. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal. Disponible en: <http://www.silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Español.pdf>
8. Soldevilla AJ, Verdú SJ, Torra i Bou JE. Impacto social y económico de las úlceras por presión. Investigación Científica en Enfermagem. 2008; 275-297.

9. Vela AG, Aparicio AA, Jiménez SJ, Sánchez RA. Características y costo de la atención de heridas en instituciones de primer nivel de atención. *Rev Chil Her Ost.* 2013; 4(1): 81-84.
10. Barrientos C, Urbina L. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Revista Chilena de Medicina Intensiva.* 2005; 20 (1): 12-20.
11. Vílchez V, Sanhueza O. Enfermería: una disciplina social. *Enfermer Costa Rica [Internet].* 2011 [citado Ago 2021]; 32 (2): 81-88. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
12. Hernández A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer [Internet].* 2004 Ago [citado Ago 2021]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
13. Cárdenas B. L. La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones. Ediciones Pomares 2005. Pp. 37
14. Susan Ledy y J. Mae Papper. Bases conceptuales de la enfermería profesional, Washington D.C. OPS, Pp.26-27
15. Durán Villalobos. Disciplina de enfermería. En enfermería, desarrollo teórico o investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá Colombia. Pp. 7-15
16. Cárdenas M, Zarate R. La enfermería como disciplina profesional en UNAM, Editor.
17. Ídem (15)
18. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Rev Colom Enfermer. [Internet]* 2011 [Citado Ago 2021]; 6 (6): 73-81 pp. Disponible en: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_enfermeria_vol6_a6/81
19. Berdayes D. Bases conceptuales de enfermería. 1 ed. Cuba: Ciencias médicas; 2008. 206 pp.
20. Colliere Françoise. Promover la vida. Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. Madrid España; 1993. Pp. 211- 218

21. Cárdenas L. Cuidado profesional de enfermería. Federación Mexicana de asociaciones de facultades y escuelas de Enfermería, A.C.; México. 2009. 183 pp.
22. Ídem (20)
23. Juárez P. la importancia del cuidado en Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2009; [Citado Ago 2021] 17 (2): 109-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
24. García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A. CONSTRUCCIÓN EMERGENTE DEL CONCEPTO: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. Texto & Contexto Enfermagem [Internet] 2011; [Citado Ago 2021] 20 (): 74-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009>
25. León C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2006 Dic [citado 2021 Ago]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.
26. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015. 746pp.
27. Ídem (26)
28. Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas. 8 ed. España: Pearson educación; 2008. 1691 pp.
29. Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan [Internet]. 2005 [citado agosto 2021]; 5 (1): 64-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100007&lng=en
30. Ídem (26)
31. Lozano R. Manual CTO oposiciones de enfermería. 1ed. España: Grupo CTO; 2018. 52 pp.
32. Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17): 18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
33. Amaro Cano María del Carmen. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev Cubana

- Enfermer [Internet]. 2004 [citado Sep 2021]; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es.
34. Rodríguez TN. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2018 [citado Ago 2021]; 34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430>
35. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 [citado 2021 Ago]; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.
36. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
37. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. México: Springhouse notes; 2006.
38. Bellido JC, Lendinez JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1 ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. 217 pp.
39. Ídem (26)
40. Ídem (38)
41. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2016 [citado Ago 2021]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>
42. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. 3 ed. México: El manual moderno; 2004. 636 pp.
43. Pérez M. Operacionalización del proceso atención enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [internet] 2002 [citado agosto 2021]; 10 (2): 62-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
44. Ídem (38)
45. Ídem (42)

46. Ídem (28)
47. Ídem (38)
48. Herdman H, Kamitsusu S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019. 496 pp.
49. Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
50. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
51. Ídem (28)
52. Ídem (38)
53. Ídem (28)
54. Ídem (42)
55. Ídem (38)
56. Troen BR. La Biología del envejecimiento. Monte Sinaí J Med [Internet] New York. 2003 [citado 06 jul 2021]; 70 (1): 3-22 pp. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10961016_The_Biology_of_aging
57. Jiménez A, Moros MT. Intervención psicomotriz en personas mayores. TOG (A Coruña) [Internet] 2011 [citado 06 jul 2021]; 8 (14): 13pp Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>
58. Castro L, Flores H. Enfermería geriátrica, protocolos del cuidado del anciano. México: Grupo fármacos especializados; 2006. 149pp.
59. Menéndez M, Brochier K, Rosane B. la actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. textos & contextos (porto alegre) [internet]. 2011; 10 (1): 179-192. disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527168014>
60. Millán TC. Principios de geriatría y gerontología. 1ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill; 2006. 650pp.
61. González Bernal, Jerónimo, de la Fuente Anuncibay, Raquel, DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. Revista Internacional de

- Psicología del Desarrollo y la Educación [Internet]. 2014; 7 (1): 121-129 pp.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>
62. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. [Acceso 3 de septiembre de 2021 de 2012.]
<https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/CONF.197/9>
63. Gutiérrez Robledo, et al Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geriatria 2016
64. Reyes A.V. Atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar. ENEO-UNAM Abril 2018
65. Ídem (63)
66. INEGI Censo de Población y Vivienda 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
67. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Datos y cifras 2018 (Consultado el 2 de septiembre de 2021) Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
68. Boletín. Instituto Nacional de Geriatria. [internet]. Abril 2019 [citado 06 Jul 2021]; 2 (3): 28 p. Disponible en: https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf
69. INEGI. (2020), Defunciones registradas (mortalidad general) - Microdatos. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Microdatos>
70. Ídem (63)
71. Chacón J, Del Carpio A. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. Rev. Fac. Med. Hum [Internet].2019 [citado 06 jul 2021]; 19(2): 66-74p. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a07v19n2.pdf>
72. Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-104-08/ER.pdf>
73. Mijangos M, Puga C, Guillen L, Zúñiga I. El manejo de úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Evid Med

- Invest Salud [internet] 2015[citado 07 jul 21]; 8 (2): 77-83p. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>
74. Ídem (72)
75. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. [internet] Logroño; 2003. [citado 07 Jul 2021]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>
76. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (ed.). Cambridge Media: Perth, Australia, 2014. Versión española. Disponible en: <https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-npuap-ppia/>
77. Pérez A. Enfermería Geriátrica. 3 ed. Madrid: Síntesis; 2002. 562p.
78. Ídem (73)
79. Ídem (72)
80. Prevención y tratamiento de úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. Consejería de Salud; febrero 2018. Disponible en: <https://gneaupp.info/wpcontent/uploads/2018/05/guiaXbaleares.pdf>
81. Ídem (72)

BIBLIOGRAFÍA

- Serie Creación documento de trabajo n°86. Lagos, L. (2020). Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.
- Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
- Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D, coordinadores. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 3a. ed. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátrica, 2015. 352 págs.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); Varios autores. 'Tratado de Geriátrica para residentes'. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Año de publicación: 2007. Páginas: 820 p. En español.

ANEXOS

Día de detección, Ulcera por presión Grado II



Evolución, disminución considerable del tamaño y aspecto



Úlcera por presión grado I con granulación



Úlcera por presión epitelizada

