



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

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 INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PERSONA ADULTO MAYOR
CON RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO BASADO EN EL
MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARCO ANTONIO ROCHA GERÓNIMO

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. NORMA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FECHA

MAYO 2024



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.



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
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Persona Adulto Mayor con Riesgo de Síndrome de Fragilidad del Anciano basado en el Modelo de Atención de Virginia Henderson**

Elaborado por:

1.	<u>Rocha</u>	<u>Gerónimo</u>	<u>Marco Antonio</u>	No. Cuenta	<u>417508829</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	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 28 de mayo del 2024



Lic. Enf. Norma María Sánchez Martínez
Nombre y firma del Asesora (PAE)

Mtra. Silvia Vega Hernández
Directora Técnica de la carrera

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mi padre Antonio Rocha Juárez y a mi abuelito Felipe Gerónimo Sánchez que desde el cielo orientan mi rumbo, a mi madre Gloria Gerónimo Aldama pilar esencial de mi vida, por estar conmigo siempre llenándome de alegría y amor, con mucho cariño, les dedico todo mi empeño en gratitud por todo el sacrificio realizado para así culminar mis estudios.

A mi abuelita Catalina Aldana Calva, por todo lo que has hecho por mí. Un ejemplo es que por medio de tu cooperación pude realizar este trabajo. Gracias por cada consejo, por cada historia compartida, y por cada sacrificio hecho en nombre de nuestra familia. Eres una bendición en mi vida, y estoy profundamente agradecido por tenerte como abuela.

A mis queridas hermanas Minerva y Maira por siempre estar a mi lado, por ofrecerme su incondicional cariño y estoy eternamente agradecido por tenerlas como hermanas.

A mi abuelito Armando, abuelita Enriqueta y mis tías Graciela y Alejandra por cada momento compartido, les estoy muy agradecido por ser parte de mi vida. Aprecio profundamente por los consejos sinceros y el apoyo que siempre me han brindado.

A una persona increíble y me siento muy afortunado de tenerte. Christian, Gracias por estar a mi lado en los buenos y malos momentos, por ser mi compañero y mi mejor amigo. Valoró profundamente tu comprensión, paciencia, cada gesto de cariño, cada palabra de aliento que no pasan desapercibidos para mí y el cuidado que pones en nuestra relación. Tu amor, apoyo y presencia en mi vida son realmente especiales y significativos.

A mis docentes, mi asesora L.E.O. Norma María Sánchez Martínez mi más sincero agradecimiento por su dedicación, por brindarme orientación siempre que la necesitaba. Valoró enormemente su paciencia, claridad y el tiempo que dedicó durante este proceso.

Para todos ustedes con un profundo amor

Marco Antonio Rocha Gerónimo

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	
II. JUSTIFICACIÓN	
II. OBJETIVOS	
3.1. General.....	
3.2 Específicos	
IV. MARCO TEÓRICO	1
4.1 Enfermería como Profesión Disciplinar.....	1
4.1.1 Conceptos Básicos de la Enfermería que la Sustentan como Disciplina y Profesión	4
4.2 El Cuidado como Objeto de Estudio	6
4.2.1 Enfoque Filosófico, Teórico, Metodológico y Práctico	7
4.2.2 Tipos de cuidado	9
4.3 Modelos y Teorías de Enfermería	11
4.3.1 Definición, Objetivos y Clasificación	12
4.3.2. Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería	12
4.3.3 Aspectos Éticos y Legales en la Aplicación del P.A.E	28
4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.....	41
4.4 El Proceso de Enfermería como Herramienta Metodológica para Brindar Cuidado a la Persona	46
4.4.1 Definición, Objetivos, Ventajas y Desventajas.....	46
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	49
4.5 La Persona	57
4.5.1 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales.....	59
4.5.2 Padecimientos más Frecuentes.....	85

4.5.3 Descripción del Padecimiento.....	89
V.APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	102
5.1 Presentación del Caso Clínico.....	102
5.2 Valoración Inicial y Continua (Identificación de Necesidades).....	106
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	116
5.4 Plan de intervención de enfermería	119
5.7 Plan de alta.....	146
CONCLUSIONES.....	152
GLOSARIO DE TÉRMINOS	155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS.....	165

I.INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento está ocurriendo a una velocidad mayor que la experimentada históricamente por los países desarrollados. La población adulta mayor crecerá a un ritmo de 3.5% en el periodo 2020-2025, tres veces más rápidamente que el índice de crecimiento de la población total”. Ante esto, se puede advertir que, en un tiempo próximo, los países enfrentarán múltiples problemas debido a que se incrementarán las necesidades de cuidados. Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.¹

Se considera relevante brindar atención al adulto mayor ya que este fenómeno genera un aumento de las enfermedades asociadas con la edad, entre ellas el estado conocido como “Fragilidad del Adulto Mayor”, considerado como un síndrome geriátrico que aún no se ha difundido en el ámbito de la medicina en general. El paciente frágil es aquel que se encuentra delicado de salud, débil y no es vigoroso o robusto: lo que conlleva un riesgo alto de mortalidad, discapacidad, caídas, fracturas, complicaciones postoperatorias, mala salud e incluso tromboembolismo venoso, así como hospitalizaciones².

¹ ENASEM Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México Diseño conceptual [Internet]. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/> [Consultado el 05 de junio de 2024] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463908234.pdf

² IMSS Guía Práctica Clínica *Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor* Cenetec.2011.

Aunado a lo anterior, la fragilidad es considerada un continuo entre el envejecimiento normal y un estado final de discapacidad y muerte, con un estado previo como lo es la pre-fragilidad.

Por lo tanto, toda vez que el grupo de adultos mayores aumenta en la columna poblacional, la importancia de reconocer el síndrome de fragilidad y sus componentes es trascendental para dirigir una intervención enfermera oportuna y planificar los cuidados geriátricos, si bien hay limitaciones para reconocerla de forma precoz, el identificarla de forma tardía conduce a una progresión rápida hasta una etapa de desenlace.

Por consiguiente, el personal de enfermería en el riesgo de fragilidad del anciano trabaja para valorar, prevenir, gestionar y apoyar de manera integral a los pacientes, con el objetivo final de mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento saludable y activo.

El siguiente Proceso Atención de Enfermería, se aplicó a una persona adulto mayor de 76 años, con diagnóstico de “Riesgo de Síndrome de Fragilidad del Anciano”, encaminado en detectar las necesidades físicas, emocionales y sociales por medio de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y elaborar un plan de cuidados; dicho proceso se llevó a cabo durante el período comprendido de enero a mayo. Teniendo como resultado la estabilidad física, emocional y calidad de vida de la paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo está enfocado en la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería, por medio de la valoración de Virginia Henderson en una paciente adulta mayor de 76 años con diagnóstico "Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano" con la finalidad de realizar cuidados integrales para ayudar a prolongar su independencia tanto como sea posible, además de proporcionarle una vida cómoda. Se han propuesto múltiples definiciones de fragilidad, pero en general se acepta que es un término en medicina geriátrica que describe la presencia de deterioro multisistémico, vulnerabilidad que se expande y que desafortunadamente no ha emergido como un síndrome clínico con una definición consensuada, de hecho, es pobre y variablemente definida, sin una herramienta clínica como estándar de oro para su diagnóstico. Existen múltiples definiciones operativas de la fragilidad y éstas incluyen en términos generales un fenotipo físico, cuyos componentes incluyen fuerza de prensión y velocidad de la marcha disminuidas, pérdida de peso, ausencia de energía y poca actividad física; así como también, un fenotipo multidominio, el cual se basa en la cuenta de déficits en salud (los cuales pueden ser signos, síntomas, enfermedades, discapacidades, anormalidades radiográficas, de laboratorio o electrocardiográficas) y en función de la cantidad de déficits dependerá la probabilidad de ser frágil. La fragilidad es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una menor resistencia al estrés, como resultado de una acumulación de múltiples déficits en los sistemas fisiológicos que condicionan vulnerabilidad a los eventos adversos y asociada al proceso de envejecimiento.³

³ IMSS Guía de Referencia Rápida *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano*, CENETEC.2011

El Riesgo del síndrome de fragilidad del anciano cuenta con una transición demográfica y epidemiológica asociada en la esperanza de vida que tiene repercusiones importantes en los sistemas de salud de todo el mundo, la más importante es el envejecimiento poblacional. En México, entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores aumentará alrededor de 26 millones, más de 75% de este incremento ocurrirá a partir del año 2020.⁴ de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de fragilidad en el anciano siendo su prevalencia en América Latina que oscila entre un 30% y 48% en mujeres.

Entonces se considera importante el papel de enfermería en la detección, cuidado y abordaje interdisciplinario del síndrome de fragilidad del anciano. A través de la aplicación en práctica del Proceso de Atención de Enfermería, priorizando las necesidades de la paciente, implementando las actividades establecidas con el propósito de promover su bienestar físico, emocional y social de la paciente realizando una evaluación por cada intervención aplicada para que brinde los cuidados integrales y así cumplir las expectativas del paciente y del personal de enfermería.

El presente trabajo representa una fuente de consulta para los futuros enfermeros.

⁴ IMSS GPC *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano*. Cenetec.2011

II. OBJETIVOS

3.1. General

Implementar un Proceso de Atención de Enfermería a una persona adulto mayor con diagnóstico de enfermería de “Riesgo de Síndrome de Fragilidad del Anciano”, de enero a mayo de 2024 en su domicilio, aplicando el modelo de Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de brindar cuidados de enfermería que promuevan el bienestar y la calidad de vida de la usuaria.

3.2 Específicos

- Aplicar el instrumento de valoración de Virginia Henderson, para la identificación de necesidades específicas.
- Formular los diagnósticos de enfermería con referencia a las necesidades alteradas utilizando la taxonomía NANDA.
- Diseñar cuidados de calidad que mejoren su bienestar y promueven un envejecimiento saludable de la paciente.
- Implementar los planes de cuidados integrales de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.
- Evaluar el progreso de la paciente tras haber brindado los cuidados de enfermería.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como Profesión Disciplinar.

La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinarias, pero con independencia de ellas.

Las disciplinas se caracterizan por lo siguiente (Burgos y Paravic, 2009).

1.- Posee un cuerpo de conocimiento sistemático y relacionado

La enfermería como ciencia, ha evolucionado a la par de las diferentes corrientes de pensamiento que han ocurrido a lo largo de la historia provocando situaciones de cambios dentro de la enfermería. A mediados del siglo pasado es cuando se identifica claramente un proceso de consolidación como disciplina profesional, sustentada por una serie de investigaciones y aportaciones teóricas que le han dado solidez sintáctica (Hernández C.J. Esteban, 1995), fundamento metodológico y desarrollo del conocimiento tecnológico para la práctica.

En la actualidad sus integrantes a medida que se acercan al conocimiento de ésta comparten creencias relacionadas con su razón de ser, a partir de la reflexión de las acciones significativas que ocurren durante su hacer profesional.⁵

Criterios para una profesión

Si bien a la enfermería se le ha dado el nombre de profesión durante muchos años, su evaluación, relacionada con los criterios para ejercerla, indica que sería más exacto afirmar que la enfermería es una "profesión que está surgiendo".⁶

⁵ Zarate Grajales R.M. Construcción disciplinar de enfermería. ENEO UNAM. Documento mimeografiado

⁶ Leddy Susan, J MP. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1a. edición en español New York: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

Se han propuesto diversas opiniones para evaluar la calidad de profesión, que pueden categorizarse en características intelectuales, elementos prácticos, elementos de servicio a la sociedad, y autonomía.

Características Intelectuales

En realidad, la categoría de las características intelectuales consta de tres elementos diferentes: un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión, educación especializada para transmitir el conjunto de conocimientos y empleo de estos en el pensamiento crítico y creativo.

Conjunto de conocimientos

La práctica profesional se basa en un conjunto de conocimientos; esta base contribuye a tener un juicio y un fundamento para modificar los actos de acuerdo con la situación. No obstante, la educación en enfermería suele hacer hincapié en el método de "ensayo y acierto" para responder en determinados tipos de situaciones.

Educación especializada

La enfermería transmite conocimientos a través de la educación especializada; no obstante, existen cinco niveles de educación básica para la enfermería general, los cuales preparan a las estudiantes para un examen de licenciatura, el Examen de Licenciatura como Enfermera titulada del Consejo Nacional, en Estados Unidos (National Council Licensure Examination for Registered Nursing - NCLEX). Tres de los cinco niveles (diploma, grado técnico y licenciatura) aceptan egresados de educación media superior, en tanto que los otros dos (maestría y doctorado) admiten graduados universitarios con especialización en humanidades.⁷

⁷ Op.Cit Zarate Grajales R.M. Construcción disciplinar de enfermería pág. 1

Pensamiento Crítico y Creativo

La esencia de la práctica profesional es un proceso de pensamiento lógico y crítico. El "proceso de enfermería" es en realidad el método de resolución de problemas, un sistema para recopilar y organizar información, decidir qué se necesita, seleccionar y poner en práctica un método entre varios posibles, y evaluar los resultados del proceso. La mayoría de las enfermeras resuelven problemas todos los días; no obstante, la principal falla parece consistir en "lanzarse" a actuar sobre la base de una información inadecuada y carencia de ideas para seguir otros métodos.⁸

Características del Ejercicio Profesional

Para algunas enfermeras el trabajo es una labor que les brinda remuneración económica y cierto grado de satisfacción. Por otra parte, el ejercicio profesional exige "una profunda y permanente conciencia de propósito y dirección en lugar de un conjunto determinado de objetivos o normas" (Styles, 1982). Para un profesional, el trabajo es un elemento del plan de una carrera y una parte integral del ser.

El concepto de profesional implica responsabilidad legal y moral en cuanto a los actos del individuo. Responsabilidad significa que la persona debe responder de su comportamiento. Este concepto se encuentra estrechamente ligado al de obligación, que representa la expectativa de hacer o no hacer algo que se ha ordenado.

El proceso de "llegar a ser" una enfermera profesional implica cambiar y crecer en diversas etapas de la carrera. La enfermera se socializa y vuelve a socializarse mediante las experiencias educativa y ocupacional, creencias, conocimientos y habilidades que, al integrarse a las normas legales y morales, caracterizan el servicio profesional competente y comprometido.

⁸ Op.Cit. Zarate Grajales R.M. Construcción disciplinar de enfermería pág. 1

4.1.1 Conceptos Básicos de la Enfermería que la Sustentan como Disciplina y Profesión

En las últimas décadas del siglo XX, presenta transformaciones importantes; se empieza a profundizar en el análisis y reflexión epistemológica de las implicaciones de la enfermería, el cuidado como objeto de estudio y de la jerarquía estructural del conocimiento de la enfermería contemporánea.

Uno de los componentes de la sintaxis disciplinar lo constituyen los fenómenos que la Enfermería debe investigar para desarrollar conocimientos; éstos derivan del “*metaparadigma*” o conceptos básicos (para efectos de esta obra se hará referencia de los conceptos básicos) que influyen y determinan a la práctica profesional y su área de competencia; surgen de los fenómenos abstractos y generales, y dan una perspectiva universal la disciplina (Fawcett J. citada por Duran de Villalobos, 1998). Son muchas las propuestas teóricas de Enfermería que explican los fenómenos de los que se derivan conceptos que les son comunes, permiten su análisis, y dan significado y especificidad a la disciplina.

Estos conceptos son:

El “cuidado” como el objeto de estudio de la Enfermería

La “persona” como el sujeto de cuidado

La “salud” como un valor y un derecho humano

El “entorno” interno y externo de cada persona⁹

El cuidado ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo éste intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere cuando expresa: “El cuidado humano en Enfermería no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana implica

⁹ Op.Cit. Zarate Grajales R.M. Construcción disciplinar de enfermería pág. 1

valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado” (Colliere,1982). La dinámica del cuidado de Enfermería se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida (Grupo de cuidado, 1998).

La misma autora lo define como “Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca.... es un proceso interactivo por el que la enfermera y la persona se ayudan mutuamente a desarrollar sus potencialidades, a actualizarse y transformarse hacia diferentes niveles de bienestar” (Colliere 1982).

La práctica de Enfermería centrada en el cuidado requiere de un método y de la aplicación de conocimientos que le den sustento, así como del ejercicio de juicio crítico que lleve a intervenciones reflexionadas. El cuidado tiene diferentes connotaciones: cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros (Colliere, 1982).

Desde el punto de vista ontológico existen cuatro tipos de ser.

- a) El **Ser real**: es el ser existente, independiente de la conciencia, por lo que el cuidado merece una atención equilibrada.
- b) El **Ser lógico**: es lo que existe a partir de construcciones mentales, uno de sus objetivos fundamentales es que el cuidado sea procurarlo.
- c) **Ser verdadero**: es el ser que existe, ya que puede requerir cuidados espirituales
- d) El **Ser potencial**: es el ser real que puede existir pero que no lo hace debido a múltiples factores.

En el cuidado, el profesional de enfermería se basa en la relación que existe entre el ser real, el ser verdadero y el ser potencial; por tanto, el cuidado al ser personalizado es diferente entre una persona y otra.¹⁰

¹⁰ Op.Cit. La enfermería como Disciplina Profesional pág. 1

4.2 El Cuidado como Objeto de Estudio

CUIDAR

Cuidar es primero y, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Al cuidar, no se puede eludir la pregunta: ¿Qué vida se continúa? ¿A qué precio? ¿Por qué razón de existir?

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:

— Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía están ligadas a la edad. La curva de los cuidados, necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a ésta y a la adolescencia.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto no ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias. Esta curva varía según las personas y los medios:

— Esto ocurre todavía en algunos acontecimientos de la vida como la maternidad o el nacimiento, que requieren una ayuda concreta; —también cuando una persona o grupo se encuentra con crisis y obstáculos en su vida, que en algunas ocasiones llegarán hasta la enfermedad y el accidente—. ¹¹

¹¹ Colliere M-F. Soigner. Promover la Vida. 2a ed. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2011

Estos acontecimientos tendrán por sí mismos consecuencias y repercusiones diferentes según el periodo de edad en que ocurran, y según todo lo que hayan influido en el desarrollo y el dominio del proceso dependencia-autonomía.

Dentro de una u otra de estas eventualidades, hay una absoluta necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de su propia vida; ayuda que, según las circunstancias, puede proceder de la familia, los vecinos o los allegados, o requerir la suplencia de personal listo a procurarla. No es forzosamente compleja, sino que exige ser dada cuando se alcanza un umbral que obstaculiza la vida cotidiana, para que no sea la situación la que se haga compleja. Así, cuando alguien tiene una afección en la vista y vive en una casa donde la escalera resulta peligrosa, su defecto visual puede poner su vida en peligro si, por esta razón, esta persona no puede salir ni hacer los recorridos indispensables para su vida cotidiana.

Si nadie puede valorar con ella, dadas sus condiciones de vida, las dificultades que encuentra para seguir atendiendo las necesidades diarias, y no percibe la forma de suplirlas, la situación de esta persona se va a agravar rápidamente, no por el propio trastorno de la vista, sino debido a las consecuencias de esta afección en su vida. Esto nos lleva a comprobar que existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados que tienen por objeto asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive.¹²

4.2.1 Enfoque Filosófico, Teórico, Metodológico y Práctico

La ciencia del cuidado es concebida como un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse por un conocimiento racional, sistemático, exacto, fiable y verificable,¹³ avalado por la investigación científica y el análisis lógico, cuyo objetivo radica en la creación de modelos y teorías que proporcionan marcos de referencia para

¹² Op.Cit. Promover la Vida. 2a ed. pág. 6

¹³ Rodríguez-Bustamante Pavel, Báez-Hernández Francisco Javier. Epistemología de la Profesión Enfermera. [Internet]. 2020 [citado 16 de abril de 2024]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013&lng=es.

perfeccionar la práctica diaria, a través de la descripción, predicción y el control de los fenómenos de interés disciplinario.

Cada disciplina tiene un enfoque único y organizado para el desarrollo del conocimiento que dirige la investigación y la distingue de otros campos de estudio, comprender dicha organización o estructura disciplinaria, es un componente crucial para ampliar el aprendizaje y seguir el desarrollo cognitivo de las perspectivas teóricas de la profesión.

En este sentido, el conocimiento teórico y sus funciones intelectuales se integran por los principios y elementos que impulsan el pensamiento y la comprensión de enfermería, de modo que diversas autoras han creado propuestas estructurales que integran los componentes disciplinares indispensables para el estudio y progreso de la profesión, mismos que resumen y reúnen el marco epistemológico de enfermería, al lograr derivar elementos abstractos hasta lograr llegar a elementos concretos y precisos que validan las afirmaciones del conocimiento disciplinario.

La conceptualización de la disciplina como arte, enfatiza el aspecto más práctico de la profesión, el acto de brindar cuidados en alusión a poner en uso el cúmulo de conocimientos que sustentan y fundamentan el actuar profesional de enfermería. Así que, se considera que el arte es un conocimiento práctico, manifiesto en la relación interpersonal y en la utilización de técnicas y procedimientos, el conocimiento de cómo ejecutar determinadas acciones es el medio de expresión de enfermería que permite potenciar al individuo y llegar a la realización a través del quehacer práctico. En este sentido, Boykin y Schoenhofer concuerdan en que las situaciones de enfermería, consideradas como las experiencias de vida compartida entre la enfermera y los usuarios, son el depósito del conocimiento enfermero puesto que permiten reflejar el actuar y la terapéutica del cuidado, dado que el cuidado y su significado residen en el quehacer práctico,¹⁴vía de manifestación del

¹⁴ Op.Cit. Epistemología de la Profesión Enfermera. Pág. 7

conocimiento; por lo que su planteamiento en cuestión radica en ello y en que la práctica es el reflejo del marco epistemológico de enfermería.

Desde 1978 se han creado diversas propuestas que representan las formas de conocer de la disciplina, mismas que han permitido cristalizar y clasificar el conocimiento existente, no para aumentarlo, sino para centrar su interés en el significado de conocer y sobre qué tipos de conocimiento proporcionan mayor ayuda para la práctica, esencia profesional de las disciplinas.¹⁵

4.2.2 Tipos de cuidado

“Diferenciación de la naturaleza de los cuidados relacionados con las funciones de la vida.

El vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

— *los de costumbre y habituales: care* relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;*

— *los de curación: cure** relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.*

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: care representan a todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc., aspectos que interfieren entre sí.

Los cuidados cotidianos y habituales están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.”¹⁶

¹⁵ Op.Cit. Epistemología de la Profesión Enfermera pág. 7.

¹⁶ Op.Cit. Promover la Vida. 2a ed. pág. 6

Según Colliere (1993), “cuidar es, ante todo, un acto de vida”, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca.

El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados

La misma autora establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida:¹⁷

Care: cuidados de costumbre y habituales relacionados con las funciones de conservación y continuidad de la vida; representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía en forma de alimentos o agua, calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial.

Cure: cuidados de curación asociados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida; eliminar los obstáculos limitar la enfermedad; asistir en la estabilización de los procesos degenerativos; todo ello considerando a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, cultura y entorno (, 1996).

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica pues cuando prevalecen los cuidados de cure (curación), se van aniquilando de forma progresiva los cuidados de care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hacer ser y querer reaccionar, pues

¹⁷ Gómez ER. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología/3 Ed. El Manual Moderno; 2023.

se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, al descuidar también su afectividad y espiritualidad.¹⁸

4.3 Modelos y Teorías de Enfermería

Tipos de trabajos teóricos en enfermería.

CONCEPTOS	REPRESENTANTES
<p>Filosofía en Enfermería La filosofía de enfermería es la reflexión sobre los fenómenos de la práctica del cuidado, concebido como eje fundamental de la enfermería, núcleo de su práctica y base para la construcción del conocimiento, que permitan a la enfermería fundamentar su identidad y dar razón de su quehacer profesional (Medina, 1994).</p>	Nightingale Watson Ray Benner
<p>Modelos Conceptuales de Enfermería Un modelo conceptual de enfermería para su aplicación en la práctica profesional ayuda a identificar los elementos esenciales de la ética y la bioética del cuidado, la obligación que hay hacia la persona de ser respetada y de respetar su dignidad y sus valores, conforme los principios de la profesión; este cambio de actitud reviste gran importancia, fundamentalmente en la atención diaria de cada persona.</p>	Levine Rogers Orem Neumann
<p>Teoría en Enfermería Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.</p>	Meléis Pender Leininger Newman
<p>Teoría Intermedias en Enfermería Se enfocan en la puesta en práctica los postulados en diferentes situaciones en Enfermería. Son menos abstractas y buscan un concepto más cercano a la realidad de la persona. Presentan un marco conceptual de la teoría del confort que se divide en tres partes, la primera dice que son eficaces y aumentan el confort en pacientes y familiares, incluyen las necesidades básicas humanas, la segunda parte se enfoca en la búsqueda de una negociación entre el tratante y el receptor para mejorar la salud, y por último la tercera parte se determina por la calidad en la asistencia, brindar la mejor atención en la búsqueda de la salud óptima del paciente.</p>	Merced Reed Barker Ruland y Moore ¹⁹

¹⁸ Op.Cit. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología/3 Ed. pág. 9.

¹⁹ Marriner-Tomey A., Martha Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2011.

4.3.1 Definición, Objetivos y Clasificación

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

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Florence Nightingale 1820-1910 "Filosofía del entorno"</p>	<p>Nació el 12 de mayo de 1820, en Florencia (Italia), En 1837, escribió acerca de la llamada divina que recibió "Dios me habló y me pidió que le sirviera". En noviembre de 1854, acompañada de 34 enfermeras recién reclutadas, tuvo que resolver los problemas del entorno, como la falta de higiene y la suciedad. El trabajo para mejorar estas condiciones deplorables la convirtió en una persona popular y querida entre los soldados; pero los médicos y los oficiales militares no apoyaban sus métodos. La llamaban la <Dama de la lámpara>, tal como quedó inmortalizada en el poema <Santa Filomena>. A lo largo de su vida, el trabajo de Nightingale se vio recompensado por los premios que recibió, tanto en su país como en el extranjero. Continuó trabajando hasta los 80 años, cuando se quedó ciega; murió mientras dormía el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.</p>	<p>Enfermería: La enfermería consistía en ser responsable de la salud de otra persona. Persona: Hace referencia específica al autocuidado del paciente. Salud: La sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Entorno: Ayudar a la naturaleza a curar al paciente. Esto se consigue controlando los entornos internos y externos de forma asistencial compatible con las leyes de la naturaleza.²⁰</p>

²⁰ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Jean Watson 1940-Presente "Filosofía y teoría del cuidado transpersonal"</p>	<p>Nació en el sur de Virginia Occidental. En la década de 1980, Watson y sus colaboradores fundaron el Center for Human Caring en la Universidad de Colorado. Es autora de 10 libros, coautora de cinco libros y ha escrito innumerables artículos en revistas de enfermería. Su primer libro, Nursing: The Philosophy and science of Caring (1979), surgió de un curso universitario en la Universidad de Colorado. Los 11 factores curativos de Yalom influyeron en la creencia de Watson sobre sus 10 factores de cuidado, descritos como el marco organizador de su libro (Watson, 1979), <la esencia de la enfermería> y un ideal moral. Su segundo libro, Nursing: Human Science and Human Care- A Theory of Nursing, publicado en 1985 y reeditado en 1988 y 1999, trataba algunos problemas conceptuales y filosóficos en enfermería. Su tercer libro, Postmodern Nursing and Beyond (1999), se presentó como un modelo para llevar la práctica de enfermería al siglo XXI. Watson describe dos experiencias personales traumáticas que contribuyeron a su escritura. Su quinto y último libro, Caring Science as Sacred Science (2005), describe su viaje personal para mejorar el conocimiento sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y la práctica de los cuidados y el trabajo cuidado-curación.</p>	<p>Enfermería: Consiste en conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción con cierto grado de pasión. Persona: Considera que a la persona como una unidad de mente, cuerpo, espíritu y naturaleza. Salud: El estado positivo del bienestar físico, mental y social con la inclusión de los tres elementos a) un alto nivel de funcionamiento físico, b) social un nivel general de adaptación, mantenimiento del funcionamiento diario y c) la ausencia de enfermedad o presencia de esfuerzos que conducen a su ausencia. "Unidad y armonía de la mente, el cuerpo y el alma" Entorno: Atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, mental y social. ²¹</p>

²¹ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Marilyn Anne Ray 1938-Presente "Teoría de la atención burocrática"</p>	<p>Nació en Hamilton (Ontario, Canadá) en 1965 obtiene su licenciatura en enfermería y un máster en enfermería materno infantil. Se interesó de manera especial por los primeros cursos de enfermería y antropología, que incluyen la infancia y la cultura. Durante su carrera en la Fuerza Aérea, Ray ha recibido diversas medallas, como las de la Fuerza Aérea por sus desarrollos de educación e investigación en enfermería. En 2000 recibió el premio al Ensayo de Servicios Federales de Enfermería de la Association of Military Surgeons de Estados Unidos por su investigación sobre la influencia de TRICARE/Asistencia Dirigida sobre la Total Force Readiness. Los intereses de investigación de Ray siguen centrándose en las enfermeras, los administradores de enfermería y los pacientes de cuidados intermedios y críticos, y la administración de enfermería en culturas organizativas hospitalarias complejas. Sus contribuciones en formación de enfermería fueron reconocidas en 2005, cuando recibió el título de doctora honoris causa por la Nevada State College en Henderson.</p>	<p>Enfermería: Es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas.</p> <p>Persona: Ser espiritual y cultural; participan de manera correlativa en organizaciones humanas y en relaciones transculturales para encontrar el significado y el valor.</p> <p>Salud: está relacionado con la forma en la que las personas de un grupo cultural o cultura organizativa o sistema burocrático construye la realidad y dan o encuentran el significado.</p> <p>Entorno: la práctica de la enfermería en diferentes entornos abarca los elementos de la estructura social y los patrones asistenciales, espirituales y éticos del significado.²²</p>

²² Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Patricia Benner 1942-Presente "Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería"</p>	<p>Nació en Hampton (Virginia). En 1964 se licenció en enfermería en el Pasadena College. Benner posee una amplia experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliario. La experiencia de Benner como investigadora es amplia, ya que empezó a trabajar en investigación en 1970 como enfermera investigadora posgraduada en la escuela de enfermería de la Universidad de California (San Francisco). En 2002 se trasladó al Department of Social and Behavioral Sciences de la misma universidad como profesora y fue la primera en ocupar la Thelma Shobe Cook Endowed Chair in Ethics and Spirituality. Impartió cursos de doctorado y másteres, y participó en tres o cuatro comités de evaluación de tesis cada año. Se retiró de la docencia a jornada completa en 2008, pero sigue participando en presentaciones y en consultas, además de escribir y participar en proyectos de investigación. Benner recibió un premio por sus destacadas contribuciones a la profesión del National Council of State Boards of Nursing en 2002 por su trabajo sobre el desarrollo de un instrumento para captar las fuentes y la naturaleza de los errores enfermeros. En marzo 2004, Benner fue nombrada Nursing Education Study director para el Preparation for the Professions Program (PPP) del Carnegie Foundation.</p>	<p>Enfermería: define como una condición que facilita la conexión y el interés; estableciendo la posibilidad de ayudar y ser ayudado.</p> <p>Persona: es un ser auto interpretativo, que no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales.</p> <p>Salud: lo define como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto</p> <p>Situación: utiliza este término en vez de entorno, ya que transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. <La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella>.²³</p>

²³ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Myra Estrin Levine 1921-1996 "El modelo de conservación"</p>	<p>La mentora de Levine durante sus estudios de licenciatura en la Wayne State dirigió su atención a los numerosos autores que influyeron enormemente en el pensamiento de Levine (1988a). Levine tuvo una carrera muy variada. Trabajó como enfermera privada (1944), enfermera civil en el ejército estadounidense (1945), instructora clínica de ciencias físicas en la escuela Cook County (1947-1950), directora de enfermería en el Drexel Home en Chicago (1950-1951) y supervisora quirúrgica en la University of Chicago Clinics (1951-1952), y en el Henry Ford Hospital e Detroit (1956-1962). Levine fue una líder de la American Nurses Association y de la Illinois Nurses Association. Fue una gran oradora que solía presentar programas, talleres, seminarios y debates, además de una escritora prolífica en tema de enfermería y de educación. Asimismo, Levine trabajó como consejera en hospitales y escuelas de enfermería. Aunque nunca tuvo la intención de desarrollar una teoría, creó una estructura organizativa para la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica y animó al desarrollo de teorías (Stafford, 1996) <The Four Conservation Principles of Nursing> fue la primera afirmación de los principios de conservación (Levine, 1967a). Relacionó explícitamente la salud con el proceso de conservación para dejar claro que el modelo de conservación considera que la salud es uno de sus principales elementos (Levine, 1991).</p>	<p>Enfermería: La práctica enfermera se basa en el conocimiento único de la enfermería y en el conocimiento científico de otras disciplinas junto con el conocimiento enfermero.</p> <p>Persona: La describió como un ser holístico; tiene un sentido de identidad y de autovaloración.</p> <p>Salud: Está determinada socialmente por la capacidad de actuar de un modo razonablemente normal. Constituye el retorno a la identidad; los individuos son libres y capaces de perseguir sus intereses aprovechando sus recursos.</p> <p>Entorno: Es el contexto en el que los individuos vivimos nuestras vidas; para la determinación de las intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación.²⁴</p>

²⁴ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Martha E. Rogers 1914-19994 “Seres humanos unitarios “</p>	<p>Nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas (Texas). Se diplomó en enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing (1936) y un año después obtuvo una licenciatura en el George Peabody College en Nashville (Tennessee). Los comienzos de Rogers en la práctica de la enfermería fueron en el ámbito de la salud pública, en núcleos rurales de Michigan. Rogers creó el Visiting Nurse Service de Phoenix, en Arizona. Durante 21 años (1954-1975), fue profesora y jefa de la División of Nursing de la Universidad de Nueva York. Entre las publicaciones de Rogers se cuentan tres libros y más de 200 artículos. En 1996, el nombre de Rogers se añadió a título póstumo en el salón de la fama de la American Nurses Association Hall of Fame. En 1988, colaboradores y estudiantes se unieron a ella para formar la Society of Rogerian Scholars (SRS), e inmediatamente comenzaron a publicar la Rogerian Nursing Science News, una publicación con noticias de actualidad para los miembros, cuyo fin era difundir los avances teóricos y los últimos estudios de investigación (Malinski y Barret, 1994). Sus colaboradores la consideran una de las cabezas pensantes más innovadoras de la enfermería, puesto que sintetizó una y otra vez el conocimiento en <un sistema de pensamiento completamente nuevo>.</p>	<p>Enfermería: Es una profesión aprendida y es tanto como un arte, ciencia empírica que, como otras ciencias, se basa en el fenómeno en el que ésta se centra.</p> <p>Persona: Como sistema abierto en proceso continuo, campo de energía irreducible, indivisible y pan dimensional que se puede identificar gracias al modelo y las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto.</p> <p>Salud: Su modo de fomentar una buena salud connota una tendencia a ayudar a los demás con las oportunidades que brinda tener una coherencia rítmica.</p> <p>Entorno: Un campo de energía irreducible y pan dimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las partes.²⁵</p>

²⁵ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Dorothea Orem 1914-2007 “Teoría del Déficit de autocuidado”</p>	<p>Nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado de Orem fue Nursing: Concepts of Practice (Orem, 1971). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera.²⁶</p>	<p>Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. para pensar, comunicar, guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.</p> <p>Salud: Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.</p> <p>Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.</p> <p>Entorno: lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.²⁷</p>

²⁶ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

²⁷ Naranjo-Hernández Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Arch. méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio de 2024] Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6525/3722>

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
Betty Neuman 1924-2022 “Modelo de Sistemas”	<p>Nació en 1924 y creció en una granja de Ohio. Su pasado rural la ayudó a desarrollar un sentimiento de compasión por las personas necesitadas. Neuman fue una de las primeras personas que llevó la enfermería al campo de la salud mental. En la UCLA creó un programa de salud mental comunitaria para enfermeras con nivel de posgrado que luego enseñó y mejoró. Desarrolló y publicó su primer modelo explícito de enseñanza y práctica para la consulta de salud mental a finales de la década de 1960, antes de crear su modelo de sistemas (Neuman, Deloughery y Gebbie, 1971). Desde que desarrolló el modelo de sistemas, Neuman ha participado en numerosas publicaciones, presentaciones, consultas y conferencias sobre la aplicación y el uso del modelo. Neuman vive en Ohio y dirige la Neuman Systems Model Trustees Group. Trabaja también como consejera internacional para escuelas de enfermería y para organizaciones de práctica enfermera, en la que lleva a la práctica su modelo teórico (B. Neuman, comunicación personal, 18 de julio, 2000; 9 de febrero, 2004; 9 de diciembre, 2007).</p>	<p>Enfermería: Profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. Afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse.</p> <p>Persona: Como un sistema cliente abierto en interacción recíproca con el entorno.</p> <p>Salud: Es un movimiento continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente.</p> <p>Entorno: Todos los factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema cliente. Los elementos estresantes son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.²⁸</p>

²⁸ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Afaf Ibrahim Meleis 1942-Presente “Teoría de las transiciones”</p>	<p>Nació en Alejandría (Egipto). En comunicaciones personales con Meléis (29 de diciembre de 2007), cree que la enfermería ha sido parte de su vida desde que nació. Su madre; fue la primera en obtener un grado en enfermería por la Universidad de Siracusa y la primera enfermera en obtener un máster en salud pública y un doctorado de una universidad egipcia. Su carrera combinó puestos docentes y administrativos. Tras doctorarse, trabajó como profesora en la Universidad de California de 1966 al 1968, y como profesora asociada en la misma de 1968 a 1971. La teoría de las transiciones empezó a desarrollarse en la década de 1960, cuando trabajaba en su tesis. Los trabajos de Meléis de la década de 1970 definen la suplementación del rol como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol por el rol propio y del cónyuge. Para desarrollar este trabajo teórico, Meléis hizo extensas búsquedas bibliográficas con Karen Schaumacher, estudiante de doctorado de la Universidad de California (San Francisco) para descubrir la amplia utilización de la transición como concepto o marco en la bibliografía enfermera.²⁹</p>	<p>Persona: Las vidas diarias de los clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones significados y procesos de sus experiencias de transición. Cambio y diferencia no son intercambiables, ni sinónimos de transición. Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.</p> <p>Cuidado o enfermería: Las enfermeras son las principales cuidadoras de clientes y familias que sufren las transiciones.</p> <p>Salud: La vulnerabilidad está relacionada con la experiencia, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.</p> <p>Entorno: Las vidas diarias de los clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones significados y procesos de sus experiencias de transición.³⁰</p>

²⁹ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

³⁰ TEORIA DE LAS TRANSICIONES [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: https://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html

Teórica y Teórica	Biografía	Metaparadigma
<p>Nola J. Pender 1941-Presente</p> <p>“Modelo de promoción de la salud”</p>	<p>Nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, en Michigan. En 1964, se graduó en enfermería en la Michigan State University en East Lansing. Tras obtener su título de doctorado, Pender cambió su definición de la meta de la enfermería como salud óptima del individuo. Su matrimonio con Albert Pender, un profesor asociado de dirección de empresas y economía que ha colaborado con su mujer en escritos sobre la economía del cuidado de la salud, además del nacimiento de un hijo y una hija, incentivaron su motivación personal para conocer más sobre la optimización de la salud humana. Ejerció un liderazgo importante en el desarrollo de la investigación enfermera en Estados Unidos. Su labor de apoyo al National Center for Nursing Research en los National Institutes of Health sirvió como instrumento para su formación en 1981. En 1998 fue asignada a un programa de cuatro años de duración en la U.S. Preventive Services Task Force, un órgano independiente, y se le encomendó la tarea de evaluar los datos científicos y establecer recomendaciones específicas relacionadas con la edad y el riesgo para los servicios clínicos de prevención (Pender, 2006). Fue decana asociada para la investigación en la University of Michigan School of Nursing desde 1990 hasta 2001. En este cargo, la doctora Pender facilita la financiación externa de la investigación de la facultad, ofrece su apoyo a los centros emergentes dedicados a la investigación en la escuela de enfermería, fomenta la investigación interdisciplinaria, ofrece su apoyo a la investigación de traducción en la base de la práctica científica y relaciona la investigación en enfermería con la formulación de la política sanitaria (Pender, 2006). Como profesora emérita de la University of Michigan School of Nursing, influye en la profesión enfermera aportando su liderazgo como consultora en centros de investigación y proporcionando asesorías escolares iniciales (Pender, 2006).</p>	<p>Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.</p> <p>Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.</p> <p>Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.</p> <p>Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.³¹</p>

³¹ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Madeleine M. Leininger 1920- 2012 “Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales”</p>	<p>Nació en Sutton (Nebraska) y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la St. Anthony’s School of Nursing de Denver (Colorado). Es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. En 1954, obtuvo un máster en enfermería especializada en atención psiquiátrica en la Catholic University of America en Washington DC. En la década de 1950 y mientras trabajaba en un centro de orientación infantil, Leininger percibió la falta de comprensión de los factores culturales por parte del personal, que influían en el comportamiento³²</p>	<p>Persona: se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.</p> <p>Entorno: La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental está muy relacionado con el concepto de cultura.</p> <p>Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud</p> <p>Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.</p> <p>Enfermería: Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad tiene un significado físico, psico cultural y social para aquellas personas que son asistidas. Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del cliente utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente.³³</p>

³² Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

³³ Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [Internet]. Unican.es. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/370/course/section/171/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf>

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Margaret Newman 1933-2018 "Modelo de la salud como expansión de la conciencia"</p>	<p>Nació el 10 de octubre de 1933 en Memphis. Presentó por primera vez sus ideas sobre una teoría de la salud en 1978 en una conferencia de teoría enfermera en Nueva York. En aquel tiempo, también estaba llevando a cabo una investigación sobre la relación entre el movimiento, el tiempo y la conciencia, y fue ampliando el desarrollo de la teoría de la salud como expansión de la conciencia. En 1986 realizó el análisis de un caso de estudio de la práctica en tres sitios dentro del área de Minneapolis-St. Ha asesorado acerca de la expansión de su teoría de la salud en más de 40 estados y en numerosos países de todo el mundo. También participó como miembro del grupo de trabajo de teóricos enfermeros de 1978 a 1982 con la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).</p>	<p>Enfermería: Hace hincapié en la primacía de las relaciones como centro de atención de la enfermería, las relaciones enfermera-cliente y las relaciones en las vidas de los clientes. Persona: Cliente, paciente, persona, individuo y ser humano se utilizan indistintamente. considera que los clientes son participantes del proceso de transformación. Salud: Principal concepto de su teoría de expansión de la conciencia, su visión de la salud afirma que la salud es el patrón del todo, y el todo existe. Entorno: Lo describe como una parte de un conjunto más amplio que contiene la conciencia del individuo. La conciencia es coextendida en el universo y reside en toda materia.³⁴</p>

³⁴ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Ramona T. Mercer 1929-Presente “Adopción del rol materno-convertirse en madre”</p>	<p>Inició su carrera profesional como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery. En 1982 recibió el premio de la enfermera de salud. Cuando inició su investigación, se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes. Las investigaciones anteriores hicieron que se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades. Es miembro de varias organizaciones profesionales, como la American of Nursing, y ha sido miembro activo de numerosas comisiones nacionales. En 2005 fue reconocida como uno de los alumnos y profesores más sobresalientes y su nombre aparece en la Wall of Fame de la Universidad de California, en San Francisco.</p>	<p>Enfermería: Es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente.</p> <p>Persona: Dio una definición específica de la persona, pero se refirió al yo y al núcleo propio que evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo las situaciones se definen y se conforman.</p> <p>Salud: La percepción que la madre y el padre poseen del su estado salud anterior, actual y futura y del recién nacido de acuerdo con las creencias de los padres de la salud global.</p> <p>Entorno: De acuerdo con su modelo ilustra el entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol maternal. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.³⁵</p>

³⁵ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Pamela G. Reed 1952-Presente “Teoría de la autotranscendencia”</p>	<p>Nació en Detroit, Se tituló de enfermera especialista en psiquiatría y salud mental materno-infantil y en docencia de la enfermería en 1976. Obtuvo el título de doctora en 1982 con una tesis sobre la teoría y la investigación, y una secundaria sobre desarrollo adulto y envejecimiento. Ha recibido varios premios por su labor docente centrada en el desarrollo de teorías y metateorías de enfermería. Desarrolló dos instrumentos de investigación utilizados extensamente, la Escala de Perspectiva Espiritual y la Escala de Autotranscendencia.</p>	<p>Salud: En su modelo lo define implícitamente como un proceso vital formado por experiencias tanto positivas como negativas que permiten al individuo crear una serie de valores y un entorno específico para mejorar el bienestar.</p> <p>Enfermería: Consiste en ayudar a las personas a desarrollar las habilidades que son necesarias para promover la salud y el bienestar.</p> <p>Persona: Se concibe como un ser en desarrollo a largo de todo el ciclo vital, que está en interacción con otros individuos y dentro de un entorno de complejidad y vitalidad variables que pueden contribuir tanto positiva como negativamente a la salud y al bienestar.</p> <p>Entorno: La familia, la red de relaciones sociales, el entorno físico y los recursos disponibles en el pueblo o ciudad en el que se vive son los entornos que contribuyen significativamente a los procesos relacionados con la salud.³⁶</p>

³⁶ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Phil Barker 1931-2022 “El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental”</p>	<p>Nació en Escocia, se formó como pintor y escultor a mediados de la década de 1960 y ganó el prestigioso premio Pernod para pintores jóvenes en 1974, momento en que ya era enfermero en psiquiatría. Durante su carrera de enfermería, se pregunta por el objetivo adecuado de la enfermería psiquiátrica y el papel de cuidado, la compasión, la comprensión y el respaldo para ayudar a personas que sufren un estrés extremo o una pérdida del yo o en crisis espirituales. Es autor de 14 libros, de más de 50 capítulos de libros y más de 150 artículos académicos. Actualmente es catedrático de honor de la University of Dundee, en Escocia, donde mantiene una consulta privada de psicoterapia.</p>	<p>Enfermería: Está cambiando continuamente, internamente y respecto a otras profesiones, en respuesta a las necesidades y a las estructuras sociales cambiantes. Persona: Son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia y construyendo modelos explicativos del mundo y su lugar en él. Salud: El resultado de una reacción autónoma, aunque modelada culturalmente a una realidad creada socialmente. Entorno: Es en gran medida social, el contexto en el que las personas viajan en su océano de experiencia y las enfermeras crean "espacio" para el crecimiento y el desarrollo.³⁷</p>

³⁷ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

Teórica y Teoría	Biografía	Metaparadigma
<p>Cornelia M. Ruland 1954- Presente</p> <p>Shirley M. Moore 1948- Presente "Teoría del final tranquilo de la vida"</p>	<p>Obtuvo el doctorado en enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland, en 1998. Ruland ha creado un amplio programa de investigación para la mejora de la toma de decisiones compartidas y las asociaciones paciente-proveedor en el cuidado de la salud, y para el desarrollo, mejora y evaluación de los sistemas de información para apoyarla. Ha sido la investigadora principal en numerosos proyectos de investigación y ha recibido varias distinciones por su trabajo.</p> <p>Es docente asociada de investigación y profesora de la School of Nursing de la Case Western Reserve University. Ha enseñado teoría y ciencia de la enfermería a estudiantes de enfermería de todos los niveles, y dirige un programa de investigación y desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos. Ha ayudado al desarrollo y publicación de varias teorías y considera la elaboración de teorías como una habilidad esencial para los estudiantes de doctorado.³⁹</p>	<p>Persona: La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida, son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente.</p> <p>Cuidado En Enfermería: El personal enfermero analiza la situación por la cual se está presentando e intervienen de la forma más correcta sin ser exagerados, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte. Se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad.</p> <p>Salud: Se debe buscar la mejor forma y maneja para terminar o suplantar el dolor sufridas por el paciente terminal y además de lograr un mejor estado de salud.</p> <p>Entorno: Desde el estado terminal, al paciente se le debe administrar el mayor estado de armonía, tranquilidad, comprensión y calma mediante la cercanía a sus allegados o familia, ofreciéndole un servicio preciso, atento y eficaz.³⁸</p>

³⁸ Desarrollo del conocimiento en Enfermería [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>

³⁹ Op.Cit. Modelos y teorías en enfermería. pág. 11

4.3.3 Aspectos Éticos y Legales en la Aplicación del P.A.E

- El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.⁴⁰

- Ley General de Salud:

Artículo 166 Bis 4. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento. Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.⁴¹

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Las personas mayores tienen derecho a recibir los satisfactores necesarios para su atención integral, incluyendo su acceso preferente a los servicios médicos y a recibir capacitación y orientación respecto a su salud, nutrición, higiene y todos aquellos aspectos que favorezcan su cuidado personal.⁴²

⁴⁰ M, Elena Garfías L. El derecho a la salud [Internet]. [Citado el 15 de Mayo de 2024] Disponible en: https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll_DerSalud.pdf

⁴¹ Hernández Adela z Galván Alma Mónica Muñoz Ángeles Tirso Zúñiga Santamaría Liliana Giraldo Rodríguez.

Unidad 2: Aspectos éticos y legales [Internet] [Citado el el 02 de Mayo de 2024] Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/Recursos_psicosociales.pdf

⁴² LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002 [Internet] [Citado el 05 de Junio de 2024] Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

Objetivo Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.⁴³

- NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad

Objetivo: Esta Norma tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.⁴⁴

Guías de Práctica Clínica

GPC-IMSS-190-18, Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica

Objetivo: La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo o tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la

⁴³ NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

⁴⁴NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOSMAYORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Describir los componentes de la valoración geriátrica integral.
- Definir los síndromes geriátricos que identifica con la valoración geriátrica integral.
- Describir las herramientas clínicas útiles para la valoración biopsicosocial.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.⁴⁵

IMSS-095-08, Evaluación y Seguimiento Nutricional del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Segundo y Tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar y consensuar el abordaje de la evaluación y control nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre la evaluación y control nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención.

⁴⁵. Valoración geriátrica integral en Unidades de Atención Médica [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>

3. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos de evaluación y control nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención.

4. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor con alteraciones nutricionales al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.⁴⁶

IMSS-479-11, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Difundir el conocimiento sobre esta entidad en el personal de atención sanitaria con la finalidad de mejorar la calidad de la atención prestada a los adultos mayores frágiles.

2. Favorecer la identificación temprana del síndrome de fragilidad en el anciano.

3. Establecer las medidas de tratamiento no farmacológico y farmacológico del síndrome de fragilidad en el anciano.

⁴⁶ IMSS GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA *Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer nivel de Atención*. Gob.mx. 2011

4. Describir los factores de mal pronóstico en el síndrome de fragilidad en el anciano.
5. Reconocer el síndrome de fragilidad en el anciano y sus diagnósticos diferenciales.
6. Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud, además de la racionalización.⁴⁷

IMSS-583-12, Problemas Bucales en el Adulto Mayor

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar los principales cambios morfológicos y fisiológicos del envejecimiento en la cavidad bucal.
2. Describir las alteraciones bucales más frecuentes en el adulto mayor.
3. Promover la importancia del autocuidado de la salud bucal en el adulto mayor.
4. Establecer el tratamiento adecuado y oportuno en las diferentes enfermedades que describe esta guía.
5. Determinar los criterios para referencia y contrarreferencia.

⁴⁷ IMSS GPC *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano* Evidencias y Recomendaciones. Catálogo IMSS-479-11 .2011

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.⁴⁸

IMSS-491-11, Valoración Geronto-Geriátrica en el Anciano Ambulatorio

Objetivo:

1. Proporcionar al personal de atención primaria, las herramientas clínicas para la evaluación integral de las condiciones de salud de las personas adultas mayores.
2. Promover y difundir la importancia de la aplicación de los instrumentos de valoración.
3. Sistematizar la atención del adulto mayor en atención primaria.
4. Concientizar al personal de atención primaria en la aplicación de las escalas e índices de valoración geronto - geriátrica.
5. Concientizar al personal de atención primaria de la importancia de la estimulación física, mental, emocional y social, a través de los servicios de atención social a la salud.⁴⁹

⁴⁸ IMSS GPC *Diagnóstico y Manejo De los Problemas Bucales en el Adulto Mayor* Evidencias y Recomendaciones Catálogo IMSS-583-12.2012

⁴⁹ IMSS GPC *Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio*. Gob.mx.2011

IMSS-144-08, Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor (actualización septiembre 2012)

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, Los objetivos de la presente guía son:

1. Describir las características clínicas del deterioro cognoscitivo leve y su diferencia con la demencia.
2. Señalar los instrumentos clínicos para la detección oportuna del deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención.
3. Recomendar las opciones terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas para el deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención.
4. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor con deterioro cognoscitivo o demencia al Segundo Nivel de Atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.⁵⁰

⁵⁰ IMSS GPC *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención* Gob.mx. 2011

Documentos Universales

- Declaración Universal de Derechos Humanos

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la que quedaron instituidas, como derechos fundamentales del hombre, su dignidad y valor como ser humano, así como la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

Artículo 25.

- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en¹ caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.⁵¹

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991.⁵²

⁵¹ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS. Procuraduría General de la República.Gob.mx. [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/110501/Declaracion_Universal_SPREAD_.pdf

⁵² Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad [Internet]. Wwww.un.org. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

Independencia

Las personas de edad deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia;⁵³
- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;
 - Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales;
- tener acceso a programas educativos y de formación adecuados;
- tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio;
- poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

Las personas de edad deberán:

- permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes;
- poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades;
- poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

Las personas de edad deberán:

- poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;

⁵³ Op. Cit. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad Pág. 35

- tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad;
- tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro;
- poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

Las personas de edad deberán:

- poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial;
- tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

Las personas de edad deberán:

Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales;⁵⁴

⁵⁴ Op. Cit. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad Pág. 35

Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.⁵⁵

Responsabilidades De Las Personas De Edad

En consonancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberán tratar de:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.
9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.⁵⁶

⁵⁵ Op. Cit. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad Pág. 35

⁵⁶ LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES Org.mx. [INTERNET] [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>

10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.⁵⁷

- **Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**

Los Adultos Mayores tienen derecho a:

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación. (Artículo 5o, fracción 1)
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial (Artículo 5o, fracción 11)
3. Derecho a la salud, alimentación y familia. (Artículo 5o, fracción 111)
4. Derecho a la educación. (Artículo 5o, fracción IV)
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado. (Artículo 5o, fracción V)
6. Derecho a la asistencia social. (Artículo 5o, fracción VI)
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad. (Artículo 5o. fracción VII)
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (Artículo 5o, fracción VIII)
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público. (Artículo 5o. fracción XI)⁵⁸

⁵⁷ Op.Cit. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES Pág. 38

⁵⁸ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. INAPAM Hoy [Internet]. gob.mx. [citado el 01 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/inapam-hoy-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores?idiom=es>

10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte.
(Artículo 5o, fracción IX)

Principios Éticos de Enfermería

No Maleficencia:	(Ante todo no hacer daño) Formula una obligación. Formula una obligación básica, no hacer daño dentro de lo posible. El actuar de enfermería puede causar daño, lo que se reconoce y se plantea tratar de evitarlo o disminuirlo. Existen diversas formas de daño físico, como la incomodidad o dolor y es fundamental evitarlas, otra posibilidad de daño es la posibilidad de afectar emocional y moralmente al paciente, intervenir en su intimidad o en su privacidad.
Beneficencia:	Es otro elemento de la ética presente. Un aforismo muy antiguo dice “curar a veces, aliviar con frecuencia confrontar siempre “Esto refleja una actitud muy enraizada en el ser humano como algo existencial, el ser benefactor, porque sin darse cuenta ayuda tratando de sanar, sin un razonamiento previo. Es innato tratar de hacer el bien al otro. La enfermería es beneficiante, lleva implícita los principios de la caridad, la compasión, la bondad y la entrega, como las mejores cualidades del ser humano.
Justicia:	Para ser justos debe darse a cada cual lo que corresponde, con la gran dificultad de lograr saber que le corresponde a cada uno. Se trata de llegar a la igualdad, a la equidad, como un camino que nunca se termina y siempre se busca la forma en que se ha desarrollado a la justicia, o que es lo justo,
Autonomía:	Es la capacidad de autogobierno, es decir en libertad como un derecho personal y social. Buscar el respeto interno y externo, respetar la voluntad de ser uno mismo responsable de su decisión. El desarrollo de la autonomía de los pacientes favorece la relación enfermero-paciente, pero presenta varias limitaciones. ⁵⁹

⁵⁹ Urbina Laza Omayda, Pérez Sánchez América, Delgado Moreno Juana Elsa, Martín Linares Xiomara. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Educ Med Super [Internet]. 2003 Sep. [citado 15 de marzo de 2024] ; 17(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000300002&lng=es.

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

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

La implementación de una teoría o modelo es determinante en el Proceso de Atención de Enfermería, debido a que es una guía en la toma de decisiones, además de ser el indicador sobre la calidad del cuidado, la información relevante, que áreas son competencia de enfermería, para que en consecuencia se orienten las intervenciones, con la responsabilidad de reforzar las conceptualizaciones y aplicaciones. Este modelo filosófico tiene las siguientes características:

- El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.
- Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.⁶⁰
- Se adapta al contexto actual de salud del país, ya que al lado de la función propia de la enfermería (autónoma), contempla la interdependencia de esta con respecto

⁶⁰ Correa Argueta Edgar, Verde Flota Elsy Elizabeth. Et al. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia de Henderson. UAM 1ª de edición 2016. División de CBS

otras profesiones (de colaboración), considerando al ejercicio profesional, como un servicio único, con relaciones que refuerzan la interdisciplinariedad.

- Es una propuesta conceptual muy similar a esquemas teóricos como el de necesidades de Maslow y una propuesta biologicista de aproximación a las necesidades humanas, situación afín a los planes y programas de estudio vigentes en las últimas dos décadas en México.

Por lo anterior este es uno de los modelos más aplicados en diferentes universidades formadoras de recursos humanos en enfermería, en instituciones hospitalarias, generando un número importante de publicaciones e investigaciones, hecho que ha contribuido a un mejor y mayor conocimiento de este, y con ello a una extensión mayoritaria por los distintos sistemas de cuidados enfermeros en los que actualmente se desempeña el profesional de enfermería.

El soporte teórico del modelo filosófico de Henderson de las 14 necesidades, se centran en el paradigma enfermero: persona, entorno, la salud y el rol profesional.

El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. Para Henderson la/la enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Los elementos fundamentales de Virginia Henderson y sus postulados son los siguientes:

- 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, no es independiente.⁶¹
- Enfermería tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales, lo que propicia la intervención interdisciplinaria

⁶¹ Op.Cit. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia de Henderson. Pág. 41

- La sociedad espera un servicio de enfermería, que ningún otro profesional puede darle.
- El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.
- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).
- La fuente de dificultad, (área de dependencia), es el origen donde radica esta, y se relaciona con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).
- La intervención de enfermería hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar, reforzar o sustituir esa, ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.
- Las consecuencias de la intervención de enfermería serán; la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, supliéndola o ayudándola a ello, o promover un ambiente para una muerte pacífica.

A partir de los puntos señalados, se busca la integración, que explore las áreas de dependencia del individuo para poder formular un diagnóstico, diseñar los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y poder evaluar los alcances y limitaciones, que garanticen un cuidado integral, resolutivo, preventivo, enfocado en garantizar la calidad y seguridad.⁶²

⁶² Op.Cit. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia de Henderson. Pág 41

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente y autónoma en sus actividades. A través de su modelo de necesidades básicas delimita la función y el rol profesional en el área de colaboración con los miembros del equipo de salud.

INDEPENDENCIA

AUTONOMÍA

ROL PROFESIONAL

El modelo de Virginia Henderson:

Contribuye a la formación de una Enfermería integral, holística y humanística.

Permite definir el campo de actuación de la profesión ya que delimita con claridad la filosofía e ideología. Implementa un sistema para la actuación.

Ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión.

Fomenta el debate teórico para la fundamentación científica de nuestra actuación enfermera en el ámbito asistencial.

Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables.

Esta se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización o asistencia (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.⁶³

Concepto de Necesidad: Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

⁶³ Hernández Navarrete Erik, López Salazar Gabriela. Algoritmos NNN 2021-2023. Colegio de Enfermería de la sierra COLENSI. CUCS UDG.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

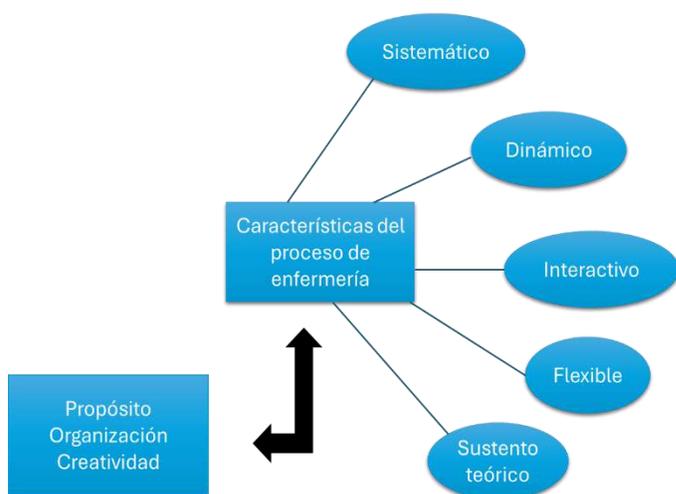
1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
cuidado a la persona.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.⁶⁴

⁶⁴ Necesidades Humanas. Modulo: Aplicación de cuidados básicos [citado el 04 de abril de 2024][INTERNET]. Gob.mx Disponible en: <https://colegiofernandodearagon.cl/wp-content/uploads/2020/06/3%C2%BA-MEDIO-APLICACI%C3%93N-DE-CUIDADOS-B%C3%81SICOS-CLASE-7.pdf>

4.4 El Proceso de Enfermería como Herramienta Metodológica para Brindar Cuidado a la Persona

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración,

diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.⁶⁵



4.4.1 Definición, Objetivos, Ventajas y Desventajas

Definición

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud⁶⁶

Características

- **Sistemático:** cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.

⁶⁵Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] Gob.mx. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf

⁶⁶ Manuela U, Colombia B, Carolina. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Redalyc.org. [INTERNET][citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

- Dinámico: el ser humano, por naturaleza, puede cambiar en un instante en lo emocional, físico, y social; por tal motivo, cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.
- Interactivo: esto es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, familia y comunidad, ello es esencial para la individualización de dichos cuidados.
- Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, gestión e investigación: el proceso de enfermería se puede implementar en cada uno de ellos siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, grupo y/o comunidad. También es fundamental considerar otro aspecto que le da flexibilidad a la metodología; las etapas porque pueden aplicarse de manera consecutiva y concurrente, es decir, la enfermera puede utilizar más de una etapa a la vez.
- Con sustento teórico: por las características propias de proceso de enfermería y sus etapas tiene la cualidad de adaptarse con base en una teoría de enfermería o en un modelo conceptual.⁶⁷

A partir de lo anterior, el proceso también engloba y se enfoca en tres características fundamentales: propósito, organización y creatividad.

Objetivo

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como también las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

⁶⁷ Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería. Editorial El Manual Moderno; 2023.

Ventajas

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería:

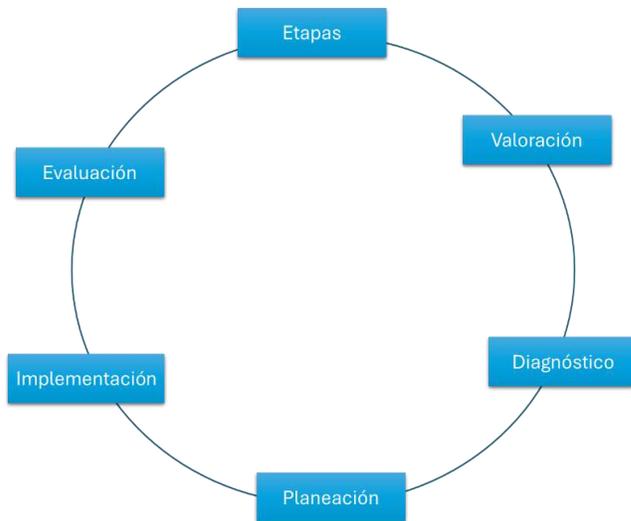
- La satisfacción por el trabajo. Potencia el desarrollo profesional.
- La satisfacción profesional. Planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados porque la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- Demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional. Potencia el desarrollo profesional. El proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. Este proceso proporciona el sistema para la ejecución de las conductas del rol profesional de enfermería. El empleo de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados.

Desventajas

- El hecho de que el PAE sea un proceso largo alude que genera sobrecarga de trabajo, considera que los errores que se produzcan en una sola fase influyen en todo el proceso.⁶⁸

⁶⁸ Enfermería y Bienestar Blog. UNAM [Internet]. Proceso de Atención de Enfermería.; 2013 [consultado el 02 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería



Etapas

Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica, a fin de ser una guía que orientará al profesional de enfermería en la forma en que actuará, considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

PRIMERA ETAPA VALORACIÓN

La primera etapa del proceso debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de información sobre la situación de salud del individuo, familia, grupos, cuidadores y comunidad, así como del entorno; ello mediante diversas fuentes.

Se considera un paso muy importante, porque todas las decisiones e intervenciones enfermeras se basan en la información obtenida durante esta etapa.

Fases

Primera fase: recolección de datos

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia, grupo, cuidadores y/o comunidad; es un proceso dinámico y continuo. Es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico de la salud de la persona, familia o comunidad. Se refiere a que la enfermera identifique de dónde se origina la información, la cual puede ser primaria o directa, o bien secundaria o indirecta.⁶⁹

⁶⁹ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Medios para la recolección de los datos:

- Observación
- Entrevista.
- Exploración Física.

Segunda fase: validación de datos

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también, en analizar la información, con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar una interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas.

SEGUNDA ETAPA DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, familia o colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación.

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión; de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico: es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que pueden incluir modificadores.

Fases

Primera fase: analisis de datos

El analisis tiene como objetivo identificar el problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información mas manejables.⁷⁰

⁷⁰ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas y en la interpretación. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería; esto ayuda al profesional de enfermería a interpretar los datos. A continuación se describen las fases del diagnóstico.

Un indicio es una información recopilada durante el proceso de valoración sobre una determinada persona, familia o comunidad. Un indicio es un fragmento de datos. Es la percepción del profesional de enfermería de lo que existe con base en datos subjetivos y objetivos obtenidos de la persona y de otras fuentes secundarias. Los indicios pueden ser signos, que son datos objetivos, y síntomas, que son datos subjetivos.

Segunda fase: formulación del diagnóstico de enfermería

La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado de los datos obtenidos en la etapa de valoración. La NANDA plantea cuatro formas distintas.

Diagnóstico enfermero focalizado en el problema

Diagnóstico enfermero de riesgo

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud

Síndrome

La redacción de los diagnósticos de enfermería sigue una serie de directrices que proponen, asimismo brindan los siguientes lineamientos para formulación de un diagnóstico de enfermería.

Destacar o subrayar los síntomas relevantes

Hacer una lista corta de síntomas⁷¹

⁷¹ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Agrupar síntomas parecidos

Analizar/Interpretar los síntomas

Elegir una etiqueta diagnóstica que se ajuste a los factores relacionados y a las características definitorias adecuadas.

Si es un diagnóstico enfermero enfocado en el problema, se estructura por tres enunciados: el primero indica el problema (P); el segundo, la etiología o causa del problema (E); y el tercer enunciado indica la sintomatología y los signos (S); en su conjunto, a esta estructura se le ha denominado formato PES.

Redacción del diagnóstico de enfermería:

Problema *relacionado con etiología manifestado o evidenciado por características definitorias* (signos y síntomas).

Tercera fase: validación del diagnóstico de enfermería

Es procesamiento de datos. En esta fase, el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

Ello se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad, y consultando con otros profesionales del equipo de salud, para comparar los datos con una referencia autorizada.

Cuarta fase: registro del diagnóstico de enfermería

El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería. Es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo, y será líder ante otros profesionales del área de la salud.⁷²

⁷² Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

TERCERA ETAPA PLANEACIÓN

Se considera la tercera etapa del proceso de enfermería. Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

Fases

Primera fase: establecer prioridades

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería . Es donde se concluye la identificación del problema y se debe centrar el cuidado; esto es, hacer las acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o, según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que presentan la comunidad, familia o individuo.

Segunda fase: elaborar objetivos

Ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. El establecimiento de objetivos conjuntos es una actividad que incluye al individuo y la familia en la priorización de los objetivos de cuidados, para después desarrollar un plan de acción para alcanzarlo.

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares a fin de definir la eficacia de las intervenciones.⁷³

⁷³ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Cada formulación de objetivos y resultados esperados requiere tener un tiempo para la evaluación. El elemento tiempo depende de la naturaleza del problema, la etiología, el estado general de la persona y el establecimiento del tratamiento.

Tercera fase: determinar los cuidados de enfermería

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presentado de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Las intervenciones se clasifican en independientes y de colaboración. Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base a sus conocimientos y experiencia, toma decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o, en un momento dado, a replantearlo.

Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad.

Cuarta fase: documentar el plan de cuidados

Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.⁷⁴

⁷⁴ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Por último, la documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial; permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. De acuerdo con su registro, los planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, planes de cuidados en entornos comunitarios.

CUARTA ETAPA EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados..”y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al; paciente a conseguir los objetivos establecidos; etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Fases

Primera fase: preparación

Prepararse para actuar implica tener la seguridad de saber qué hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Significa realizar las intervenciones enfermeras con pleno de conocimiento de las razones y principios implicados, observando con sumo cuidado las respuestas. Si no se obtiene la respuesta deseada , se formularán preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando se sepa qué es lo que no funciona hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados según sea necesario.

Segunda fase: intervención

Es la implementación del plan de cuidados y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se han iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción.⁷⁵

⁷⁵ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Tercera fase: documentación

Es el registro que realiza la enfermera en la notas de enfermería, documento legal permanente del usuario y requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: valoraciones, intervenciones y respuesta.

QUINTA ETAPA EVALUACIÓN

Se considera la quinta etapa, la cual pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos.

La evaluación crítica (cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora.

También la evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

Primera fase: establecimiento de criterios de resultados.

Los resultados esperados se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas, o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir.⁷⁶

⁷⁶ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

Segunda fase: evaluación del logro de objetivos

El objetivo específica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de evaluación con los resultados esperados.

Tercera fase medidas y fuentes de evaluación

El propósito de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, mantenido o empeorado algún tipo de cambio.

La valoración consiste en la recolección de datos. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio (que se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada) pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica; identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados.⁷⁷

4.5 La Persona

Concepto del Adulto Mayor

Desde la gerontología es importante dejar claro que vejez y envejecimiento son conceptos diferentes. Al proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte se le conoce como envejecimiento.⁷⁸ Este proceso se encuentra influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera todas las personas, sin importar la edad, estamos en proceso de envejecimiento.

⁷⁷ Op.Cit. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería Pág. 47

⁷⁸ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. gob.mx. [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

La vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento.

Para quienes trabajan con y para personas mayores será indispensable que cuente con una idea clara de estos conceptos.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.

Si le preguntamos a una persona de 65 ó 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que ese definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre 15 y 30 años, nos respondería pensando en sus abuelos y se le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelos.⁷⁹

La sociedad los describe de acuerdo con su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc.

Es por esto que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares y sociales y de los mismos ancianos.⁸⁰

⁷⁹ Op. Cit. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez Pág.57

⁸⁰. CAPÍTULO 1 EL ADULTO MAYOR [Internet]. 2004 Udlap.mx. [citado el 04 de Abril de 2024]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Clasificación del adulto mayor

Suele definirse a los *adultos mayores* como individuos a partir de los 65 años de edad. En alguna época, todas las personas mayores de 65 años se agrupaban en una sola categoría de “ancianos”. En la actualidad se reconoce que existe una gran diversidad entre los diferentes grupos etarios en la edad avanzada, por lo que se ha propuesto la siguiente clasificación:

- Adultos mayores jóvenes: 65-74 años.
- Adultos mayores viejos: 75-84 años.
- Adultos mayores longevos: 85 años o mayores.⁸¹

4.5.1 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales

Características biológicas

Sistema Tegumentario

Al envejecer, la epidermis se fragiliza, con lo cual aumenta el riesgo de daño cutáneo en forma, por ejemplo, de maceración e infección. La piel de personas de edad avanzada puede llegar a ser tan delicada como el papel de arroz y se desgarrar con facilidad. Los exantemas provocados por el contacto con productos químicos, como detergentes o cosméticos, se vuelven más frecuentes. Cuando se envejece, la piel se repara más lentamente, lo que eleva el riesgo de infección.⁸²

La actividad de los melanocitos disminuye con la edad, y, en individuos de tez clara, esta puede llegar a ser casi blanca, lo que se traduce en que los adultos mayores son más vulnerables a los efectos del sol. Los grupos de melanocitos pueden formar áreas de pigmentación oscurecida, en una afección conocida como lentigo senil; estas áreas reciben a menudo el nombre de manchas de la edad o manchas hepáticas y se observan sobre todo en las zonas del cuerpo más expuestas a la luz

⁸¹ Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica. 9a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

⁸² Williams P. Enfermería geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2020.

solar. En una afección conocida como queratosis seborreica aparecen máculas de tipo verrugoso, ligeramente elevadas, con bordes diferenciados.

El envejecimiento se traduce en una capa dérmica más fina con reducción de las fibras de elastina. Con la pérdida de elasticidad, la piel empieza a hacerse menos flexible. Se desarrollan <<patas de gallo>>, o arrugas. En pieles muy secas o sometidas en exceso a exposición a la luz solar o a productos químicos agresivos, aumenta la probabilidad de arrugas a una edad más temprana. El color del cabello tiende a agrisarse o <<encanecer>> debido a la pérdida de pigmento, a la vez que se alteran sus patrones de distribución. Los cambios de color y la pérdida de pelo suelen tener un componente hereditario. En el cuero cabelludo, el pubis y las axilas, el pelo pierde grosor tanto en hombres como en mujeres, mientras que en la nariz y las orejas se adensa y se hace más visible. En algunas mujeres aparece vello facial, sobre todo después de la menopausia. Las uñas de las manos crecen más despacio y pueden volverse gruesas y quebradizas, con frecuencia surcadas por líneas y crestas.

La pérdida en la función secretora de las glándulas sebáceas y sudoríparas eleva la probabilidad de sequedad de la piel, o xerosis. La piel seca es probablemente la queja más común en dermatología entre adultos mayores, sobre todo cuando se acompaña de prurito (picor). Este problema suele ser más agudo en las extremidades inferiores, por deterioro de la circulación.

Con la edad, las paredes de los capilares se fragilizan cada vez más, pueden provocar hemorragia y derivan en <<purpura senil>>: unas zonas de la piel de color rojo, morado o marrón que suelen aparecer en los brazos y las piernas.⁸³

⁸³ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Sistema Musculo esquelético

El principal cambio en los huesos relacionado con el envejecimiento es la pérdida de calcio. Este cambio comienza entre los 30 y los 40 años de edad. Con cada década sucesiva, los huesos del esqueleto pierden grosor y empiezan a debilitarse. En las mujeres, la masa esquelética se reduce en torno al 8% por década, un porcentaje que en los hombres desciende al 3%, aproximadamente. La descalcificación de diversas partes del esqueleto, como las epífisis, las vértebras y los huesos maxilares, puede incrementar el riesgo de fractura, reducción de estatura y pérdida de piezas dentales.

Con la edad, los discos intervertebrales se contraen mientras las vértebras torácicas cambian lentamente. El resultado es una condición llamada cifosis, que confiere al adulto mayor una apariencia encorvada, con la cabeza hacia adelante agachada sobre el pecho. La combinación de discos contraídos y cifosis deriva en una pérdida general de altura. Hacia los 70 años, una persona puede haber menguado en torno a 5 cm. Para quienes se preocupan especialmente por su aspecto, estos cambios resultan perturbadores, pues la ropa les deja de valer y cada vez les es más difícil encontrar ropa que les quede bien.

Los tejidos conjuntivos tienden a perder elasticidad, con lo que se restringe la movilidad de las articulaciones. La menor flexibilidad y movilidad articular comienza ya en los años de adolescencia y es común al envejecer. Como ayuda para frenar o incluso revertir los problemas de flexibilidad, pueden servir de ayuda los ejercicios regulares de estiramiento.

El tono y la masa musculares suelen disminuir a medida que se envejece, y estas reducciones están relacionadas directamente con otras semejantes en la actividad y el ejercicio físico. Las personas de todas las edades que se ejercitan con regularidad tienen mayor masa y tono muscular. ⁸⁴

⁸⁴ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

A medida que una persona envejece, la masa muscular disminuye y aumenta la proporción de peso corporal resultante de tejido graso, o adiposo. Este hecho tiene implicaciones importantes para la administración de medicamentos. Los puntos de aplicación de inyecciones intramusculares pueden no estar bien musculados, y el tejido graso tiene a retener la medicación de forma diferente que el magro. Por tanto, la absorción y el metabolismo de los fármacos pueden diferir significativamente de los observados en personas más jóvenes.

Sistema Respiratorio

Al envejecer se observan cambios en todo el aparato respiratorio. Los años de exposición a la contaminación del aire, el humo de los cigarrillos y otras sustancias químicas nocivas pueden dañar las vías de paso del aire y el tejido pulmonar. El descenso en la capacidad elástica de retroceso de los pulmones conduce a una menor aptitud de intercambio de aire. Las membranas mucosas de la nariz se resecan a medida que disminuye el contenido de líquido del tejido corporal; de este modo, el aire que entra no se humidifica con la misma eficacia. Disminuye el número de cilios, con lo que se pierde capacidad para atrapar y eliminar los desechos. La menor elasticidad de las cuerdas vocales se traduce en cambios en el tono y la calidad de la voz, que adquiere un carácter menos firme.

Los cambios en el sistema musculoesquelético que tienen lugar con el envejecimiento alteran el tamaño y la forma de la cavidad torácica. La cifosis contribuye a una apariencia de tórax en tonel.

El cartílago costal de los extremos de las costillas se calcifica y enrigidece, con lo que se pierde movilidad en la caja torácica. Los músculos intercostales se atrofian, y el diafragma se aplanan y se vuelve menos elástico. Todos estos cambios reducen la capacidad pulmonar e interfieren en la función respiratoria, para desembocar en una pérdida de capacidad de inhalar y exhalar de manera profunda.⁸⁵

⁸⁵ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Varios factores aumentan la posibilidad de una oxigenación inadecuada y elevan el riesgo de infecciones del aparato respiratorio en los adultos mayores. El movimiento ciliar dentro de los pulmones disminuye. Las vías respiratorias y los alvéolos pierden elasticidad, y se produce una disminución del número de capilares que rodean a los alvéolos, lo que altera el intercambio de gases. El tejido pulmonar experimenta una reducción de la movilidad física y la elasticidad, lo que puede llevar a una mayor acumulación de secreciones, especialmente en los lóbulos inferiores.

Sistema Cardiovascular

El corazón no se atrofia al envejecer, como sucede con otros músculos. Al contrario, la masa del músculo cardíaco aumenta ligeramente con la edad, y también lo hace el grosor de la pared del ventrículo izquierdo. El incremento de masa muscular puede producirse como una forma de compensar la pérdida de tono. El corazón envejecido funciona con menor eficacia incluso sin que existan cambios patológicos. La pérdida de tono conduce normalmente al descenso del gasto cardíaco máximo observado en las personas mayores. El sistema de conducción normal, con los nódulos SA y AV, el haz de His y sus ramas, pierde células ya desde fases tempranas de la vida (en la veintena). La respuesta cardíaca a la estimulación autónoma muestra una menor reacción a la estimulación adrenérgica derivada de cambios en los receptores. Las personas mayores mejoran el gasto cardíaco al incrementar el volumen sistólico, mientras que los jóvenes lo aumentan con una aceleración de la frecuencia cardíaca (gasto cardíaco= volumen sistólico X frecuencia cardíaca).

Las válvulas cardíacas muestran con el tiempo un cierto grado de engrosamiento y calcificación, que deriva en grados leves de insuficiencia mitral. Al envejecer, el endocardio y el endotelio pierden elasticidad. Cuando estos tejidos se vuelven cada vez más fibrosos y escleróticos, disminuye el retorno venoso de las áreas periféricas del cuerpo.⁸⁶

⁸⁶ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Si la circulación no responde con suficiente rapidez a los cambios de postura, aparece hipotensión ortostática. Un bombeo menos eficiente del músculo cardíaco combinado con cambios escleróticos en las venas puede provocar un edema dependiente, así como la aparición de varices en las extremidades inferiores. La debilidad de las válvulas en las venas rectales promueve a veces la formación de hemorroides.

Sistema Hematopoyético y Linfático

Las características de la sangre experimentan ciertos cambios al envejecer. La viscosidad del plasma aumenta ligeramente y muy a menudo está relacionada con un descenso general en los líquidos corporales del organismo. La producción de glóbulos sanguíneos en la médula ósea experimenta una ligera reducción con el resultado de un pequeño descenso en el número total de eritrocitos y leucocitos. Salvo en presencia de un estrés fisiológico extremo o de una enfermedad, las concentraciones en la sangre de eritrocitos, leucocitos y plaquetas se mantienen dentro de los límites normales.

El número de linfocitos T en el organismo no parece disminuir en las edades avanzadas, pero hay más células inmaduras. La proporción entre células cooperadoras y supresoras se incrementa. Estos cambios en los linfocitos T llevan a una disminución de la respuesta inmunitaria.

En consecuencia, las personas mayores tienen un riesgo mayor de desarrollar infecciones, en especial respiratorias y de las vías urinarias (IVU).

Los adultos mayores presentan, además, un riesgo más alto de adquirir infecciones nosocomiales.⁸⁷

⁸⁷ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Los estudios han revelado que las personas de más de 60 años tienen una probabilidad mayor de baja inmunidad al tétanos o la difteria, lo que suscita cuestiones relativas a los cambios en la inmunidad humoral al envejecer. Si la capacidad de producir anticuerpos se ve afectada por el envejecimiento, podría ser necesario introducir cambios en las prácticas de vacunación para la población mayor.

Los cambios en la respuesta inmunitaria pueden modificar los signos y síntomas comunes de infección. En las personas mayores, dichos cambios pueden llegar a ser difíciles de reconocer: la temperatura corporal tal vez no se eleve significativamente hasta que la infección sea grave, y podría no haber dolor indicativo de infección. Algunos ejemplos son: 1) ausencia de fiebre o escalofríos en adultos mayores con neumonía; 2) ausencia de disuria en pacientes mayores con infecciones de las vías urinarias; 3) inexistencia de dolor en casos de peritonitis o apendicitis, pese a una afección manifiesta, y 4) respuesta fisiológica retardada o ausente de las personas mayores a las pruebas cutáneas de tuberculosis en comparación con las más jóvenes.

Aparato Digestivo

Con el tiempo, los cambios en el aparato digestivo pueden interferir en la digestión normal y la absorción de los medicamentos. En la cavidad oral, el tejido gingival puede experimentar una recesión, y la masa periodontal que mantiene los dientes en su lugar podría aflojarse. Si los dientes no poseen suficiente solidez estructural, tal vez se degrade la capacidad de morder y masticar. Una buena higiene oral ralentiza estos cambios. La pérdida por las personas mayores de varios o todos sus dientes no debe considerarse normal.⁸⁸

La caries dental reblandece el esmalte y deja expuestos los nervios en la pulpa dental. El dolor resultante probablemente reducirá la capacidad y el deseo de comer.

⁸⁸ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Al envejecer se observa a menudo dilatación esofágica y problemas relacionados con la deglución. Por regla general, en los adultos mayores, aunque no tengan problemas neurológicos, se degrada el reflejo nauseoso, lo cual puede desencadenar episodios de atragantamiento y aspiración. El tono muscular de los esfínteres, sobre todo del esfínter esofágico inferior, puede disminuir, con lo que aumenta la incidencia de reflujo esofágico o pirosis.

En el estómago, la atrofia de las glándulas gástricas puede derivar en una menor producción de factor intrínseco y ácido clorhídrico, lo cual, a su vez, puede interferir en la digestión normal y la absorción de nutrientes. Estos cambios contribuyen a la aparición de anemia y otros problemas de malabsorción. Un descenso en la producción de mucosidad gástrica induce un riesgo de lesión y penetración bacteriana en la circulación sistémica. La pérdida de tejido linfoide asociado al tracto digestivo puede influir en la respuesta inmunitaria. El peristaltismo se ralentiza con la edad, lo que aumenta la probabilidad de estreñimiento y evacuación incompleta de las heces.

Aparato Urinario

Los riñones se reducen desde unos 400g a los 40 años a solo 250g a los 80. Al cumplir los 70 han perdido aproximadamente un tercio de su eficiencia y carecen de reserva funcional. Aun así, suelen conservar la capacidad de eliminar cantidades adecuadas de materiales de desecho para mantener concentraciones sanguíneas normales. Cuando una persona envejece, disminuye el número de sus unidades funcionales o nefronas. Además, los riñones pierden masa y tamaño. Cambios vasculares, como los que tienen lugar con la aterosclerosis o la arterioesclerosis, abocan a una disminución del riesgo sanguíneo en estos órganos.

La disminución del flujo de sangre reduce el filtrado glomerular. A los 90 años, el filtrado glomerular puede ser de apenas la mitad de su valor a los 20.⁸⁹

⁸⁹ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

El nitrógeno ureico en sangre aumenta significativamente con la edad, desde un valor normal de 10-15 mg/dl en la juventud a 21 mg/dl hacia los 70 años.

Las nefronas y el sistema colector del cuerpo envejecido son menos sensibles a los efectos de la hormona antidiurética. Se absorben menores cantidades de sodio y agua y se pierde más potasio, lo que lleva a la producción de una orina menos concentrada.

El envejecimiento se acompaña de una reducción de tamaño de la vejiga urinaria, con lo cual disminuye su capacidad (es decir, el volumen de orina que puede contener antes de que se sienta la necesidad de orinar). Muchas personas mayores necesitan ir al baño con apenas 100 ml de orina presentes. Por otra parte, la hiperactividad del músculo detrusor puede llevar a que la vejiga se contraiga antes de llenarse. Cualquiera de estos dos factores, o ambos, explica la mayor urgencia y frecuencia urinaria que es común en los mayores. Para agravar aún más la situación, la pérdida de tono muscular puede deteriorar el control voluntario del esfínter externo. Asimismo, pueden producirse cambios musculares atónicos en la pared de la vejiga. La pérdida de tono puede traducirse en un flujo urinario reducido, un vaciado incompleto o improductivo, el goteo continuo de orina o retención urinaria con rebosamiento (una condición en la que la persona orina con frecuencia, pero no llega nunca a vaciar la vejiga por completo). Esta retención contribuye al riesgo de infecciones de las vías urinarias, especialmente en adultos mayores, porque la orina retenida favorece la proliferación bacteriana.⁹⁰

⁹⁰ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Sistema Nervioso

En el encéfalo de las personas mayores se han observado numerosos cambios celulares, entre ellos la reducción del tamaño y el peso debido a un descenso en el volumen de la corteza cerebral. Entre los 50 y los 90 años, por cada década, el tejido encefálico se reduce aproximadamente en un 3%. La contracción del encéfalo se ha relacionado con una disminución en el número de neuronas corticales funcionales. A medida que estas células se pierden o experimentan cambios funcionales, es frecuente que se altere la función mental. El flujo sanguíneo cerebral disminuye al envejecer, debido a una acumulación gradual de depósitos grasos (es decir, arterioesclerosis). Esta reducción del flujo sanguíneo deriva también en una tasa más lenta de metabolismo cerebral. Con el tiempo tiene lugar un descenso progresivo en el número de ramas y conexiones entre las dendritas. Los estudios sobre neurotransmisores revelan que la transmisión en el encéfalo de serotonina se deteriora con los años, lo que puede hacer propenso a depresiones al adulto mayor; además, disminuye la concentración de noradrenalina. En sentido contrario, aumentan los niveles de monoamino oxidasa, que metaboliza las catecolaminas. En el sistema nervioso periférico, la velocidad de la conducción nerviosa está asociada fuertemente con el envejecimiento.

A causa de estos cambios fisiológicos, las respuestas motoras en las personas mayores tardan más en desarrollarse. Es corriente que acciones sencillas como hablar o caminar se ralenticen con la edad. Lo mismo sucede con los movimientos reflejos y con las reacciones. Resulta habitual cierta pérdida de coordinación. Las tareas que requieren una percepción rápida de los estímulos y respuestas altamente coordinadas (como conducir en hora punta) pueden suponer un riesgo para quienes sufren una pérdida neurológica importante. Muchas personas mayores advierten estos cambios y modifican sus estilos de vida para evitar situaciones potencialmente peligrosas.⁹¹

⁹¹ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Sentidos Especiales

Los sentidos especiales, que incluyen la vista, el oído, el equilibrio, el olfato el gusto, están conectados íntegramente con el sistema nervioso central por los pares craneales. Los demás sentidos comprenden el tacto, la presión y la propiocepción, o conciencia del movimiento y la posición del cuerpo en el espacio. Estos sentidos constituyen el medio por el cual reunimos información del mundo que nos rodea y de nuestra relación con el entorno. Los sentidos especiales nos proporcionan una primera línea de protección frente a los peligros ambientales. Si no funcionan de forma idónea y no nos procuran una información precisa, nos ponen en riesgo de ser víctimas de esos peligros.

Es importante entender los cambios visuales y auditivos que se producen con el envejecimiento, ya que pueden tener implicaciones importantes para la seguridad. Una buena parte de la información sobre el mundo que recibimos, y a la que respondemos, nos llega a través de la vista y el oído. A veces pensamos que las personas mayores están confusas o seniles cuando, en realidad, simplemente tienen un deterioro de sus percepciones sensoriales debido a cambios asociados al envejecimiento.

Sistema Endocrino

Con el envejecimiento se suceden diversos cambios en la función endocrina. La hipófisis sigue produciendo concentraciones adecuadas de las hormonas fundamentales durante toda la vida. Con la edad genera menos hormona del crecimiento, con pérdida consiguiente de masa muscular. En estudios recientes se administró hormona del crecimiento a hombres mayores y, como consecuencia, tuvo lugar un aumento importante de la masa muscular. La hormona del crecimiento es cara, puede tener efectos secundarios no deseables y en la actualidad es un fármaco en fase de investigación.⁹²

⁹² Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

En algunos adultos mayores se observa un descenso en la producción de tirotrópina. La fase metabólica basal empieza a disminuir en la primera edad adulta y sigue reduciéndose gradualmente durante toda la vida. Debido a que también disminuye la masa corporal magra, la tasa metabólica global no cambia significativamente. Como respuesta a la pérdida de función tiroidea, algunas personas mayores se vuelven más sensibles a las temperaturas frías.

Los estudios de la función paratiroidea revelan informaciones en conflicto. La LPTH parece disminuir con la edad, salvo en la osteoporosis, donde aparentemente aumenta. Valores elevados de PTH pueden conllevar altas concentraciones de calcio en la sangre. Esta consecuencia ha de suscitar especial inquietud en las mujeres mayores, que pueden manifestar síntomas de confusión cálculos renales y osteoporosis.

La función pancreática parece disminuir con el envejecimiento, sin embargo, salvo en la instauración de alguna forma de diabetes, su función sigue siendo idónea para satisfacer el funcionamiento corporal normal.

La función suprarrenal no se ve alterada significativamente con el avance de la edad. Se producen concentraciones hormonales adecuadas para cubrir las necesidades del organismo.

Los valores de las hormonas gonadotrópicas disminuyen más significativamente en las mujeres que en los hombres. Después de la menopausia, la producción de estrógenos y progesterona decae de manera notable. A medida que, con la edad, desciende la producción de hormonas sexuales femeninas, pueden observarse algunos cambios en las características sexuales secundarias, como el desarrollo de vello facial y atrofia genital. Los estudios indican que el agotamiento de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas tiene efectos negativos en la densidad ósea, la función cardiovascular, la memoria y a cognición.⁹³

⁹³ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Dado que la producción de la hormona masculina testosterona se reduce gradualmente con la edad, los cambios son graduales y a menudo indistinguibles. No obstante, el ejercicio físico puede ayudar a restaurar los cambios endocrinos que tienen lugar con el envejecimiento.

Aparatos Reproductor y Genitourinario

Cambios en las mujeres. Con la menopausia tienen lugar varios cambios importantes. Disminuye la producción de progesterona y estrógenos. Ya no es necesario producir óvulos para su fecundación ni preparar el útero para acoger un embarazo. Otros cambios relacionados con la disminución hormonal no son tan deseables. Junto con otros tejidos corporales, los pertenecientes a los órganos reproductores femeninos externos se atrofian por los cambios vasculares. Los tejidos de los órganos reproductores pierden elasticidad, y disminuye la cantidad de tejido subcutáneo. Como consecuencia, tiene lugar un aplanamiento del tejido de los genitales externos, o labios, y una reducción en la cantidad y distribución del vello púbico. El tejido epitelial vaginal pierde grosor y vascularidad. El tejido de la vagina se vuelve más seco y alcalino, y en el interior de esta estructura disminuye el número de arrugas (pliegues). Disminuye el tamaño del útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, hasta el punto de que pueden ser difíciles de palpar en la exploración. El descenso en la producción de hormonas y los cambios resultantes en los tejidos llevan a que el tejido vaginal se vuelva más frágil y propenso a irritarse. La disminución en las secreciones vaginales podría producir vaginitis, con posibilidad de molestias vulvares y prurito o dispareunia (coito doloroso). Una vez llegada la menopausia, un sangrado vaginal se considera anómalo. Las mujeres mayores que reciban THM pueden sufrir menos cambios en los tejidos reproductores y, en algunos casos, la mucosa uterina responde a estas hormonas suplementarias. En estas mujeres es posible observar ocasionalmente sangrado vaginal.⁹⁴

⁹⁴ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

Las mamas forman parte de los órganos sexuales femeninos secundarios. Debido a la disminución de las hormonas con el envejecimiento, el tejido mamario se atrofia. Como consecuencia, las mamas pierden turgencia y su tamaño disminuye.⁹⁵

TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento biológico se diferencia no sólo entre especies, sino también de un ser humano a otro.

Se encuentran diversos grados de cambios fisiológicos, capacidades y limitaciones entre los coetáneos. Además, en un individuo el índice de envejecimiento entre sus diferentes sistemas puede variar: es posible que un sistema muestre un marcado deterioro, mientras que en otro no se observe algún cambio significativo.

Para explicar el envejecimiento biológico, los teóricos han explorado diversos factores tanto internos como externos en el cuerpo humano y los han dividido en dos categorías: estocásticos y no estocásticos. Las teorías estocásticas consideran que los efectos del envejecimiento son el resultado de agresiones al azar del ambiente tanto interno como externo. Las teorías no estocásticas perciben los cambios del envejecimiento que resultan de un proceso complejo y predeterminado.

Teorías estocásticas

Teoría de la interferencia

La teoría de la interferencia propone que la división celular se ve amenazada como consecuencia de la radiación o de una reacción química en la que un agente de interferencia se une a una cadena de ADN y evita la separación normal de las fibras durante la mitosis. Con el tiempo, ya que estos agentes de interferencia se acumulan, se acomodan en grupos densos que impiden el transporte intracelular; al final, la función normal de órganos y sistemas corporales falla.⁹⁶

⁹⁵ Op. Cit Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 59

⁹⁶ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Un efecto de la transferencia sobre el colágeno (un tejido conjuntivo importante en pulmones, vasos sanguíneos y músculos) es la reducción de la elasticidad de los tejidos que se asocia con diversos cambios relacionados con la edad.

Teorías de los radicales libres y de la lipofuscina

La teoría del radical libre sugiere que el envejecimiento se debe al metabolismo oxidativo y a los efectos de los radicales libres (Hayflick, 1985). Los radicales libres son moléculas muy inestables y reactivas que contienen una carga eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno. Pueden ser consecuencia del metabolismo normal, de reacciones con otros radicales libres o de la oxidación del ozono, pesticidas y otros contaminantes. Estas moléculas pueden dañar las proteínas, las enzimas y el ADN mediante la sustitución de las moléculas que contienen información biológica útil por moléculas defectuosas que crean una anomalía genética. Se considera que estos radicales libres se autoperpetúan, es decir, que generan otros radicales libres. El deterioro físico del cuerpo se produce porque el daño de estas moléculas se acumula con el tiempo. Sin embargo, el cuerpo tiene antioxidantes naturales que pueden contrarrestar, en cierto grado, los efectos de los radicales libres. Además, el β -caroteno y las vitaminas C y E son antioxidantes que pueden ofrecer protección frente a estos radicales libres.

Ha existido un considerable interés en la función de la lipofuscina, “pigmento de la edad”, un subproducto de las lipoproteínas de la oxidación en el proceso de envejecimiento que se puede ver sólo con un microscopio de fluorescencia. Como la lipofuscina se asocia con la oxidación de los lípidos insaturados, se plantea que tiene una función similar a la de los radicales libres en el proceso de envejecimiento.

Conforme se acumula la lipofuscina, interfiere con la difusión y el transporte de metabolitos esenciales, así como con las moléculas de transporte de información en las células.⁹⁷

⁹⁷ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Existe una relación positiva entre la edad de la persona y la cantidad de lipofuscina en el cuerpo. Los investigadores han descubierto la presencia de lipofuscina en otras especies en cantidades proporcionales a la duración de la vida de la especie (p. ej., un animal cuya vida dura el tiempo equivalente a la décima parte de la de un ser humano acumula una tasa de lipofuscina aproximadamente 10 veces más alta que las personas).

Teorías de uso y desgaste

La comparación del desgaste del cuerpo con las máquinas que han perdido su capacidad para funcionar a lo largo del tiempo surgió durante la Revolución Industrial. Las teorías de uso y desgaste atribuyen el envejecimiento al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo a medida que se desempeñan funciones muy especializadas. Como cualquier máquina compleja, el cuerpo funcionará de forma menos eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones (p. ej., hábito tabáquico, dieta deficiente y abuso de sustancias tóxicas).

Teorías evolucionistas

Las teorías evolucionistas del envejecimiento están relacionadas con la genética y plantean que las diferencias en el proceso de envejecimiento y la longevidad de distintas especies se producen debido a la interacción entre los procesos de mutación y la selección natural (Ricklefs, 1998; Gavrilov y Gavrilova, 2002). Al atribuir el envejecimiento al proceso de selección natural, estas teorías se asocian con aquellas que apoyan la evolución.

Existen varios grupos de teorías generales que asocian el envejecimiento con la evolución. La teoría de la acumulación de mutaciones sugiere que el envejecimiento se produce debido a la disminución de la fuerza de la selección natural con la edad.⁹⁸

⁹⁸ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

En otras palabras, las mutaciones genéticas que afectan a los niños se eliminarán, pues las víctimas no vivirán el tiempo suficiente para reproducirse y transmitir las a las generaciones futuras. No obstante, las mutaciones genéticas que aparecen al final de la vida se acumularán, porque los individuos mayores afectados transmitirán estas mutaciones a su descendencia.

La teoría pleiotrópica antagonista sugiere que los genes mutantes acumulados con efectos negativos en la edad avanzada pudieron haber tenido efectos beneficiosos en los primeros años de vida. Se supone que esto ocurre porque los efectos de los genes mutantes se presentan de manera inversa durante la vejez en comparación con los primeros años de vida o debido a que un gen en particular puede tener efectos múltiples, algunos positivos y otros negativos.

La teoría del soma desechable difiere de otras teorías evolucionistas al proponer que el envejecimiento se relaciona con el uso de la energía corporal y no con la genética. Afirma que el cuerpo debe utilizar energía para el metabolismo, la reproducción, el mantenimiento de funciones y la reparación, y que el suministro finito de energía de los alimentos para realizar estas funciones produce cierto deterioro. A través de la evolución, los organismos han aprendido a dar prioridad al gasto de energía para las funciones reproductivas y no para aquellas que podrían mantener el cuerpo de manera indefinida; por lo tanto, se deterioran y en última instancia se presenta la muerte.

Biogerontología

El estudio de la conexión entre el envejecimiento y los procesos de enfermedad se denomina biogerontología (Miller, 1997).⁹⁹ Se considera que las bacterias, hongos, virus y otros microorganismos producen ciertos cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento.

⁹⁹ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

En algunos casos, estos patógenos pueden estar presentes en el cuerpo durante décadas antes de que empiecen a afectar los sistemas corporales.

Aunque no existe evidencia concluyente para vincular estos patógenos con el deterioro corporal, el hecho de que los seres humanos y los animales disfruten ya de una mayor esperanza de vida gracias al control o la eliminación de ciertos patógenos a través de la vacunación y el uso de antimicrobianos ha motivado el interés en esta teoría.

Teorías no estocásticas

Apoptosis

La apoptosis es el proceso de muerte celular programada que se presenta continuamente durante la vida como resultado de fenómenos bioquímicos (Green, 2011). En este proceso, la célula se reduce y ocurre fragmentación nuclear y del ADN, aunque la membrana mantiene su integridad. Se diferencia de la muerte celular que se produce a partir de lesiones, donde hay inflamación de las células y pérdida de la integridad de la membrana. De acuerdo con esta teoría, la muerte celular programada es parte del proceso de desarrollo normal que continúa durante toda la vida.

Teorías genéticas

Entre las primeras teorías genéticas se encuentra la teoría del envejecimiento programado, que propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj biológico que predetermina el tiempo de vida (Hayflick, 1965). Varios estudios apoyan esta idea de un programa genético que predetermina el tiempo de vida. Por ejemplo, los estudios han demostrado una relación positiva entre la edad paterna y la duración de la vida de sus hijos. Además, los estudios de proliferación celular in vitro han demostrado que varias especies tienen un número finito de divisiones celulares.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Los fibroblastos del tejido embrionario experimentan una mayor cantidad de divisiones celulares que los derivados del tejido adulto. Entre las diversas especies, mientras más larga sea la duración de la vida, mayor será el número de divisiones celulares. Estos estudios apoyan la teoría de que la senescencia, el proceso de envejecer, está bajo control genético y se presenta a nivel celular (Harvard Gazette Archives, 2001; Martin, 2009; University of Illinois en: Urban- Champaign, 2002).

La teoría del error también propone una determinación genética para el envejecimiento. Esta teoría sostiene que las mutaciones genéticas son responsables del envejecimiento al causar el deterioro de órganos como resultado de mutaciones celulares autoperpetuadas,

Otros teóricos consideran que el envejecimiento se origina cuando no se produce una sustancia de crecimiento, lo que conduce al cese del crecimiento celular y de la reproducción. Otros plantean la hipótesis de la sobreproducción de un factor de envejecimiento encargado del desarrollo y la madurez celular en toda la vida, lo que acelera el envejecimiento. Algunos más proponen que la capacidad de la célula para funcionar y dividirse está deteriorada. Aunque existe muy escasa investigación que apoye esta teoría, el envejecimiento puede ser el resultado de una disminución de la capacidad del ARN para sintetizar y traducir mensajes

Reacciones autoinmunitarias

Es probable que el proceso de envejecimiento afecte los principales órganos del sistema inmunitario, el timo y la médula ósea. La respuesta inmunitaria disminuye después de la adultez joven. El peso del timo se reduce a lo largo de la edad adulta, lo mismo que la capacidad de los linfocitos T para diferenciarse. La concentración de hormona tímica desciende después de los 30 años y es indetectable en la sangre de las personas mayores de 60 años (Goya, Console, Herenu, Brown y Rimoldi, 2002; Williams, 1995).¹⁰¹

¹⁰¹ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Ello se relaciona con una disminución en la respuesta inmunitaria humoral, un retraso en el tiempo de rechazo de aloinjertos de piel, una reducción en la intensidad de la hipersensibilidad retardada y una disminución en la resistencia al daño de las células tumorales. Las células madre de la médula ósea funcionan con menos eficiencia. La reducción de las funciones inmunitarias se evidencia mediante un incremento de la incidencia de infecciones y de muchos tipos de cáncer conforme avanza la edad.

Las teorías neuroendocrina y neuroquímica sugieren que el envejecimiento es resultado de cambios en el cerebro y las glándulas endocrinas. Algunos teóricos afirman que algunas hormonas específicas de la hipófisis anterior promueven el envejecimiento. Otros indican que un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro afecta la división celular sana en todo el cuerpo.

Teorías de la radiación

La relación entre la radiación y la edad aún está en fase de investigación. Las investigaciones realizadas en ratas, ratones y perros muestran que la duración de la vida se reduce con la aplicación de dosis letales de radiación. En los seres humanos, se sabe que la exposición repetida a la luz ultravioleta puede causar elastosis solar, el tipo de “vejez” asociado con las arrugas en la piel que resultan de la sustitución de colágeno por elastina. La luz ultravioleta es también un factor en el desarrollo de cáncer de piel. La radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento.¹⁰²

Teorías de la nutrición

La importancia de una buena nutrición durante toda la vida es un tema difícil de eludir en nuestra sociedad consciente de su nutrición. No es un misterio que la dieta impacta sobre la salud y el envejecimiento.

¹⁰² Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acorta la vida (NIDDK, 2001; Preston, 2005; Taylor y Ostbye, 2001).

La calidad de la dieta es tan importante como la cantidad. Las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes y los excesos de nutrientes como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. Recientemente, se ha puesto mayor énfasis en la influencia de los suplementos nutricionales en el proceso de envejecimiento; la vitamina E, el polen de abeja, el ginseng, la centella asiática, la menta y las algas se encuentran entre los nutrientes que al parecer promueven una vida saludable y larga (Margolis, 2000; Smeeding, 2001).

Teorías del entorno

Se sabe que varios factores ambientales amenazan la salud y se considera que están relacionados con el proceso de envejecimiento. La ingesta de mercurio, plomo, arsénico, isótopos radiactivos, ciertos pesticidas y otras sustancias puede producir cambios patológicos en los humanos. Fumar y respirar humo de tabaco y otros contaminantes en el aire también tienen efectos adversos. Por último, se considera que las intensas condiciones de vida, los altos niveles de ruido y otros factores influyen en el envejecimiento.¹⁰³

Psicológicos

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Tareas del desarrollo

Las teorías psicológicas del envejecimiento exploran los procesos mentales, los comportamientos y los sentimientos de las personas a lo largo de la vida, junto con algunos de los mecanismos que la gente utiliza para responder a los desafíos de la vejez. Entre estas teorías se encuentran las que describen el proceso de envejecimiento psicológico saludable como resultado de la realización exitosa de las tareas del desarrollo. Las tareas del desarrollo son los desafíos que deben

¹⁰³ Op.Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

enfrentarse y los ajustes que deben hacerse en respuesta a las experiencias de vida que forman parte del continuo crecimiento de un adulto durante el tiempo de vida.

Erik Erikson (1963) describe ocho etapas en las cuales los seres humanos efectúan su desarrollo desde la infancia hasta la vejez y los retos, o tareas, a los que se enfrentan durante cada una de estas etapas. ¹⁰⁴

Tareas del desarrollo según Erikson

Etapa	Cumplida satisfactoriamente	Cumplida insatisfactoriamente
Infancia	Confianza	Desconfianza
Hasta 3 años	Autonomía	Vergüenza
Primera infancia	Iniciativa	Culpa
Infancia media	Laboriosidad	Inferioridad
Adolescencia	Identidad	Difusión de la identidad
Edad adulta	Intimidad	Aislamiento
Mediana edad	Generatividad	Ensimismamiento
Vejez	Integridad	Desesperación

El desafío de la vejez consiste en aceptar y encontrar significado a la vida que se ha vivido; esto da integridad al ego individual y le ayuda a adaptarse y enfrentar la realidad del envejecimiento y la mortalidad. Los sentimientos de ira, amargura, depresión e insuficiencia pueden conducir a una inadecuada integridad del ego (p. ej., la desesperación).

Afinando la descripción de Erikson sobre las tareas de la vejez en la octava etapa del desarrollo, Robert Peck (1968) detalla tres retos específicos a los que se enfrentan los adultos mayores y que influyen en el resultado sobre la integridad o la desesperación del ego:

Diferenciación del ego frente a la preocupación por los roles. Desarrollar satisfacciones de uno mismo como persona en lugar de los roles establecidos a través de los padres o las funciones laborales.

¹⁰⁴ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo. Encontrar placeres psicológicos en lugar de dejarse absorber por los problemas de salud o por las limitaciones físicas impuestas por el envejecimiento.

Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego. Lograr la satisfacción mediante la reflexión sobre la propia vida y los logros del pasado en lugar de la preocupación derivada del límite de años por vivir.

Robert Butler y Myrna Lewis (1982) describen tareas del desarrollo adicionales de las fases finales de la vida:

Adaptarse a las propias debilidades.

Desarrollar un sentido de satisfacción con la vida que se ha vivido.

Prepararse para la muerte.¹⁰⁵

Trascendencia genética

La trascendencia genética es una teoría reciente que sugiere que el envejecimiento implica una transición de una meta perspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente (Tornstam, 2005). Cuando las personas envejecen, están menos preocupadas por sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus relaciones sin sentido y sus intereses propios. En su lugar, desean una vida más significativa y un mayor vínculo con los demás. Existe un deseo de asumir roles e invertir tiempo en descubrir facetas propias ocultas.

Sociales

TEORÍAS SOCIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Teoría de la desvinculación

Las teorías sociológicas abordan el impacto de la sociedad en los adultos mayores y viceversa.

¹⁰⁵ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Estas teorías reflejan con frecuencia la visión que se tenía de los adultos mayores en el momento en el que se desarrollaron. Las normas de la sociedad influyeron en cómo se veían las relaciones y los roles de este grupo poblacional.

Desarrollada por Elaine Cumming y William Henry, la teoría de la desvinculación (Cumming, 1964; Cumming y Henry, 1961) es una de las primeras teorías del envejecimiento y se encuentra entre las más polémicas y discutidas. La teoría considera el envejecimiento como un proceso en el que la sociedad y el individuo se separan gradualmente, o se desconectan, una del otro, a satisfacción y beneficio mutuo. El beneficio para los individuos es que pueden reflexionar y centrarse en su persona una vez que han sido liberados de roles sociales.¹⁰⁶

El valor de la desvinculación para la sociedad es que se establece cierto medio ordenado para la transferencia del poder de los adultos mayores a los jóvenes, con lo que es posible que la sociedad continúe funcionando después de que mueren sus miembros individuales.

La teoría no indica si es la sociedad o el individuo quien inicia el proceso de desvinculación. Aunque el personal de enfermería debe ser consciente de que algunas personas mayores desean retirarse de la corriente principal de la sociedad, esto no es necesariamente un proceso que se espera de todas las personas mayores.

Teoría de la actividad

En el polo opuesto de la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría de la actividad, que afirma que una persona mayor debe seguir un estilo de vida similar al de una de menor edad, negar la existencia de una tercera edad tanto como sea posible y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas mayores, así como a aquellas de menor edad; no defiende la disminución de la actividad, el interés y la participación conforme envejecen sus miembros (Havighurst, 1963).

¹⁰⁶ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Esta teoría sugiere maneras de mantener la actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluyendo la sustitución de actividades intelectuales por actividades físicas cuando se reduce la capacidad física, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando tiene lugar la jubilación, y el establecimiento de nuevas amistades cuando se pierden las anteriores. El deterioro de la salud, la pérdida de funciones, los ingresos económicos reducidos, un círculo cada vez menor de amigos y otros obstáculos para el mantenimiento de un estilo de vida activo se resisten y vencen en vez de aceptarse.¹⁰⁷

Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad en el envejecimiento, también conocida como teoría del desarrollo, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia determinadas acciones en la vejez que son similares a estos factores durante otras fases del ciclo de vida (Neugarten, 1964). Se dice que la personalidad y los patrones básicos de la conducta subsisten sin modificaciones a pesar de la edad. El envejecimiento es un proceso complejo y la teoría de la continuidad considera estas complejidades en mayor medida que la mayoría de las otras teorías. Aunque las implicaciones y el alcance completos de esta prometedora teoría están en etapa de investigación, ofrece una perspectiva razonable. Asimismo, se alienta a los jóvenes a considerar que sus actividades actuales sentarán una base para su propia vejez en el futuro.

Teoría de la subcultura

Esta teoría considera a los adultos mayores como un grupo con distintas normas, creencias, expectativas, hábitos y problemas que los separan del resto de la sociedad (Rose, 1965). La formación de una subcultura es una respuesta a las actitudes negativas y al trato de la sociedad. Las personas mayores son más aceptadas y se sienten más cómodas entre su propio grupo de edad.

¹⁰⁷ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

Un componente de esta teoría es el argumento a favor de la reforma social y un mayor empoderamiento de las poblaciones mayores, para que puedan respetarse sus derechos y necesidades.

A medida que la población de adultos mayores se vuelve más diversa, sus necesidades están mejor identificadas y su poder más reconocido, aunque permanece la pregunta de si esta teoría es menos relevante de lo que era en la década de 1960, cuando apareció por primera vez.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

4.5.2 Padecimientos más Frecuentes

PANORAMA DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Epidemiología Mundial

A nivel mundial la población está envejeciendo. En la mayoría de los países, se está incrementando cada vez más el número y la proporción de personas mayores de edad, por lo que el envejecimiento de la población es inminente y, por ende, inevitable que se genere “una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales”. “El envejecimiento está ocurriendo a una velocidad mayor que la experimentada históricamente por los países desarrollados. La población adulta mayor crecerá a un ritmo de 3.5% en el periodo 2020-2025, tres veces más rápidamente que el índice de crecimiento de la población total”. Ante esto, se puede advertir que, en un tiempo próximo, los países enfrentarán múltiples problemas debido a que se incrementarán las necesidades de cuidados, asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales. Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Op. Cit ENASEM Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. cita 1

Epidemiología Nacional

Uno de los problemas más importantes en la etapa de las personas adultas mayores, es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónicas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. Debido al aumento en el número de personas adultas mayores, se incrementan las necesidades de salud para este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. La importancia del Censo de Población y Vivienda demuestra las consecuencias que la dependencia funcional conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (como la disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido), las de carácter familiar (como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el cansancio del cuidador, la institucionalización y finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud. Para medir el impacto entre la población en México, hay que tomar en cuenta el aumento gradual de las personas adultas mayores; el Censo de Población y Vivienda del 2010 mostró que el total de la población de 60 años y más ascendía a 10 055 379, de los cuales 5 375 841 son mujeres y 4 679 538 son hombres, lo que representaba un 8.95 % de la población total; la Encuesta Intercensal 2015 mostró que dicha cantidad había aumentado, pues se detectaron de 12 436 321 personas, siendo 6 686 022 mujeres y 5 750 299 hombres. El censo más reciente (del 2020), indica que son 15 192 976 personas, de las cuales 8 139 094 son mujeres y 7 003 882 son hombres.¹¹⁰

¹¹⁰ Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. Org.mx. [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463908234.pdf

Todos estos datos muestran que la cantidad va en aumento y que la población en nuestro país está envejeciendo. Por lo anterior, es importante contar con información estadística que permita conocer su situación en diferentes ámbitos como: salud, economía y aspectos relativos a trayectorias personales (migratoria y laboral), así como la disponibilidad o no de apoyos familiares.¹¹¹

Veinte Principales Causas de Enfermedad en el Grupo de Mayores de 65 años Estados Unidos Mexicanos 2022 Población General

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infección de vías urinarias
3. COVID-19
4. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
5. Hipertensión arterial
6. Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)
7. Úlceras, gastritis y duodenitis
8. Gingivitis y enfermedad periodontal
9. Obesidad
10. Hiperplasia de la próstata
11. Conjuntivitis
12. Insuficiencia venosa periférica
13. Neumonías y bronconeumonías
14. Enfermedad isquémica del corazón
15. Enfermedad cerebrovascular
16. Otitis media aguda
17. Infección asociada a la atención de la salud
18. Influenza
19. Intoxicación por picadura de alacrán
20. Depresión

Fuente: Morbilidad por grupo de edad¹¹²

¹¹¹ ENASEM Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México Diseño conceptual [Internet]. [cited 2024 Feb 23]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463908234.pdf

¹¹² Morbilidad por grupo edad [Internet]. epidemiologia.salud.gob.mx. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

MORTALIDAD

Por grupos de edad, el de 65 años y más fue el que concentró el mayor número de muertes, con 496 708 (59.0 %) de los 841 318 decesos registrados. La tasa específica de mortalidad para este grupo es de 4 706.2 defunciones por cada 100 mil habitantes.

La tasa de defunciones registradas en 2022 por entidad federativa de ocurrencia fue de 654 por cada 100 mil habitantes. La entidad con la mayor tasa fue Ciudad de México, con 890 y la que presentó la menor fue Quintana Roo, con 452. A nivel nacional, a las defunciones registradas y ocurridas en 2022 les correspondió una tasa de 637 por cada 100 mil habitantes. La entidad con la tasa más alta fue Ciudad de México, con 885 y la de menor, Quintana Roo, con 446.¹¹³

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, SEGÚN SEXO 2022			
Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedad del corazón 20 535 En 2021 fueron 225 449	Enfermedades del corazón 107 036 En 2021 fueron 123 313	Enfermedades del corazón 93 446 En 2021 fueron 102 127
2	Diabetes mellitus 115 681 En 2021 fueron 140 729	Diabetes mellitus 57 550 En 2021 fueron 71 330	Diabetes mellitus 58 117 En 2021 fueron 69 396
3	Tumores malignos 90 018 En 2021 fueron 90 124	Tumores malignos 43 141 En 2021 fueron 43 503	Tumores malignos 46 865 En 2021 fueron 46 620
4	Enfermedades del hígado 41 420 En 2021 fueron 41 890	Enfermedades del hígado 30 224 En 2021 fueron 30 524	Enfermedades cerebrovasculares 17 997 En 2021 fueron 18 090
5	Accidentes 37 438 En 2021 fueron 34 604	Accidentes 28 822 En 2021 fueron 26 779	COVID-19 14 483 En 2021 fueron 93 652
6	COVID-19 36 680 En 2021 fueron 238 772	Agresiones (homicidios) 27 839 En 2021 fueron 31 263	Influenza y neumonía 12 896 En 2021 fueron 21 492
7	Enfermedades cerebrovasculares 36 158 En 2021 fueron 37 169	COVID-19 22 394 En 2021 fueron 145 115	Enfermedades del hígado 11 189 En 2021 fueron 11 362
8	Agresiones (homicidios) 32 223 En 2021 fueron 35 700	Enfermedades cerebrovasculares 18 155 En 2021 fueron 19 079	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 8 809 En 2021 fueron 8 579
9	Influenza y neumonía 30 062 En 2021 fueron 54 601	Influenza y neumonía 17 154 En 2021 fueron 33 101	Accidentes 8 560 En 2021 fueron 7 785
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 18 560 En 2021 fueron 18 439	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 745 En 2021 fueron 9 860	Insuficiencia renal 6 317 En 2021 fueron 6 160

Enfermedades del corazón	Tumores Malignos	Enfermedades cerebrovasculares	Agresiones	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
Diabetes mellitus	Enfermedades del Hígado	Accidentes	COVID-19	Otras enfermedades transmisibles y no transmisibles

Fuente INEGI Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR).2022

¹¹³ Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) Org.mx. [INTERNET] [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

4.5.3 Descripción del Padecimiento

Concepto Fragilidad

“Suele describir un estado clínico en el que la persona cuenta con escasa resistencia, fatiga, bajo nivel de energía, disminución de la velocidad de la deambulación, escasa fuerza de prensión y aumento en el riesgo de desenlaces negativos” (Buckinx, et al., 2015).

“Cierta grado de fragilidad es resultado de la sarcopenia que representa un estado en los cambios relacionados con la edad sobre el tejido muscular esquelético. Los siguientes factores pueden contribuir a la sarcopenia: inmovilidad y falta de ejercicio, circulación deficiente en los músculos, aumento de la concentración de citosinas proinflamatorias, aumento de la producción de radicales libres de oxígeno o detoxificación deficiente, disminución de las hormonas anabólicas, desnutrición y reducción de la estimulación neurológica” (Morley, Anker y von Haehling, 2014). Se presenta un círculo vicioso en el que las situaciones que contribuyen a la fragilidad pueden promover el desarrollo de sarcopenia, lo que en consecuencia puede conducir al desarrollo de situaciones que ponen en mayor riesgo la función y la calidad de vida.¹¹⁴

Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano

Definición: Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos de la salud, en particular la discapacidad.¹¹⁵

¹¹⁴ Op, Cit. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica Pág. 59

¹¹⁵ Herdman, H. Kamitsuru, S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023 12ª Edición septiembre 2021. Editorial ELSEVIER ES.

Fragilidad del Anciano

La definición del Síndrome de Fragilidad ha variado a lo largo del tiempo. En principio comenzó conceptualizándose como riesgo de romperse, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual a enfermar, pérdida de resistencia y fuerza.¹¹⁶

Actualmente no hay una definición consensuada que describa el síndrome, al igual que no hay un método universal para su valoración. Esto es debido a que la fragilidad no ha surgido como un síndrome clínico, sino que se trata de un síndrome clínico-biológico. El concepto aceptado actualmente de fragilidad es el propuesto por Fried y Cols, “estado fisiológico de aumento de la vulnerabilidad a estresores como resultado de una disminución o desregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas fisiológicos, que origina dificultad para mantener la homeostasis”. Por otra parte, se pueden encontrar múltiples definiciones dependiendo del autor:

- Buchner “el estado en que la reserva fisiológica esta disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de resistencia y un aumento de vulnerabilidad”.
- Brocklehurst “equilibrio precario entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionan el riesgo de institucionalización o muerte”.
- Brown y otros “la disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria

Pasando al punto de vista fisiológico, el Síndrome de Fragilidad se caracteriza por ser un deterioro multisistémico (sistema endocrino, músculo esquelético, cardiovascular, inmunológico y nervioso) de origen multifactorial.

¹¹⁶ Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad. Unican.es. [INTERNET] [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14085/GarciaRodriguezI.pdf?sequence=1>

Este deterioro provoca un cúmulo de déficits en el paciente que dan lugar a una disminución de la resistencia y de las reservas biológicas en el adulto.

Este descenso de las reservas biológicas provoca un aumento de la vulnerabilidad del anciano a los diferentes estresores, dando lugar a una pérdida de la homeóstasis o bien a una dificultad para mantener esta. Por esta razón, la predisposición a sufrir efectos adversos aumenta. En general, hay un descenso de la capacidad de respuesta de los diferentes sistemas del organismo. Este deterioro es progresivo con tendencia a la expansión.

El deterioro multisistémico se traduce en: un deterioro cognitivo, pérdida de fuerza, masa muscular, peso, fatiga, disminución de la actividad física, disminución de la resistencia a los factores estresantes o problemas sociales, entre otros.

Al ser su origen multifactorial y su afectación multisistémica, el síndrome no aparece con un curso clínico definido, variando los síntomas en función del desencadenante; aparece una cierta jerarquía en la reducción de la movilidad y sus efectos, la disminución de la movilidad va precedida por debilidad y la lentitud física, la disminución de la actividad física conlleva una pérdida de la masa muscular y de peso.

El problema a la hora de la definición de la fragilidad viene dado por la dificultad en la delimitación de los factores que definen el síndrome de fragilidad y a esto se le suma el hecho de si la fragilidad debe ser definida únicamente por términos biomédicos o deben incluirse factores psicosociales.

Factores de Riesgo

Este síndrome dispone de múltiples factores de riesgo. Woods y Cols agrupan estos en cuatro grupos (fisiológicos, médicos, sociodemográficos y psicológicos):¹¹⁷

¹¹⁷ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

- Fisiológicos: el envejecimiento provoca en el adulto mayor una serie de cambios fisiológicos, estas alteraciones dan lugar a un estado proinflamatorio, un deterioro del sistema inmune, modificaciones en el sistema endocrino, cambios en el sistema musculoesquelético, etc.

- Médicos: la comorbilidad está asociada a la fragilidad, hay ciertas patologías que tienen una asociación más marcada a la fragilidad, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión diastólica o los infartos cerebrales.

Otras patologías relacionadas con la fragilidad son la diabetes, la artritis, el cáncer, las patologías con afectación al sistema nervioso central y periférico, etc.

- Factores sociodemográficos: se pueden encontrar ciertos factores sociodemográficos que están relacionados con una mayor prevalencia del síndrome de fragilidad. El género femenino, el estatus socioeconómico bajo y el bajo nivel educativo son varios de estos factores. Hay ciertos factores que se pueden modificar, es decir, una persona con un estatus socioeconómico bajo puede disminuir las probabilidades de desarrollar un síndrome de fragilidad, llevando unos hábitos de vida saludables.

- Psicológicos: La depresión está relacionada con la fragilidad, ya que se relaciona en la mayoría de los casos una pérdida de peso, apetito y apatía a la hora de realizar actividades. La mala alimentación derivada de esta alteración provoca cansancio, pérdida de la resistencia, fuerza, etc.

A parte de la clasificación anterior, estos factores de riesgo son susceptibles de ser clasificados en dos grupos. Por una parte, se encuentran los Generales y sociodemográficos, en los que se incluye la edad avanzada de la persona (más de 85 años), bajo nivel cultural y adquisitivo y sexo femenino.¹¹⁸

¹¹⁸ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

Y, por otra parte, se encuentra la clasificación que recoge los factores médicos y funcionales como la presencia de enfermedades coronarias o pulmonares, problemas cerebrovasculares, anemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, caídas, hábitos tóxicos, pérdida de la fuerza, peso, hospitalizaciones o uso excesivo de terapia hormonal sustitutiva (THS), entre otros.

Fisiopatología

La etiología de la fragilidad es multifactorial y multisistémica. Por este motivo hay que tener en cuenta los sistemas, los órganos y las funciones corporales.

Todas estas alteraciones se encuentran relacionadas entre sí, dando lugar al ciclo de fragilidad propuesto por Fried en el 2001.

El ciclo de fragilidad comienza por los efectos fisiológicos provocados por la edad, como son la falta de ejercicio físico, mala alimentación, lesiones, patologías, entornos no saludables y polifarmacia. La relación entre estos factores puede dar lugar a una malnutrición de larga duración. Provocando esta mala alimentación una pérdida de la masa ósea y muscular, dando lugar a la aparición de la Sarcopenia. Todos estos fenómenos causan un aumento de la percepción de esfuerzo realizado en una actividad, esta exacerbación de la sensación de esfuerzo da lugar a que el adulto deje de realizar la actividad, de esta forma comienza el ciclo de fragilidad.

Sarcopenia.

Se trata de uno de los principales desencadenantes del Síndrome de Fragilidad en el Adulto. Consiste en una pérdida progresiva, generalizada e involuntaria de la masa y fuerza del tejido musculoesquelético. En el envejecimiento la calidad muscular se afecta antes que la cantidad, es decir, se da antes la pérdida tensión o fuerza muscular que la disminución de masa magra.¹¹⁹

¹¹⁹ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

La Sarcopenia acarrea efectos tanto estructurales como metabólicos. La disminución de la masa muscular afecta al metabolismo de los glúcidos, dando lugar a una mayor resistencia a la insulina; las insulino-resistencias provocan una pérdida de las fibras musculares, ya que favorecen el catabolismo muscular y producen una disfunción endotelial y un menor aporte sanguíneo muscular.

Hay dos tipos de clasificaciones en la Sarcopenia: primaria, que se relaciona con la edad y el envejecimiento y la secundaria, en la que se relacionan varios factores como serían el sedentarismo, patologías, malnutrición, etc. Para el diagnóstico de la Sarcopenia se evalúan tres aspectos: rendimiento físico, masa y fuerza muscular.

Al igual que el Síndrome de Fragilidad la Sarcopenia tiene un origen multifactorial, a continuación, se nombran una serie de factores relacionados su instauración

- Factores genéticos, estos influyen en la regeneración, atrofia y contracción del músculo.
- Factores fisiopatológicos, la gestión de vitamina D, la disfunción mitocondrial, los estados inflamatorios, las alteraciones en la placa neuromuscular y la concentración hormonal. Todos estos influyen en la aparición e implantación de la Sarcopenia.
- Factores ambientales, como la exposición al sol relacionada con la absorción de la vitamina D, dieta o realización de ejercicio entre otros.
- Factores patológicos, enfermedades presentes en el paciente que influyan en la instauración o inicio de la Sarcopenia, enfermedades metabólicas que influyen en el anabolismo y catabolismo muscular.

Vía Metabolo-Inflamatoria.

Existen ciertos fenómenos inflamatorios que se relacionan con el envejecimiento, estos se describen bajo la nomenclatura anglosajona “inflamm aging”.¹²⁰

¹²⁰ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

Este fenómeno inflamatorio aumenta la cantidad de citoquinas proinflamatorias y de los factores de crecimiento tumoral alfa e interferón alfa. Este incremento da lugar a un estado inflamatorio crónico que altera múltiples sistemas, provocando la aparición de insulino-resistencias.

El estado crónico de inflamación altera el metabolismo de los lípidos, modifica la coagulación y afecta al endotelio de los vasos. Por otra parte, en respuesta a la inflamación el organismo produce células antiinflamatorias, este hecho da lugar a alteraciones en el metabolismo óseo y muscular, provocando a su vez cambios cognitivos y anímicos.

Sistema Inmune

En la fragilidad hay una activación de las vías proinflamatorias mediadas por monocitos y un estado de inflamación crónica de bajo grado. No está claro si la inflamación ayuda a la instauración de la fragilidad, o bien la inflamación se produce por la presencia de fragilidad.

El sistema inmunológico se ve afectado por esta situación; aunque se producen más anticuerpos, la respuesta inmune ante las infecciones se ve retardada. El estado de coexistencia de fenómenos inflamatorios y antiinflamatorios provoca efecto negativo en el anciano, afectando al metabolismo, a la densidad ósea, al ejercicio físico, al sistema vascular y a la cognición.

Alimentación.

Durante el envejecimiento se disminuye la ingesta dando lugar a la “anorexia del envejecimiento”; la aportación calórica disminuye 1.200 Kcal en el varón y 800 Kcal en la mujer.¹²¹

¹²¹ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

La actividad física también se relaciona con este concepto, ya que el menor gasto energético basal y la pérdida de masa muscular disminuyen las necesidades calóricas.

Funcionamiento Neuroendocrino.

El envejecimiento afecta al eje hipotálamo- glándula pituitaria- glándula suprarrenal, provocando una disfunción de este, esta alteración se traduce en

- Incremento de los niveles de cortisol: cantidades elevadas de cortisol están relacionadas con la instauración de la Sarcopenia y con una disminución de la capacidad de respuesta a enfermedades infecciosas.
- Disminución de los niveles de la hormona de crecimiento humano: esta juega un papel importante a la hora del desarrollo y el mantenimiento de la masa muscular.
- Disminución de los niveles de testosterona: esta hormona ayuda a mantener la masa muscular, por lo cual, su deficiencia favorece la aparición de la Sarcopenia.
- Disminución de los niveles de estrógenos: la falta de estrógenos se relaciona con una pérdida de masa muscular y un aumento de citoquinas proinflamatorias, la terapia hormonal sustitutiva (THS) no ha demostrado ser efectiva como tratamiento.

La disminución de una sola hormona por sí sola no está relacionada con un aumento del riesgo de fragilidad, por otra parte, un déficit dos o tres hormonas si está relacionado con un aumento del riesgo.

Sistema Neuromuscular.

El envejecimiento con lleva una pérdida de la masa muscular y un aumento de la masa grasa. Produciéndose una infiltración de grasa en el músculo y una menor síntesis de proteínas musculares como las mitocondriales, por ejemplo. ¹²²

¹²² Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

También hay un descenso en el número de fibras musculares tipo I y II, siendo más acentuado en las de tipo II, habiendo también una atrofia en estas y una menor potencia por unidad muscular.

El metabolismo de los glúcidos tiene grandes repercusiones en el sistema muscular. Ya que una resistencia a la insulina provoca un mayor catabolismo muscular, siendo las fibras tipo I las más afectadas en este caso.

La actividad física disminuye la resistencia a la insulina, favoreciendo al metabolismo muscular, siendo las células tipo II las más beneficiadas de esta actividad. Siendo recomendable que la actividad física se dirija hacia el aumento de fuerza y función física.

Vía Energética:

La fatiga es un componente del rendimiento físico y de la función neuro-muscular.¹²³

Esta provoca la incapacidad para mantener una energía determinada en un periodo de tiempo. La fatiga muscular afecta al equilibrio, velocidad y calidad de la marcha, estando directamente relacionada con las caídas y la incapacidad para la realización de actividades para la vida diaria.

Factores Genéticos:

Hay ciertos mecanismos relacionados con el desarrollo de la fragilidad, estos serían los relacionados con la apoptosis celular y factores de transcripción.

¹²³ Op. Cit. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad Pág. 90

DIAGNÓSTICO

Tabla 1 Características de las principales herramientas empleadas en la detección de fragilidad en nuestro medio		
Herramienta	Fundamento y composición	Características
Modelo físico de fragilidad Fenotipo de Fried	Define el modelo físico de fragilidad y su conceptualización inicial. Por ello, algunos lo consideran <patrón oro> cinco criterios pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular (disminución fuerza de prensión con dinamómetro), baja energía o agotamiento, baja velocidad de la marcha, y nivel de actividad físico reducido. Robusto 0 criterios, pre-frágil 1-2, frágil =>3	Uso en diagnóstico de fragilidad. Requiere dinamómetro para valorar la fuerza de prensión, lo que limita su uso en AP. Breve, <10 minutos en cumplimentarse. Buena fiabilidad y validez pronóstica.
Modelo multidimensional Índice de Fragilidad F1	Define la fragilidad en el modelo multidimensional o acumulativo de déficits. Se basa en déficits de salud en diferentes dominios (físico, enfermedades, signos o síntomas, hallazgos de laboratorio, funcional, mental y social) Puntuación acumulativa, de 0 (ningún déficit) a uno (todos los déficits posibles); n déficits /total de déficits posibles (generalmente se consideran =>30) corte de fragilidad generalmente en 0.25)	Uso en diagnóstico de fragilidad. Permite graduar el riesgo y hacer su seguimiento en el tiempo. Aunque no requiere equipamiento (dinamómetro), es más complejo de deducir que el fenotipo. Se tarda unos 20-30 minutos en cumplimentar si se recaba la información de forma directa a través de una valoración multidimensional; unos 3 minutos si se recaba la información previa existente en la historia clínica.
Índice electrónico de fragilidad	Versión electrónica del F1, basado en registros de la historia clínica electrónica.	Factibilidad de aplicación. Uso en cribado de fragilidad. Apenas requiere tiempo (< 1 min) Muy condicionado por la calidad de información contenida en la historia clínica electrónica. Ha demostrado buena validez predictiva para la hospitalización, institucionalización e incremento de los costos del cuidado.
Mixtas (modelo físico y multidimensional) Escala Frail	Cinco criterios contenidos en el modelo físico de Fried (debilidad-cansancio, deambulación-marcha-incapaz de subir un piso de escaleras, o de camina una manzana, y pérdida peso) y uno del multidimensional (> 5 enfermedades)	Uso habitual del cribado de fragilidad. No requiere material complementario. No requiere entrenamiento de los profesionales, ni espacio para realizarlo, ni material complementario; por ello es factible utilizarla en el medio comunitario no asistencial. Se cumplimenta en unos 30-90 s. Predice mortalidad y discapacidad. Es probablemente la escala con mayor factibilidad de aplicación.
Pruebas de ejecución Prueba Corta de Desempeño Físico (SPPB, Short Physical Performance Battery)	Tres dimensiones: equilibrio (posición de pies juntos, semitándem y tándem), marcha a 4 m, y levantarse y sentarse de una silla. Puntuación de 0 a 12 puntos. Corte fragilidad más establecido en < 10 puntos.	Uso en cribado (recomendada en la estrategia del SNS español. No requiere equipamiento < 10 minutos. Validada en España, con buena fiabilidad y validez predictiva y convergente con otras medidas físicas y de funcionalidad y de los criterios de Fried.

124

Continuación

Herramienta	Fundamento y composición	Características
Velocidad de la marcha	Caminar 3, 4 o 6 metros a su ritmo de marcha habitual. Corte de fragilidad habitual en 1 m/seg 0.8 m/seg.	Uso en cribado. Rápida realización y factible en la mayoría de las consultas. Buena fiabilidad y correlación con los criterios de Fried. Con punto de corte en 0.8 m/s S 99% (92-100) y E 64% (58-70)
Levántese y ande	Tiempo en levantarse de silla, caminar 3 metros, y sentarse de nuevo. Corte para fragilidad generalmente en >20 o 18 s.	Empleo en cribado. Ampliamente recomendada también en AP, por su factibilidad y rapidez de realización en las consultas.
Escalas de actividades instrumentales de la vida diaria AIVD Cuestionario VIDA	Valora 10 Ítems-actividades; tomar medicación, usar teléfono, tareas domésticas, asuntos económicos, desplazamiento, control de riesgos, compras, abrir puertas, usar transportes, relación social. Puntuación sumativa de 10 a 38 puntos. Corte de fragilidad habitual en < 31 puntos	Cribado de fragilidad con base a la monitorización y seguimiento de AIVD-funcionalidad. Sencilla de aplicación unos 3-4 minutos. Valida y fiable, con amplio rango y discriminación, originado en nuestro medio y sin sesgo de género. Con punto de corte de < 35 puntos, empleada en población > 65 años sin alteración funcional inicial.
Índice Lawton-Brody	Valora 8 Ítems de AIVD, uso del teléfono, hacer compras, usar medios de transporte, responsabilizarse de medicación, llevar asuntos económicos; preparar comida, tareas domésticas, lavar ropa. En varones algunas versiones solo evalúan los 4 primeros ítems	Apenas validada a pesar de amplio uso y poco discriminante. Sesgo de género

FUENTE: M.Á. Acosta-Benito and I. Martin-Lesende. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo Multidisciplinar ¹²⁵

Multidisciplinar. 2022.. Elsevier. [INTERNET][Consultado el 05 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-fragilidad-atencion-primaria-diagnostico-manejo-S0212656722001159>]

¹²⁵ Op.Cit. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo Multidisciplinar. 2022 pág. 98

TRATAMIENTO

Tabla 2. Acciones a realizar por cada uno de los profesionales que pueden intervenir en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con sospecha o confirmación de fragilidad.	
Profesional	Funciones
Medicina	-Coordinación del caso -Diagnóstico médico de fragilidad y seguimiento del paciente -Manejo de fármacos y otros tratamientos. Vigilancia de efectos secundarios -Establecimiento de objetivos terapéuticos en las patologías crónicas -Prevención primaria, secundaria y terciaria de comorbilidades - Tratamiento de patologías agudas - Identificación y Manejo de posibles causas de empeoramiento en cualquiera de las esferas. Pruebas complementarias -Información a pacientes y familiares - Documentación clínica
Enfermería	-Coordinación del caso - Identificación y seguimiento de pacientes frágiles. -Valoración multifuncional, administración de escalas de seguimiento y detección de empeoramiento en cualquiera de las esferas. - seguimiento y control de las patologías crónicas - Identificación de complicaciones de diversas patologías como la diabetes o la hipertensión, entre otras. -Información a pacientes y familiares - Documentación clínica
Fisioterapia /preparación clínica Nutrición Trabajo social	-Control del dolor e incremento de movilidad en patologías musculoesqueléticas - Planes de ejercicio multicomponente - Recomendaciones dietéticas adaptadas a cada caso - Manejo de los recursos sociales para paliar deficiencias detectadas en la Valoración multicomponente. -Colaborar en la asignación de recursos de forma planificada ante futuras necesidades
Personal de administración	-Manejo de la Documentación clínica -Organización y gestión de citas - Recepción del paciente y orientación del mismo.
Odontología	Asegurar un correcto estado de la dentición para mantener una adecuada dentición.

FUENTE M.Á. Acosta-Benito and I. Martin-Lesende. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo Multidisciplinar ¹²⁶

COMPLICACIONES

Los ancianos frágiles tienen un riesgo elevado de discapacidad y son los que más se benefician de intervenciones preventivas. Independientemente de la presencia de comorbilidades, la fragilidad es un factor pronóstico para discapacidad en actividades de la vida diaria.

Cada uno de los criterios para el diagnóstico de síndrome de fragilidad confiere un valor pronóstico y la sumatoria de ello incrementa el riesgo de mortalidad hasta el 38% y de discapacidad física de 52% a 7.5 años. ¹²⁷

¹²⁶ Op. Cit. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo Multidisciplinar. 2022 pág. 98

¹²⁷ Op. Cit. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad Pág. 32

El deterioro de la capacidad cognitiva incrementa el riesgo de discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria 2-5 veces más, así como el riesgo de hospitalización 2 veces más en ancianos frágiles.

El síndrome de fragilidad incrementa el riesgo de caídas y fracturas como consecuencia de la dependencia física que esta genera, así como la dificultad para la marcha.

En los ancianos con diagnóstico de fragilidad se recomienda identificar intencionadamente: Depresión, deterioro cognitivo, polifarmacia, abatimiento funcional, caídas, insomnio, fatiga; por lo anterior e deben tratar las causas asociadas de manera oportuna con el fin de reducir la progresión del síndrome, la discapacidad física, la hospitalización y la mortalidad.¹²⁸

¹²⁸ Op. Cit. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano pág. 32

V.APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del Caso Clínico

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Paciente Femenino De 76 Años, Cursando la etapa de Adulta Mayor Actualmente se dedica a labores domésticas, Palidez Tegumentaria, no presenta Disnea al esfuerzo, Cráneo Normocéfalo, Conductos Auditivos Bilaterales Simétricos sin alteración en la audición, Ojos Simétricos con Pupilas Isocóricas, Isométricas Y Normorrefléxicas, no presenta alteración en la visión, Narinas Permeables, Hidratadas. Mucosas Orales Hidratadas, Cuello Cilíndrico sin presencia adenomegalias, Tórax simétrico, con Presencia de Ruidos Cardiacos Rítmicos, Campos Pulmonares bien Ventilados, Miembros Torácicos Simétricos, Abdomen Globoso Blando Depresible a la Palpación, Miembros Pélvicos Simétricos.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuela Materna finada debido a Neumonía

Madre finada debido a Diabetes mellitus tipo II

De sus 5 hijos. Hija mayor con Diabetes mellitus tipo II, 2 hijos finados y sus otros 2 hijos aparentemente sanos.

Resto de los antecedentes heredofamiliares interrogados y negados

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica hace 4 años. Niega otros diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas. Niega cirugías, alergias, fracturas o transfusiones sanguíneas.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia. Cuenta con todos los servicios de urbanización. Hábitos higiénicos-dietéticos alterados. Cuenta con 5 perros y 2 gatos. Refiere cartilla de vacunación completa para edad y género. Niega toxicomanías.

EXPLORACIÓN FÍSICA DE ACUERDO CON NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Realizado a partir de la recogida de datos y la valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson

Necesidad de respirar

A la exploración vías respiratorias permeables, ritmo y profundidad normal.

T/A BD 114/66 mm/hg, BI 105/66 mm/hg, PAM BD 82 mm/hg PAM BI 79 mm/hg, FC 76 x min, FC 17 x min. Saturación de Oxígeno 94%

Necesidad de nutrición e hidratación

A la exploración pesa 61 kg y mide 1.51 cm, imc 26.75 PA: 109 cm En casa no se apega a una dieta, pero realiza una adecuada ingesta de líquidos. No intolerancias alimenticias

Refiere no comer dentro de los horarios establecidos, en su mayoría son alimentos con alto contenido de carbohidratos y grasas.

Valoración Mini-Nutritional Assessment con puntaje de 11 (malnutrición). ANEXO 7

Necesidad de eliminación

Ritmo intestinal normal. Aspecto de heces en forma alargada como una salchicha lisa y blanda de acuerdo a Escala Bristol 4. Refiere infecciones de vías urinarias en temporada de calor.

Necesidad de movimiento

Autónoma. Alineación corporal encorvada. Refiere no realizar actividad física

Valoración de Batería corta de desempeño físico con puntaje 7/12 (desempeño físico bajo). ANEXO 5

Valoración de actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) con puntaje de 6/6 (total independencia). ANEXO 6

Valoración Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) con puntaje de 100/100 (total independencia) ANEXO 8

Necesidad de descanso y sueño

Suele dormir 8 horas diarias despertándose sin descanso. Refiere tener máximo 2 siestas durante el día.

Necesidad de vestirse

Independiente. Utiliza ropa cómoda acorde a las actividades que realiza.

Necesidad de termorregulación

Presenta temperatura normal (35,8 °C) Refiere tener escalofríos por las mañanas al salir de su habitación.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Presenta aspecto limpia y aseada, con buena hidratación de piel y mucosas. Fácil desprendimiento capilar durante el baño o al cepillarse el cabello Ducha 1 vez cada 15 días higiene bucal 1 vez al día (edentulismo parcial).

Necesidad de evitar peligros

Confusa. Adopta una actitud colaboradora ante el interrogatorio.

Valoración de Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON) con puntaje de 5/8 (deterioro funcional) ANEXO 10

Valoración FRAIL con puntaje de 2 (Probable pre-fragilidad). ANEXO 9

Valoración Mini-Examen del estado mental con puntaje de 20 (Probable deterioro cognitivo). ANEXO 11

Escala de depresión Geriátrica con puntaje de 5 puntos (5-8 puntos indica la presencia de síntomas depresivos leves). ANEXO 12

Escala Downton con puntaje 2 puntos ANEXO 13

Necesidad de comunicarse

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos. Se comunica con facilidad, pero en ocasiones es confusa y la que responde es su cuidador primario.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Creyente no practicante. En las noches encomienda a Dios a sus seres queridos.

Necesidad de trabajo y realización

Refiere recibir dinero de parte del apoyo a adultos mayores y por parte de su familia con eso es suficiente.

Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas

La actividad diaria consiste en ayudar con tareas del hogar y, en ratos libres, ver TV o videos en su celular.

Necesidad de aprendizaje

Refiere llamarle la atención de aprender nuevos platillos de comida.

5.2 Valoración Inicial y Continua (Identificación de Necesidades)

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: <u>CAC</u>	EDAD: <u>76 años</u>	SEXO: <u>Femenino</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
DIRECCIÓN: <u>C. Vista Hermosa N° 4 Col. Dr. Jorge Jiménez Cantú, Tlalnepantla C.P. 54190</u>		
TELÉFONO: <u>5589107335</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>G.G.A.</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>Ama de casa.</u>		
AUTORIZACION DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 14		

I. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACION

RESPIRATORIO							
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 17 por minuto							
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO		RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal	x	Superficial	x	Kussmaul		Crepitantes	Saturación de oxígeno del 94%
Taquipnea		Profunda		Ortopnea		Broncoespasmo	
Bradipnea				Disnea		Sibilancias	
				Cheyne Stokes		Estertores	

CARDIACO			
FRECUENCIA CARDIACA: 76 por minuto PULSO: 72 por minuto TENSION ARTERIAL: BD 114/66 mm/Hg BI 105/66 mm/Hg			
RITMO		Pulso	
Taquicardia		Rebotante	
Bradicardia		Takisfignia	
Arritmia		Bradisfignia	
		Filiforme	
OBSERVACIONES			
PAM BD 82 mm/Hg / PAMBI79 mm/Hg Refiere en ocasiones dolor de cabeza.			

COLORACION TEGUMENTARIA		
Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____ Palidez: _____	Llenado Capilar: 3 segundos

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 61 kg Peso ideal: 54.000 kg Talla: 1.51 cm Perímetro abdominal: 109 cm
 Perímetro Cefálico: _____ A perdido o ganado peso (cuanto): Peso perdido de Julio –octubre 8 kilos
 (por dieta de iniciativa de la paciente ya abandonada en octubre)
 Complexión: Delgado: _____ Obesidad: _____ Caquético: _____
 Otro: IMC 26.75 Sobrepeso

ALIMENTO

TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES

Blanda: _____ Normal: X Papilla: _____ Astringente: _____
 Laxante: _____ Suplementos: _____

OBSERVACIONES

Paciente refiere no comer dentro de los horarios establecidos, en su mayoría son comidas con alto contenido de carbohidratos y grasas.
 De 4 a 5 tortillas diarias
 Carnes rojas 1 vez a la semana
 Pollo 2 veces a la semana
 Pescado 1 vez cada 15 días
 Verduras 2 veces a la semana
 Frutas 2 a 3 veces a la semana (Plátano, manzana)
 Valoración Mini-Nutritional Assessment con puntaje de 11 (malnutrición). (ANEXO 7)

LIQUIDOS

CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS		OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: 1 litro	Agua de sabor natural: 0 Té: 250 ml	Buena hidratación Toma 8 vasos al día
500 a 1000ml	Jugos: 0	Refrescos: 600 ml Café: 250 ml	
>de 1000ml	Cerveza: 0		

DATOS DIGESTIVOS

Anorexia: _____ Náuseas: _____ Vómito: _____ Indigestión: _____ Hematemesis: _____ Pirosis: _____
 Distensión abdominal: _____ Masticación dolorosa: _____ Disfagia: _____
 Polidipsia: _____ Polifagia: _____ Odinofagia: _____ Sialorrea: _____
 Regurgitación: _____ Otro: _____

OBSERVACIONES

Al interrogatorio sin ninguna anomalía

3. ELIMINACION

ELIMINACION INTESTINAL					
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA
Fisiológica: <u>X</u>	1 a 2 veces al día	200 ml	Marrón	fétido	Lisa blanda
Forzada: _____					
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL					
Estreñimiento: _____ Flatulencia: <u>X</u> Rectorragia: _____ Incontinencia: _____					
Melena: _____ Pujo: _____ Tenesmo: _____ Otros: _____					
OBSERVACIONES					
Escala Bristol 4 (Heces con forma alargada como una salchicha lisa y blanda)					

ELIMINACIÓN URINARIA				
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR
Fisiológica: <u>X</u>	De 3 a 4 veces al día	1200 cc c/24h	Pajiza (buena hidratación)	Inoloro
Forzada: _____				
DATOS DE ELIMINACION URINARIA				
Nicturia: _____ Anuria: _____ Disuria: _____ Enuresis: _____ Incontinencia: _____ Poliuria: _____				
Iscuria: _____ Oliguria: _____ Opsiuria: _____ Polaquiuria: _____ Tenesmo: _____				
Otros: _____ Urgencia: _____				
OBSERVACIONES				
Refiere infecciones de vías urinarias en temporada de calor.				

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): No
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): Se sienta sola
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): Camina sola
OBSERVACIONES
Refiere no realizar actividad física, aunque sabe la importancia de realizar actividad física, pero menciona que no tiene tiempo para realizarlo y que prefiere estar en su casa. Valoración de Batería corta de desempeño físico con puntaje 7/12 (desempeño físico bajo).(ANEXO: 5) Valoración de actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) con puntaje de 6/6 (total independencia).(ANEXO 6) Valoración Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) con puntaje de 100/100 (total independencia) (ANEXO 8) LAWTON (ya asentada en la necesidad prioritaria "evitar peligros")

5. DESCANSO Y SUEÑO

<p>¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: 8 horas ¿Siente descanso cuando duerme?: No</p> <p>¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: Si, 20 minutos ¿Toma algún medicamento para dormir? No</p> <p>¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: no</p>
CARACTERÍSTICAS
<p>Insomnio: _____ Bostezos frecuentes: <u> x </u> Se observa cansada: <u> x </u> Presenta ojeras: <u> x </u></p> <p>Ronquidos: <u> x </u> Somnoliento: <u> x </u> Irritabilidad: <u> x </u> Otros: _____</p> <p>_____</p>
OBSERVACIONES
<p>Refiere tener máximo 2 siestas durante el día, con facies de cansancio</p>

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<p>¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? Cambio de ropa diario</p> <p>Necesita ayuda para vestirse: No</p> <p>Tipo de ropa preferida: Ropa de algodón y holgada</p>
OBSERVACIONES
<p>Refiere incomodarle ropa ajustada, así como no usar suéteres y abrigos porque les causa calor.</p>

7. TERMORREGULACIÓN

<p>Temperatura corporal: <u>35.8 °C</u> Axilar: <u> x </u> Escalofríos: <u> x </u> Piloerección: _____</p> <p>Diaforesis: _____ Distermias: _____ Fiebre: _____ Rubicundez facial: _____ Ótica: _____</p> <p>Oral: _____ Rectal: _____ Frontal: _____ Hipertermia: _____ Hipotermia: _____</p> <p>Otros: Refiere tener escalofríos por las mañanas al salir de su habitación</p>	
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN
<p>Matutino: _____</p> <p>Vespertino: _____</p> <p>Nocturno: _____</p>	<p>Fría: _____ Húmeda: _____ Templada: <u> x </u></p> <p>Ventilada: _____ Poco ventilada: <u> x </u></p> <p>Otros: _____</p>

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL	
BAÑO. Regadera: _____ Tina: _____ Esponja: _____ Aseos parciales: <u>x</u> Aseos de cavidades: <u>x</u>	
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <u>Tres veces a la semana</u> : _____ 1 vez a la semana: _____ Otro: <u>1 vez cada 15 días</u>	
MUCOSA ORAL	
Seca: _____ Hidratada: <u>x</u> Estomatitis: _____ Caries: <u>x</u> Gingivitis: _____ Ulceras: Aftas: _____ Sialorrea: _____ Xerostomía: _____ Flictenas: _____ Halitosis: _____ Características de la lengua: rosada con ligero color blanco, se observa con grietas, realiza movimientos autónomos. Otros: _____	
DIENTES	
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: <u>x 2</u> veces al día: _____ 3 veces al día: _____ Cantidad de dientes: 4/9 piezas dentales Características de los dientes: Amarillos: <u>x</u> Blancos: <u> </u> Picados: <u> </u> Sarro: <u>x</u> Caries: <u>x</u>	
OBSERVACIONES	
Arcada mandibular Derecho izquierdo Incisivo central Incisivo central Incisivo lateral Incisivo lateral Canino Canino 1 er premolar 1 er premolar 2do premolar	Arcada maxilar Derecho Izquierdo presenta edentulismo parcial Incisivo central 1 er premolar Canino 2 do premolar

PIEL	
COLORACION: Palidez: _____ Cianosis: _____ Ictericia: _____ Rubicundez: _____ Cloasma: _____ Melasma: _____ Angiomas: _____ Manchas: <u>x</u> Rosado: _____ Grisácea: _____ Apiñonada: <u>x</u> Morena clara: _____ Morena intensa: _____ Morena media: _____ Hiperpigmentación: _____ TEMPERATURA. Fría: _____ Caliente: _____ Tibia: <u>x</u> Otras: _____	
TEXTURA. Edema: _____ Celulitis: _____ Áspera: _____ Turgente: <u>x</u> Escamosa: _____ Lisa: <u>x</u> Seca: _____ Agrietada: _____ Otras: _____	
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: _____ Pápulas: _____ Vesículas: _____ Pústulas: _____ Nódulos: _____ Ulceras: _____ Erosiones: _____ Fisuras: _____ Costras: _____ Red venosa: _____ Escaras: _____ Tubérculos: _____ Escaras: _____ Callosidades: <u>x</u> Isquemias: _____ Nevos: _____ Tatuajes: _____ Prurito: _____ Petequias: _____ Equimosis: _____ Hematomas: _____ Masas: _____ Verrugas: <u>x</u> Signos de maltrato: _____ Quemaduras: _____ Infiltración: _____ Ronchas o habones: _____ Otros: _____	
OBSERVACIONES	
A la exploración se encuentra callosidades en talón y falanges distales. Refiere haber tenido quemaduras en el brazo anterior izquierdo hace 25 años y de la edad de 9 años con una plancha en la muñeca derecha.	

UÑAS <i>Coloración y características</i>	
Quebradizas: _____	Micosis: _____
Onicofagia: _____	Cianóticas: _____
Estriadas: _____	Convexas: <input checked="" type="checkbox"/>
Hemorragias subungueales: _____	Deformadas: _____
Bandas Blancas: _____	Amarillentas: _____
Coiloniquia: _____	Leuconiquia: _____
Grisáceas: <input checked="" type="checkbox"/>	Rosadas: <input checked="" type="checkbox"/>
Otras: _____	
OBSERVACIONES	
A la observación uñas de pies grisáceas deformadas	

CABELLO	
Largo: <input checked="" type="checkbox"/>	Corto: _____
Lacio: <input checked="" type="checkbox"/>	Quebrado o chino: _____
Limpio: <input checked="" type="checkbox"/>	Sucio: _____
Desalineado: _____	Seborreico: _____
Fácil desprendimiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Alopecia: <input checked="" type="checkbox"/>
Distribución: _____	Implantación: _____
Zooriasis: _____	Pediculosis: _____
Quebradizo: _____	Caspa: _____
Otro: _____	
OBSERVACIONES	
Refiere fácil desprendimiento capilar durante el baño o al cepillarse.	

OJOS	
Simetría: <input checked="" type="checkbox"/>	Asimetría: _____
Tumores: _____	Hemorragias: _____
Separación ocular: _____	Edema palpebral: _____
Secreción: _____	Ojeras: _____
Tics: _____	Dolor: _____
Estrabismo: _____	Pestañas integras o lesionadas: <input checked="" type="checkbox"/>
Exoftalmos: _____	Enoftalmos: _____
Fosfenos: _____	Uso de lentes: _____
OBSERVACIONES	
Pestañas integras	

OIDOS	
Dolor: _____	Cerumen: _____
otorrea: _____	Edema: _____
Auxiliares auditivos: _____	OBSERVACIONES
Deformidades: _____	
Hipoacusia: _____	
Acufenos: _____	Acusia: _____

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS
Esquema de vacunación. Completo: <u> x </u> Incompleto: _____ Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u> No </u> Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: <u> x </u> Tomar un medicamento que este en casa: <u> x </u> Número de personas con las que vive y parentesco: <u> 4 personas, hija, 3 nietos </u> Convive con animales (cuales y cuantos): <u> 5 perros y 2 gatos </u> En casa hay fauna nociva o domestica: <u> Nociva </u> En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u> no </u> En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u> no </u> ¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u> cuentan con todos los servicios básicos. </u>
OBSERVACIONES
Refiere tener miedo a caerse. Escala de Downton de 2 puntos ANEXO 13 Valoración FRAIL con puntaje de 2 (Probable pre-fragilidad) (ANEXO 9) Valoración Mini-Examen del estado mental con puntaje de 20 (Probable deterioro cognitivo) (ANEXO 11) Índice de Lawton 5/8 (deterioro funcional) (ANEXO 10) Valoración de Batería corta de desempeño física (ya asentada en la necesidad “moverse y mantener una buena postura”)
ESTADO NEUROLÓGICO
Alerta: <u> x </u> Orientado (tiempo, espacio, lugar): _____ Confusión: <u> x </u> Parálisis: _____ Hemiplejía: _____ Movimientos anormales: _____ Hipervigilia: _____ Hemiparesia: _____ Parestesia: _____ Dislalia: _____ Dislalia: _____ Hiperactividad: _____ Déficit de atención: _____ Agresividad: _____ Letárgico: _____ Excitabilidad motriz: _____ Alucinaciones: _____ Fobias: <u> x </u> Otros: _____
OBSERVACIONES
Fobia serpientes, lombrices y ratas, Refiere que en ocasiones se le tiene que repetir alguna indicación porque se le olvida, así como también diversas situaciones / noticias, etc.
OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA
Riesgos físicos / materiales: Riesgos ambientales: <u> Humo de quema de basura </u> Riesgos familiares:
OBSERVACIONES
Refiere que el olor del humo la hace toser y llorar los ojos

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: si			
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): telefónica			
HABLA			
TIPO DE COMUNICACIÓN Oral: <input checked="" type="checkbox"/>	Escrita:	Señas:	Visual:
TIPO DE HABLA:	Entendida: x	Poco clara:	
Incompleta:	Incoherente:	Pausado: x	Tartamudeo:
Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____ Dialecto: _____
OBSERVACIONES			

PERSONALIDAD			
Alegre: <input checked="" type="checkbox"/>	Tímido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____
Noble: <input checked="" type="checkbox"/>	Pasivo: <input checked="" type="checkbox"/>		
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____
			Superioridad: _____
Otro: _____			Inferioridad: _____
OBSERVACIONES			
Al interrogatorio se muestra alegre pero confusa en sus respuestas. Ya que algunas necesito ayuda de su cuidador primario. Escala de depresión Geriátrica 5 puntos (5-8 puntos indica la presencia de síntomas depresivos leves). (ANEXO 12)			

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>Creyente</u>
Valores que se consideran importantes: <u>Amistad, inteligente, bondad, responsable.</u>
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>en ciertas decisiones</u>
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>Reza por ella y por los enfermos.</u>
OBSERVACIONES
La paciente refiere que en las noches encomienda a Dios a sus seres queridos.

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base,)
Ingreso económico mensual: _____ ¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? ¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? <u>Si, comer sano, ingerir vitaminas.</u>
OBSERVACIONES
Refiere recibir dinero de parte del apoyo a adultos mayores y por parte de su familia por lo cual con eso es suficiente.

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>No</u> ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>salir a visitar algún vecino</u> ¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>15 minutos</u> ¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>2 a 3 horas ve películas, series y telenovelas</u>
OBSERVACIONES
Piensa que no necesita realizar deporte. Se conforma con la actividad diaria Índice de Lawton 5/8 (deterioro funcional) (ANEXO 10)

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: <u>Primaria</u> Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): ¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Postres</u> ¿Qué le gustaría aprender?: <u>Sobre recetas de cocina</u>	OBSERVACIONES Refiere llamarle a atención de aprender nuevos platillos de comida.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____ Malo: _____ Regular: <u>x</u> No se: _____ Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____ No: <u>x</u> Cuales: _____ ¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>cada que lo necesita</u> ¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>cada que lo necesita</u> ¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?: <u>clara</u>
OBSERVACIONES
Refiere tener el conocimiento de su autocuidado.

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER
Edad de la menarca: 14 años Ritmo, flujo, de menstruación: Regular Duración: Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: sept 1993 Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): Diaria, con toalla húmeda ¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: <u>Si, hace 1 año</u> ¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: <u>sin ninguna afectación</u> ¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: <u>Si, hace 4 años</u> ¿Sabe realizarse la exploración de mama?: <u>No</u> ¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>no aplica</u> ¿Cuándo inicio la menopausia?: Hace 31 años Numero de gestaciones: <u>5</u> Número de partos: <u>5</u> Número de cesáreas: _____ Número de abortos: _____ Todos sus hijos viven: <u>No</u> ¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>Episiotomía</u> .
OBSERVACIONES
IVSA 21 años Ha tenido 3 parejas sexuales Comienzo de la premenopausia a los 45 años.

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
1 Evitar Peligros	Puntuación de índice de LAWTON: 5/8 puntos Puntuación de FRAIL: 2 Puntos Probable pre-fragilidad Puntuación de Mini-examen del estado mental 20 puntos probable deterioro cognitivo	Refiere que se le olvida alguna indicación y repite conversaciones anteriores. y miedo a caerse.	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Síndrome de fragilidad del anciano Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: Gestión de la salud	Conocimiento	Ayudante
2 Nutrición	IMC 26.75 Sobrepeso PA. 109 cm Peso 61 kg Talla- 1.51 cm Puntuación de la valoración Mini-Nutritional Assessment: 11 puntos=Malnutrición	Refiere no comer dentro de los horarios establecidos, en su mayoría son comidas con alto contenido de azúcar y calorías	Etiqueta diagnóstica: Sobrepeso Dominio: Salud fisiológica M Clase: Digestión y Nutrición (K)	Conocimiento	Ayudante
3 Higiene y Protección	Manchas Turgencia -2 segundos Callosidades en talón y falanges distales Desprendimiento fácil de cabello	Refiere haber tenido quemaduras en el brazo izquierdo parte anterior hace 25 años y de la edad de 9 años con una plancha en la muñeca derecha.	Etiqueta diagnóstica: deterioro de la integridad cutánea Dominio: 11 Nutrición Clase: 2 Lesión física.	Fuerza	Compañero
	Edentulismo parcial Caries Dientes amarillos y picados	Refiere lavarse los dientes 1 vez al día	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la dentición Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión Física	Fuerza	Compañero
4 comunicación	Escala de depresión Geriátrica 5 puntos (5-8 puntos indica la presencia de síntomas depresivos leves).	Al interrogatorio se muestra alegre pero confusa en sus respuestas. Ya que algunas necesito ayuda de su cuidador primario.	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la comunicación Dominio: 5 Percepción/Cognición Clase: 5 Comunicación	Conocimiento	Ayudante
5 descanso y sueño	Se observa con facies de cansancio, ronquidos y somnolienta	Refiere tener máximo 2 siestas durante el día.	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el sueño Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 1 Sueño/reposo	Conocimiento	Ayudante

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANALISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERIA
6 moverse y mantener buena postura	Valoración Batería corta de desempeño físico: 7/12 = desempeño físico bajo. Valoración Índice de Katz 6/6 Valoración Índice de Barthel 100/100 Lawton 5/8	Refiere no realizar actividad física	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de disminución de tolerancia a la actividad Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud	Conocimiento	Ayudante
7 eliminación	De 3 a 4 veces 1200 cc uresis al día De 1 a 2 veces 200 ml Lisa blanda de acuerdo a escala Bristol 4	Refiere IVUS en temporada de calor	Etiqueta diagnóstica: Autogestión ineficaz de la salud Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud	Conocimiento	Ayudante
8 oxigenación	T/A BD114/66 mm/hg BI 105/66 mm/hg PAM BD 82 BI 79 Oxigenación 94% FC: 76 x min FR 17 x min Pulso 72 x min	Refiere en ocasiones dolor de cabeza.	Etiqueta diagnóstica Dolor agudo Dominio: 12 Confort Necesidad 9 Evitar peligros/seguridad	Conocimiento	Ayudante
9 participación en actividades recreativas	Índice de Lawton 5/8 (deterioro funcional)	Refiere no necesitar realizar deporte, se conforma con la actividad diaria	Etiqueta diagnóstica: Disminución del compromiso de actividades recreativas Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 1 Toma de conciencia de la salud	Conocimiento	Ayudante
10 aprendizaje	Escolaridad Primaria	Refiere llamarle la atención de aprender nuevos platillos de comida.	Etiqueta diagnóstica: Conocimientos deficientes Dominio: 5 Percepción/ cognición Clase: 4 Cognición	Conocimiento	Ayudante

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANALISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERIA
11 vivir según sus creencias y valores	Sin alteración	Refiere que en las noches encomienda a Dios a sus seres queridos.	Etiqueta diagnóstica: Conflicto de decisiones Dominio: 10 Principios Vitales Clase: 3 Congruencia entre valores/creencias/acciones	Conocimiento	Ayudante
12 trabajar y realizarse	Sin Alteración	Refiere recibir dinero de parte del apoyo de adultos mayores y por parte de su familia por lo que con eso es suficiente	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la toma de decisiones Dominio: 10 Principios vitales Clase: 3 Congruencia entre valores/creencias/ acciones	Conocimiento	Ayudante
13 uso de prendas de vestir adecuados	Sin alteración	Refiere incomodarle ropa ajustada	Etiqueta diagnóstica: Dominio Clase	Conocimiento	Ayudante
14 Termorregulación	Temperatura 35.8 °C	Refiere tener escalofríos por las mañanas a salir de su habitación	Etiqueta diagnóstica: Termorregulación ineficaz Dominio 11 Seguridad/protección Clase: Termorregulación	Conocimiento	Ayudante
15 sexualidad y Reproducción	Premenopausia 45 años	Refiere higiene de zona íntima diaria con toallas húmedas	Etiqueta diagnóstica Dominio Clase	Conocimiento	Ayudante

5.4 Plan de intervención de enfermería

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud CLASE: 2 Gestión de la salud	DOMINIO: Salud percibida V CLASE: Salud y calidad de vida (U)			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00231 Riesgo de Síndrome de fragilidad del anciano RELACIONADO CON Manifestaciones neuroconductuales Mini examen del estado mental: 20 puntos (probable deterioro cognitivo) Persona con un bajo nivel educativo Personas > 70 años Persona para las que caminar 4 metros requiere > 5 segundos Batería corta de desempeño físico 7/12 puntos Mujeres Valoración FRAIL: 2 Puntos Probable pre-fragilidad Índice de Lawton 5/8 deterioro funcional	RESULTADO ESPERADO: 2006 Estado de Salud Personal ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	200601 Ejercicio físico	1	3	2 Parcialmente
	200603 Nivel de energía	3	4	4 Logrado
	200604 Nivel de confort	3	4	4 Logrado
	200618 Función Cognitiva	3	4	3 Parcialmente
	200619 Salud mental	2	3	2 Parcialmente
	200620 Equilibrio del estado ánimo	3	4	3 Parcialmente
	200624 Capacidad para expresar emociones	2	3	3 Logrado
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La mayoría de los indicadores de este diagnóstico fue logrado ya que mejoro el nivel de energía y nivel de confort por lo que el equilibrio del estado de ánimo, la vida espiritual y la capacidad para expresar emociones fueron cambios notables. Sin embargo, se debe trabajar más en la estimulación cognitiva, el ejercicio físico y fomentar el descanso y sueño.				

INTERVENCION DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: A Control de actividad y ejercicio

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0200 Fomento del ejercicio

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad del mismo
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados
- Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

El ejercicio diario debe formar parte del plan de vida de las personas mayores. No solo ayuda a mantener flexibles las articulaciones, a conservar la masa muscular y a controlar el peso y las concentraciones de glucosa en la sangre, sino que además promueve una sensación de bienestar. Para que las personas mayores se beneficien de él, no es necesario que el ejercicio sea aeróbico. Caminar, nadar, jugar al golf, hacer las tareas de la casa y arreglar el jardín o cortar el césped son actividades que encajan en este concepto. Para obtener un beneficio máximo, el ejercicio debe consistir en al menos 30 minutos de actividad continua. El tipo, la intensidad y la cantidad de un ejercicio considerado óptimo difieren para cada persona y deben basarse en las recomendaciones del médico de atención primaria.¹²⁹

¹²⁹ Williams P. Enfermería geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2020.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
CAMPO: 1 Fisiológico: Básico	
CLASE: A Control de actividad y ejercicio	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0180 Manejo de la energía	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Animar a realizar ejercicios aeróbicos • Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente • Ayudar al paciente a priorizarlas actividades para adoptar los niveles de energía • Ofrecer ayudas para favorecer el sueño • Fomentar las siestas, si resulta apropiado • Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades 	<p>El entrenamiento físico y la movilidad tiene múltiples beneficios en los mayores, tales como aumento en la resistencia cardiopulmonar, resistencia musculo esquelética, fuerza, movilidad, coordinación, aumento en la velocidad de respuesta, mejora la homeostasis y la adaptación a estímulos externos.¹³⁰</p>

¹³⁰ INAPAM. Beneficios de la actividad física en los adultos mayores [Internet]. gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/beneficios-de-la-actividad-fisica-en-los-adultos-mayores>

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: E Fomento de la comodidad física INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6482 Manejo ambiental: confort	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo • Proporcionar un ambiente limpio y seguro 	<p>Las intervenciones asociadas al confort son realizadas en su mayoría con el fin de aliviar o generar satisfacción en el contexto físico del paciente; sin embargo, existen también otras prácticas de confort asociadas al campo psicoespiritual, social y ambiental.</p> <p>Las características propias del entorno pueden llegar a generar expectativas de atención y por tanto dificultades en la consecución de confort, la interacción con otros pacientes en un mismo entorno también conlleva a alteraciones en las intervenciones asociadas a confort.¹³¹</p>

¹³¹ Romero Rodríguez David Alejandro, Henao-Castaño Ángela María, Gómez Tovar Luz Omaira. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. Rev. cubana Enfermera [Internet]. 2022 Mar [consultado el 01 de mayo de 2024]; 38(1): e4163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100018&lng=es.%20%20Epub%2022-Abr-2022

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 3 Conductual CLASE: P Terapia Cognitiva INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4720 Estimulación Cognitiva	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un calendario • Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente • Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona • Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias • Solicitar al paciente que repita la información 	<p>La estimulación cognitiva, hace referencia a las actividades que se direccionan a fortalecer el rendimiento cognitivo general de las personas o alguno de sus procesos o componentes (memoria, lenguaje, orientación, entre otros) (Rodríguez Riaño, y Basto Moreno, 2012). El progreso en la edad de las personas va deteriorando sus capacidades cognitivas, lo que genera una condición de vulnerabilidad frente a múltiples patologías adquiridas o degenerativas en la persona adulta mayor (Rodríguez Riaño, y Basto Moreno, 2012). Por lo tanto, la estimulación cognitiva se debe abordar desde el fortalecimiento de capacidades cognitivas que permitan una mayor adaptabilidad de las personas adultas mayores a su entorno. Estas capacidades son aquellas “destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente” (Reed, 2007; citado por Ramos, 2010).¹³²</p>

¹³² Arias Jiménez MS, Gutiérrez Soto Y. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. Población y Salud en Mesoamérica. Enero 2020

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 3 Conductual	
CLASE: P Terapia cognitiva	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4760 Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, sí procede • Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda • Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales, según corresponda. • Identificar y corregir con el paciente errores de orientación. 	<p>La memoria, como la atención, es una función cognoscitiva muy compleja y tiene un papel relevante para el adecuado funcionamiento de otros procesos cognitivos. La memoria no es un proceso unitario, implica un conjunto de habilidades que permiten registrar, almacenar y recuperar información (experiencias y percepciones) cuando la situación lo demanda. Las habilidades de memoria dependen de diferentes sistemas cerebrales descritos en diferentes modelos clasificatorios. La memoria puede ser clasificada en relación al tiempo (corto o largo plazo), a la modalidad de información (verbal visual), en relación con la conciencia (explícita o implícita), etc. Los dos grandes sistemas que clasifican a la memoria son, la memoria no declarativa y memoria declarativa.¹³³</p>

¹³³ Navarro A, Gutiérrez L, Samudio M, Colaboradores et al. Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo [Internet][Consultado el 01 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/2017/Geriatria/Pautas-estimulacion-cognitiva3.pdf>

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 3 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5420 Apoyo espiritual	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales • Rezar con el individuo • Proporcionar música, literatura o programa de radio o TV espirituales al individuo • Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea. • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea 	<p>Las creencias religiosas contribuyen a las percepciones del individuo. Estas convicciones pueden promover un buen mantenimiento de la salud o interferir en las prácticas idóneas al respecto y elevar el riesgo. Por ejemplo, algunas religiones enseñan que el cuerpo es un templo y subrayan la importancia de no consumir alcohol ni tabaco no comportarse de formas dañinas para la salud. Quienes profesan estas creencias religiosas suelen vivir más, y más sanos, que los que no comparten sus valores. Otras personas cuya fe religiosa les inculca que la enfermedad es un castigo para los pecadores tal vez sientan que no se merecen estar sanas y que deben afrontar la enfermedad como una penitencia por sus errores. Como resultado, se verán menos inclinadas a promover buenas prácticas y tal vez abriguen una idea fatalista de la salud y la enfermedad.¹³⁴</p>

¹³⁴ Op. Cit. Williams P. Enfermería geriátrica Pág. 120

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 3 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5330 Control del estado de ánimo	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, y la cafeína) • Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones) • Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos • Limitar el tiempo que se permite al paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados. • Controlar y tratar alucinaciones y/o ideas delirantes que pueden acompañar al trastorno del estado de ánimo 	<p>En la actualidad existen determinantes sociales que afectan de forma crucial la salud mental de las personas, como es el caso de las desigualdades sociales y económicas, la violencia estructural, la discriminación, la violación a los derechos humanos, la pobreza y la desprotección social; al no acceder de forma equitativa a las oportunidades indispensables para el desarrollo integral.</p> <p>Las implicaciones de estos determinantes se exacerban ante situaciones excepcionales, como ha sido el caso de la pandemia por COVID-19, situación que ha impactado la salud mental de la población, particularmente la de grupos prioritarios, como: los infantes, las mujeres, personas en condición de discapacidad, colectivo lgbtttiq y personas mayores, en quienes se han intensificado los estados de estrés, ansiedad y depresión en respuesta a los cambios que se generaron en sus vidas cotidianas, en las dinámicas familiares y en las relaciones interpersonales.¹³⁵</p>

¹³⁵ INAPAM. La importancia de la salud mental para un envejecimiento saludable [Internet]. gob.mx. [consultado el 01 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-importancia-de-la-salud-mental-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión</p>	<p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conocimientos sobre promoción de la salud (S)</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>ETIQUETA: 00233 Sobrepeso</p> <p>RELACIONADO CON Patrones anormales de conducta alimentaria Puntuación de valoración Mini-Nutritional Assessment: 11 puntos (malnutrición)</p> <p>EVIDENCIADO POR Adulto: IMC próximo a 26.7 kg/m² Peso 67 kg Talla .1.51 cm Perímetro Abdominal 109 cm</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 1855 Conocimiento: estilo de vida saludable</p> <p>ESCALA LIKERT 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p>			
<p align="center">EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA:</p>		
		<p align="center">MANTENER EN</p>	<p align="center">AUMENTAR A</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
<p>Con base a las intervenciones ejecutadas se logró mejorar la ingesta de líquidos por ende la hidratación, en cuanto a la ingesta de alimentos junto con la relación peso/talla fueron parcialmente logrados debido a no adherirse al régimen dietético.</p>	<p>185501 Peso personal óptimo</p> <p>185502 Índice de masa corporal óptimo</p> <p>185506 Raciones diarias recomendadas de frutas</p> <p>185507 Raciones diarias recomendadas de verduras</p> <p>185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol</p>	<p align="center">1</p> <p align="center">1</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p>	<p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p>	<p align="center">2 Parcialmente</p> <p align="center">3 Parcialmente</p> <p align="center">3 Parcialmente</p> <p align="center">3 Parcialmente</p> <p align="center">3 Parcialmente</p>

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 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 • Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento • Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. • Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario. 	<p>Las necesidades nutricionales no permanecen inalteradas a lo largo de la vida. Como sucede en otros ámbitos, los requisitos al respecto de las personas mayores difieren de las que tienen los jóvenes. Para ofrecer una atención de enfermería de calidad a la población geriátrica es esencial conocer las necesidades nutricionales de sus integrantes. Antes de valorar la idoneidad nutricional y de elegir intervenciones que promuevan una buena nutrición., los profesionales de enfermería deben hacer acopio de unos conocimientos sólidos sobre nutrición básica y dieta terapia. Las prácticas de nutrición adecuadas desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento y la promoción de la salud. Unos buenos hábitos de alimentación durante toda la vida promueven el bienestar físico y mental. Si la nutrición y la ingesta de líquidos no son las adecuadas, se desarrollarán problemas graves, como malnutrición y deshidratación. Unas prácticas nutricionales incorrectas pueden contribuir al desarrollo de osteoporosis y lesiones por presión, así como complicar afecciones y existentes, como enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.¹³⁶</p>

¹³⁶ Op. Cit. Williams PA. Enfermeria Geriatrica. Pág. 126

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1280 Ayuda para disminuir el peso	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal • Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada • Utilizar los términos <peso> o <exceso> en lugar de <obesidad> <gordura> y <exceso de grasa>. • Pesar al paciente semanalmente • Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos • Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. 	<p>En los adultos mayores el sobrepeso no siempre representa un factor de riesgo, en ocasiones puede ser protector de fracturas y osteoporosis. Es muy importante descartar la presencia de Sarcopenia en pacientes con sobrepeso u obesidad ya que no es recomendable que realicen dietas de reducción pues el problema se puede agravar, dado que al perder peso también pierden masa muscular. La dieta de reducción siempre debe ir acompañada de un plan de actividad física enfocado principalmente a preservar la masa muscular. Por lo anterior se debe tener mucho cuidado antes de prescribir una dieta de reducción y analizar los pros y los contras para la salud y calidad de vida de los adultos mayores.¹³⁷</p>

¹³⁷ IMSS GPC. *Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer nivel de Atención*. Gob.mx. 2011

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 04 Seguridad	
CLASE: V Control de riesgos	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 4120 Manejo de Líquidos	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial). • Favorecer la ingesta oral. • Distribuir la ingesta de líquidos en 24 hrs, según corresponda. • Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas con frecuencia), según corresponda. 	<p>El consumo suficiente de agua es fundamental para la digestión y absorción de los alimentos, además evita problemas digestivos como el estreñimiento. No se debe olvidar que durante el envejecimiento disminuye el reflejo de la sed, de ahí que debe vigilarse el consumo mínimo de 1500 a 2000 ml de agua durante el día, lo que representa de 6 a 8 vasos. Es importante recordar que cuando se dice: consumir agua, se refiere a las muchas maneras de obtenerla en la dieta: agua natural o en forma de jugos, aguas de frutas, infusiones, té, café, refrescos, atole, leche y otras. Es preciso puntualizar que si se aumenta el consumo de agua no se haga lo mismo con el azúcar, presente en los refrescos, la que se añade al café o las aguas de frutas, así como a la grasa de la leche. A quien no le guste el agua simple, recuerde que en México existen varias plantas que, preparadas en infusión y después enfriadas, brindan un rico sabor al agua, sin necesidad de añadir endulzante; por ejemplo, el té de limón o las hojas de naranjo.¹³⁸</p>

¹³⁸ Manual Básico para el cuidado de personas adultas mayores Gob.mx. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/manual_basico.pdf

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 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 • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso • Identificar los cambios recientes del peso corporal • Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas • Determinar los patrones de comidas (por ejemplo, gustos y aversiones alimentaria, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer deprisa) 	<p>La alimentación es la elección, preparación y consumo de alimentos, guardando relación con el entorno, las tradiciones, la economía y el lugar en donde vive la persona.</p> <p>Las personas adultas mayores presentan modificaciones morfológicas que afectan la forma o tamaño de los órganos, huesos, articulaciones y funciones fisiológicas por ejemplo el aumento o descenso de diversas hormonas que determinan el estado nutricional, entre estos cambios se encuentra el sobrepeso, obesidad y desnutrición.</p> <p>El sobrepeso y la obesidad en las personas adultas mayores en México las hace más propensas a enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>La desnutrición en las personas adultas mayores se caracteriza por la pérdida progresiva de la masa magra relacionada con una menor síntesis proteica, aumento de la masa corporal grasa, cambios hormonales, metabólicos, cardiovasculares, renales, gastrointestinales, neurológicos, inmunológicos y psicosociales.¹³⁹</p> <p>Por lo anterior es importante monitorizar continuamente los cambios en peso/talla de la persona y vigilar su consumo alimenticio</p>

¹³⁹ Rodríguez Jiménez Leticia Evaluación nutricional realizada en personas adultas mayores en los albergues del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.Gob.mx. [INTERNET][consultado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/602654/Evaluacion_nutricional_realizada_en_personas_adultas_mayores_en_los_albergues_del_Instituto_Nacional_de_las_Personas_Adultas_Mayores_de_la_Ciudad_de_Mexico.pdf

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: Integridad tisular (L)			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00047 Deterioro de la integridad cutánea RELACIONADO CON Indicé de masa corporal por encima del rango 26.7 Malnutrición Personas en extremos de edad EVIDENCIADO POR Palidez de tegumentos Uñas de miembros pélvicos en color grisáceo Callosidad en talón y falanges distales	RESULTADO ESPERADO: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas ESCALA LIKERT I 1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido ESCALA LIKERT II 1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	LIKERT I			
	110103 Elasticidad	2	3	2 Parcialmente
	110108 Textura	2	3	2 Parcialmente
	110113 Integridad de la piel	2	3	2 Parcialmente
	LIKERT II			
	110105 Pigmentación normal	2	3	2 Parcialmente
	110115 Lesiones cutáneas	2	3	2 Parcialmente
	110119 Descamación cutánea	2	3	2 Parcialmente
	110122 Palidez	2	3	2 Parcialmente
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Los indicadores fueron parcialmente logrados debido a que integrarse a un estilo de vida saludable es complejo, y estos son determinantes para ayudar a mejorar su apariencia y mantenerla lo más saludable posible.				

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 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 excesiva sequedad o humedad en la piel • Observar si hay zonas de presión y fricción • Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. • Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel • Documentar los cambios en la piel y las mucosas 	<p>Con la edad se pierden capas de epidermis, la piel se atrofia y se hace visiblemente más delgada y seca. La estructura ondulante de los procesos Inter papilares se pierde y estos se aplanan. El estrato córneo pierde su capacidad de retención de agua y la capacidad de barrera de la piel se hace deficiente.</p> <p>El cambio más notable de la piel como consecuencia del paso de los años es su adelgazamiento y por lo tanto se observa visiblemente atrófica, con rigidez finas y surcos gruesos que marcan la expresión facial, xerosis, pérdida de elasticidad y flacidez que se hace ostensible en la cara, el cuello, las extremidades y el tronco.¹⁴⁰</p>

¹⁴⁰ BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO Dermatología geriátrica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 [Consultado el 01 de mayo de 2024]; 57(6): 48-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000600048&lng=es.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: I Control de la piel/heridas INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3480 Monitorización de las extremidades inferiores	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la piel en busca de signos de mala higiene • Examinar si hay cambios en las uñas de los pies • Examinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del vello, la textura y las grietas o las fisuras de la piel • Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, grietas o fisuras. • Palpar los pulsos pedio y tibial posterior. 	<p>Examinar la piel periódicamente buscando zonas oscurecidas, presencia de moretones, ampollas y alguna otra lesión; es recomendable lavarla con jabón neutro, mantenerla seca, lubricarla con cremas hidratantes o aceite de almendras dulces; es importante darle masaje diariamente para estimular la circulación y realizar cambios de posición cada dos horas para evitar las llagas (úlceras por presión). La piel limpia y seca también previene la proliferación (crecimiento) de bacterias y hongos.¹⁴¹</p>

¹⁴¹ Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores Gob.mx. [INTERNET][citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/manual_basico.pdf

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: Fisiológico: Básico CLASE: F: Facilitación del autocuidado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5603 Enseñanza: cuidados de los pies	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión • Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies. • Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados de los pies (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio). • Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y un jabón suave. • Enseñar a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante. 	<p>Se conoce por PIE GERIÁTRICO a la patología producida por un conjunto de alteraciones en los pies que aparecen a edades avanzadas debido, fundamentalmente, al deterioro del organismo. Ya que el deterioro debido a la edad es inevitable, resulta de vital importancia la PREVENCIÓN. Es decir, la adopción de todas aquellas medidas conducentes a minimizar el deterioro de nuestro organismo causado por el paso de los años¹⁴²</p>

¹⁴² Saldaña M. Podología geriátrica [INTERNET] [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://centromedicomsaldana.es/podologia-geriatrica-pie-geriatrico>

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física	DOMINIO: Salud fisiológica (II)	CLASE: Integridad tisular (L)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00048 Deterioro de la dentición RELACIONADO CON Uso habitual de sustancias con tinción (café, refresco) Malnutrición Hábitos inadecuados de higiene oral (1 vez al día) EVIDENCIADO POR Edentulismo parcial Caries dental Dientes Móviles	RESULTADO ESPERADO: 1100 Salud Oral ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	110001 Limpieza de la boca	2	3	2 Parcialmente
	110002 Limpieza de los dientes	2	3	2 Parcialmente
	110003 Limpieza de encías	2	3	2 Parcialmente
	110004 Limpieza de la lengua	2	3	2 Parcialmente
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se cumplen parcialmente la mayoría de los indicadores establecidos ya que por el probable deterioro cognitivo se le olvida hacer su higiene bucal.	110012 Integridad de la mucosa oral	4	4	4 Logrado
	110013 Integridad de la lengua	4	4	4 Logrado
	110014 Integridad de las encías	4	4	4 Logrado
	110026 Ausencia de dientes	3	4	3 Parcialmente
	110017 Halitosis	2	3	2 Parcialmente
	110023 Caries dental	2	3	2 Parcialmente

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1710 Mantenimiento de la salud bucal	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una rutina de cuidados bucales • Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. • Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca. • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. • Facilitar el cepillado de dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares • Enseñar al paciente a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes. 	<p>Los padecimientos bucodentales son las enfermedades no transmisibles más comunes y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. En México, según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, la prevalencia de caries dental en personas mayores de 60 años es superior al 98%.</p> <p>Se ha confirmado que existe una relación estrecha entre la salud bucal y la salud general, en donde las dificultades para masticar y deglutir conllevan con frecuencia a la hospitalización. La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general.</p> <p>Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y el edentulismo (pérdida de dientes).¹⁴³</p>

¹⁴³ INAPAM Salud bucodental en las personas mayores.gob.mx [Internet].[Consultado el 08 de mayo de 2024]Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-bucodental-en-las-personas-mayores>

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico	
CLASE: F Facilitación del autocuidado	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1720 Fomentar la salud bucal	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado de la boca del paciente • Determinar la rutina habitual de higiene dental del paciente con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario. • Instruir al paciente o a su familia sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud adecuada. 	<p>El buen estado y funcionamiento de la boca constituye una parte muy importante para mantener la salud y el buen estado nutricional en las personas adultas mayores. Al igual que otros órganos y sistemas, también sufre cambios durante el proceso normal de envejecimiento, por lo que deben extremarse los cuidados en las personas adultas mayores. Entre los problemas más frecuentes de esta etapa de la vida destacan las caries de la raíz del diente, la enfermedad periodontal (o de las encías) y el edentulismo (pérdida total de los dientes).¹⁴⁴</p>

¹⁴⁴ INAPAM. Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores Gob.mx. [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/manual_basico.pdf

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 5 Comunicación	DOMINIO: Salud psicosocial (III)	CLASE: Bienestar psicosocial(M)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA 00157 Disposición para mejorar la comunicación EVIDENCIADO POR Expresa deseos de mejorar la comunicación Escala de depresión Geriátrica 5 puntos (5-8 puntos indica la presencia de síntomas depresivos leves)	RESULTADO ESPERADO: 1208 Nivel de depresión ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	120802 Pérdida de interés por actividades	3	4	3 Parcialmente
120803 Ausencia de placer con actividades	3	4	3 Parcialmente	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO				
De los indicadores seleccionados no se logró aumentar por lo que se dará un seguimiento para poder obtener levemente el nivel de depresión.				

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 3 Conductual	
CLASE: Q Potenciación de la comunicación	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5100 Potenciación de la socialización	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a desarrollar relaciones • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes • Fomentar las actividades sociales y comunitarias • Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine 	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece requerimientos desde el entorno para hacer del envejecimiento una etapa de bienestar emocional, satisfacción y exploración de nuevas oportunidades de toda índole. Esta organización propone crear condiciones adecuadas que vayan desde la adecuación ideal de los espacios físicos hasta generar las condiciones de apoyo y acompañamiento emocional ideales para garantizar la continuidad en la interacción que, al evitar el aislamiento y la sensación de soledad, ahuyentan la posibilidad de los cuadros depresivos tan frecuentes en esa etapa de la vida¹⁴⁵</p>

¹⁴⁵ Vergel H, Karina V, Pinto S, Leal. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Redalyc [Internet].[Consultado el 05 de mayo de 2024] Disponible en.: <https://www.redalyc.org/journal/290/29069613004/29069613004.pdf>

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 1 Sueño/reposo	DOMINIO: Salud funcional (I)	CLASE: Mantenimiento de la energía		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00165 Disposición para mejorar el sueño EVIDENCIADO POR Expresa deseos de mejorar el ciclo de sueño- vigilia	RESULTADO ESPERADO: 0003 Descanso ESCALA LIKERT 1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	000301 Tiempo de descanso	3	4	3 Parcialmente
	000302 Patrón de descanso	3	4	3 Parcialmente
	000303 Calidad del descanso	3	4	3 Parcialmente
	000304 Descansado físicamente	3	4	3 Parcialmente
	000310 Aspecto de estar descansado	3	4	3 Parcialmente
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO De los indicadores no se lograron, ya que a pesar de que el sueño sea reparador, no lo es Pero se mantiene el descanso.				

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1850 Mejorar el sueño	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario • Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. 	<p>El sueño es un proceso fisiológico vital con funciones de restauración, que se compone por las siguientes etapas:</p> <p>a) Sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR). Representa del 20 al 25% del total de sueño; se caracteriza por sueños vívidos, aumento de actividad cerebral, incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria e inhibición de la actividad de los músculos voluntarios.</p> <p>b) Sueño no MOR (NMOR). Se divide en tres estadios:</p> <p><i>Etapa 1.</i> Estado de transición, sueño ligero, “se presenta cabeceo”, actividad de ondas cerebrales reducida con movimientos oculares lentos.</p> <p><i>Etapa 2.</i> Relajación muscular, disminución de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, espigas del sueño y complejos K en el electroencefalograma.</p> <p><i>Etapa 3.</i> Sueño profundo, ondas cerebrales de alto voltaje y baja frecuencia; es la etapa de sueño reparador.</p> <p>Los estados de sueño se alternan en ciclos de 90 a 110 minutos de duración, completar varios ciclos durante una noche (4 al menos) garantiza el descanso del individuo.¹⁴⁶</p>

¹⁴⁶ Deses Carlos. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 feb [consultado el 30 de abril de 2024]; 61(1): 33-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100033&lng=es

PLAN DE CUIDADOS					
DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 2 Actividad/ejercicio		DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C)			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:		RESULTADO ESPERADO: 0208 Movilidad			
ETIQUETA: 00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad		ESCALA LIKERT			
RELACIONADO CON Disminución de la fuerza muscular Malnutrición Mala condición física Estilo de vida sedentario Personas con antecedentes de tolerancia disminuida a la actividad Adultos mayores Batería corta de desempeño físico: 7/12 = desempeño físico bajo.		4. Gravemente comprometido 5. Sustancialmente comprometido 6. Moderadamente comprometido 7. Levemente comprometido 8. No comprometido			
		INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA:		
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		020809 Coordinación	3	4	3 Parcialmente
		020810 Marcha	3	4	3 Parcialmente
		020806 Ambulación	5	5	5 Logrado
		020814 Se mueve con facilidad	5	5	5 Logrado
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO					
De los indicadores sólo se logaron la mitad, ya que se mantuvo la ambulación y qué se mueve con facilidad, en cuanto la coordinación y la marcha fueron parcialmente cumplidos debido al desempeño físico bajo.					

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 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"> • Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios • Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia • Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada período de ejercicios • Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad. 	<p>La marcha y el balance son dos capacidades determinantes para la locomoción del ser humano; gracias a ellos no es posible desplazarnos de un lugar a otro, lo que nos permite realizar las actividades cotidianas desde levantarse de la cama, hasta ir de compras o realizar actividades físicas. En el adulto mayor ambas capacidades cobran, de una forma gradual, una importancia mayor, ya que, por el proceso de envejecimiento, estas se van deteriorando poco a poco, lo que tiene impacto directo en su funcionalidad.¹⁴⁷</p>

¹⁴⁷ Ortiz German Ma. Judith. Alteraciones de la marcha y el balance en el adulto mayor Unam.mx. [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000651573/3/0651573_A1.pdf

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico	
CLASE: E Fomento de la comodidad física	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1460 Relajación muscular progresiva	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Elegir un ambiente tranquilo y cómodo • Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están relajados. • Observar si hay indicios de ausencia de relajación, como movimientos, respiración dificultosa, hablar y toser. • Terminar la sesión de relajación de forma gradual. 	<p>Existen varias técnicas de relajación para reducir la tensión muscular. La relajación muscular progresiva, la imaginación guiada, o la respiración abdominal, se han diseñado para reducir los estados de activación cognitivos y somáticos que interfieren con el sueño. El entrenamiento de relajación puede ser útil en los pacientes que muestran elevados niveles de despertares y se utiliza a menudo con la terapia cognitivo conductual.¹⁴⁸</p>

¹⁴⁸ IMSS GPC. *Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el anciano*. Gob.mx. 2012

5.7 Plan de alta

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de Síndrome de Fragilidad del anciano

Sexo: Femenino **Edad:** 76 años **Fecha de ingreso:**

Nombre del usuario: C A C **Fecha de egreso:**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Disposición para mejorar el compromiso de ejercicio evidenciado por expresa deseos de mejorar el conocimiento sobre la necesidad de actividad física
- Disposición para mejorar el sueño evidenciado por expresa deseo de mejorar el ciclo de sueño-vigilia
- Disposición para mejorar la toma de decisiones evidenciado por expresa deseos de mejorar la toma de decisiones.
- Disposición para mejorar la comunicación, evidenciado por expresa deseos de mejorar la comunicación.
- Disposición para mejorar la nutrición, evidenciado por expresa deseos de mejorar su alimentación

RESUMEN: Paciente femenina de 76 años que presenta probable pre-fragilidad del anciano a causa del envejecimiento; ya que no lleva una alimentación balanceada, no realiza actividad física porque no lo cree necesario, así que se encuentra en sobrepeso.

Refiere en ocasiones dolor de cabeza, no comer dentro de los horarios establecidos y en su mayoría son alimentos con alto contenido de azúcar y calorías, infecciones de vías urinarias en temporada de calor, también tener 2 siestas durante el día, le incomoda la ropa ajustada así como no usa suéter o abrigos porque les causa calor, fácil desprendimiento capilar durante el baño o al cepillarse el cabello, tiene miedo a caerse por anteriores caídas, a veces se le tiene que repetir alguna indicación porque se le olvida, así como también diversas informaciones ya platicadas, en las noches encomienda a Dios a sus seres queridos y el comienzo de la premenopausia fue a los 45 años.

ACCIONES ENCAMINADAS AL REGIMEN DIETETICO: Se evalúa el estado Nutricional por medio de la valoración Mini-Nutritional Assessment con puntaje de 11 (malnutrición) por lo que se le recomienda Incluir por lo menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas principales del día (desayuno, comida y cena), Comer la mayor variedad posible de alimentos: abundantes verduras y frutas, Suficientes cereales de preferencia integrales (tortillas, pan, pastas, arroz). Pocos alimentos de origen animal sin grasa (leche, huevo, carne, pescado), Consumir lo menos posible de grasas, aceites, azúcares y sal, Beber agua natural (mínimo litro y medio al día), Procurar la máxima higiene al almacenar, preparar y consumir los alimentos, Realizar 30 minutos de actividad física al día, Comer con tranquilidad, en compañía de preferencia en familia y disfrutar de su alimentación.

EJERCICIO: Se recomienda fomentar el ejercicio de resistencia, para tratar la debilidad muscular, ya que esta disminuye la discapacidad, principalmente en personas con deterioro funcional temprano (pre-fragilidad). Los ejercicios de resistencia son considerados un método seguro y efectivo para mejorar la fuerza y el tejido muscular (sarcopenia y dinapenia) al mejorar la síntesis de proteínas y la adaptación neuromuscular, incluso con períodos cortos de entrenamiento. Se recomienda actividad física de 30 a 60 minutos al día, en sesiones de 10 minutos cada uno con un total de 150 a 300 minutos a la semana, para mantener resistencia, equilibrio y flexibilidad. Se recomiendan actividades físicas que no exijan un estrés ortopédico, como caminar, ejercicio acuático, bicicleta, realizándolo de 20 a 30 minutos al día 3 veces a la semana.

ACCIONES ENCAMINADAS A MEJORAR LA SALUD:

1. **Actividad física regular:** Incentivar el ejercicio regular adaptado a su capacidad física, como caminar, nadar, yoga suave, tai chi o ejercicios de fuerza para mantener la movilidad, fuerza muscular y flexibilidad.
2. **Dieta saludable:** Promover una alimentación equilibrada rica en frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y grasas saludables para mantener un peso adecuado y reducir el riesgo de enfermedades crónicas.
3. **Cuidado médico preventivo:** Fomentar revisiones médicas regulares para detectar y tratar cualquier condición médica de manera temprana, además de vacunaciones y exámenes de detección de enfermedades.
4. **Manejo de medicamentos:** Asegurarse de que tomen sus medicamentos según lo prescrito, y revisar periódicamente con un médico para evitar interacciones no deseadas o efectos secundarios.
5. **Mantener la salud mental:** Estimular actividades que mantengan su mente activa, como juegos de mesa, lectura, crucigramas, rompecabezas, y promover interacciones sociales para prevenir el aislamiento y la depresión.

6. **Prevención de caídas:** Asegurar que su entorno esté libre de obstáculos y peligros, y promover el uso de ayudas como bastones o pasamanos para reducir el riesgo de caídas.
7. **Descanso adecuado:** Favorecer un buen descanso nocturno y siestas cortas durante el día si es necesario para mantener la energía y la salud.
8. **Control del estrés:** Ayudarles a manejar el estrés a través de técnicas como la meditación, el yoga, la respiración profunda o la terapia cognitivo-conductual.
9. **Apoyo social y emocional:** Proporcionar compañía, escucha activa y participación en actividades sociales para mantener un sentido de pertenencia y conexión con otros.
10. **Estimulación cognitiva:** Fomentar actividades que desafíen su mente, como aprender nuevas habilidades, resolver problemas o participar en clases o talleres.
11. **Adaptaciones en el hogar:** Realizar ajustes en el hogar para facilitar la movilidad y el acceso, como barras de apoyo en el baño, rampas de acceso, iluminación adecuada, entre otros.
12. **Control de enfermedades crónicas:** Gestionar de manera efectiva cualquier enfermedad crónica existente, como diabetes, hipertensión o enfermedades cardíacas, a través de tratamiento médico y cambios en el estilo de vida.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Vacunación: Asegurarse de que estén al día con todas las vacunas recomendadas para adultos mayores, como la vacuna contra la influenza, la vacuna contra el neumococo y la vacuna contra el herpes zóster.

Control médico regular: Programar chequeos médicos periódicos para monitorear la salud general, detectar cualquier problema médico de manera temprana y realizar pruebas de detección de enfermedades según las pautas recomendadas.

Dieta saludable: Promover una alimentación equilibrada y nutritiva, rica en frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y grasas saludables para mantener un peso saludable y prevenir enfermedades crónicas.

Actividad física regular: Estimular la práctica regular de ejercicio físico adaptado a su capacidad y necesidades, como caminar, nadar, hacer yoga o tai chi, para mejorar la salud cardiovascular, fortalecer los músculos y mantener la movilidad.

Prevención de caídas: Realizar modificaciones en el hogar para reducir el riesgo de caídas, como eliminar alfombras sueltas, instalar barras de agarre en el baño y mejorar la iluminación, además de fomentar el uso de calzado adecuado y la práctica de ejercicios de equilibrio.

Control del estrés: Proporcionar técnicas de manejo del estrés, como la meditación, la respiración profunda o la terapia cognitivo-conductual, para reducir los niveles de estrés y mejorar la salud mental.

Mantener la salud mental: Fomentar actividades que estimulen la mente, como la lectura, los juegos de mesa, los rompecabezas y la interacción social para mantener la función cognitiva y prevenir la depresión y el aislamiento social.

Seguridad en el hogar: Asegurarse de que el entorno del hogar sea seguro, eliminando posibles peligros como cables sueltos, alfombras resbaladizas y escaleras sin barandas, e instalando detectores de humo y monóxido de carbono.

Higiene personal: Promover prácticas de higiene personal adecuadas, como el lavado de manos frecuente, la higiene bucal y el baño regular, para prevenir infecciones y enfermedades.

RECUERDE

Acudir a su cita a consulta externa en _____ 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: GERONIMO ALDAMA GLORIA

NOMBRE DE LA ENFERMERA: MARCO ANTONIO ROCHA GERÓNIMO

CONCLUSIONES

De acuerdo con la información emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre los años 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22 % en números absolutos este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso del medio siglo.

Por lo anterior es necesario considerar estos cambios que se están dando en el perfil demográfico y por consiguiente en el panorama epidemiológico, para analizar la expectativa de vida en las personas mayores, que le permita enfrentar este proceso a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal siendo esto un indicador representativo para este grupo etario; con el fin de que logre un estado de independencia y por ende un envejecimiento saludable.

Tomando en consideración lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define el estado de salud entre los envejecidos en término del mantenimiento de su capacidad funcional. Por eso es crucial que como personal de salud se consideren estos tres elementos que son esenciales en este grupo de población vulnerable.:

- 1.- El envejecimiento es irremediable
- 2.- La calidad de vida del envejecimiento dependerá de los estilos de vida
- 3.- Hay aspectos positivos de la vejez, que debemos considerar y aprovechar.

Debido a que las enfermedades crónicas no transmisibles representan una carga severa para el Sistema de Salud por sus costos elevados y en ocasiones la intervención tardía de estos Síndromes Geriátricos cuando ya no se puede obtener un beneficio significativo para la salud del paciente y de la familia.

Por lo que durante el desarrollo de este trabajo se concluye la importancia que tiene la detección oportuna de los padecimientos crónicos, debido a que la población anciana está en aumento, por lo que se debe realizar un diagnóstico precoz para la detección oportuna por parte del equipo multidisciplinario e implementar medidas que coadyuven al control del deterioro de la persona adulta mayor y con ello limitar el grado de dependencia y disfuncionalidad.

El monitoreo de este caso clínico mostró que la práctica de enfermería debe llevar un procedimiento metódico, estructurado y controlado que comienza con la valoración, y luego progresa hacia la identificación de diagnósticos de enfermería NANDA, la clasificación de resultados de enfermería NOC, y la clasificación de intervenciones NIC.

La implementación del Proceso de Atención de Enfermería permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la carrera, brindando cuidados de enfermería a una persona adulto mayor de 76 años diagnosticada con riesgo de síndrome de fragilidad del anciano.

Por lo que es importante que desde la etapa de valoración se detecten de manera oportuna las necesidades alteradas de la persona, para el diseño de los diagnósticos de enfermería e implementación de los planes de cuidado que dieran respuesta a esas necesidades y disminuir considerablemente las complicaciones mediante la identificación oportuna de los factores de Riesgo del Síndrome de Fragilidad en la Persona Mayor, utilizando además como marco de referencia para la valoración el modelo de atención de Virginia Henderson mediante sus 14 necesidades además de la implementación de otras escalas de valoración que se realizan a la persona mayor para valorar su capacidad intrínseca y extrínseca. Lo que permitió hacer una valoración integral.

Las intervenciones y medidas establecidas en el Plan de Alta de enfermería contribuyeron a disminuir las posibles complicaciones del adulto mayor fortaleciendo sus prácticas de autocuidado además de incluir a la familia en su cuidado, mejorando así su calidad de vida.

Con base a lo anterior, como Licenciado en enfermería y Obstetricia y como integrante, del equipo multidisciplinario de salud es importante profundizar los conocimientos teórico-metodológicos, para que con ello pueda identificar y transmitir a otros pacientes en riesgo esta información, con el objetivo de reducir los riesgos asociados y orientar a aquellos que aún no han sido diagnosticados, pero que podrían desarrollar dicho síndrome. Además de llevar a cabo acciones de promoción, educación y fomento a la salud que contribuyan a la disminución de este problema.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Autonomía: Similar a la independencia, pero también implica la capacidad de una persona para dirigir su propia vida, tomar decisiones que afectan su bienestar y ejercer control sobre sus propias acciones.

Bradisfigmia: Es el opuesto de taquisfigmia. Se refiere a una disminución anormal de la frecuencia del pulso, es decir, un pulso más lento de lo normal. "Bradi-" indica lentitud y "sfigmia" se refiere al pulso arterial.

Cuidado: El cuidado se refiere al proceso de atender las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de una persona. Puede involucrar la prevención de enfermedades, la atención médica, y el apoyo para mejorar la calidad de vida de un individuo.

Cuidados care: Se refiere a la atención proporcionada a los pacientes que se centra en el alivio de los síntomas y el confort, en lugar de en la curación de la enfermedad subyacente.

Cuidados cure: Son los cuidados que se centran en tratar la enfermedad o afección subyacente con el objetivo de curar al paciente.

Edadismo: Es la discriminación o prejuicio basado en la edad, que puede manifestarse en forma de estereotipos negativos, actitudes condescendientes o exclusión social hacia las personas mayores.

Escala de Depresión Geriátrica: Es una escala utilizada para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos en personas mayores.

Gerontología: Es la rama de la medicina que se especializa en el estudio del envejecimiento y los problemas asociados con las personas mayores, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales.

Herramienta metodológica: Instrumento o técnica utilizada para llevar a cabo un proceso metodológico, como un cuestionario, una entrevista estructurada, un análisis estadístico, etc.

Holismo: En el contexto médico y de cuidado de la salud, se refiere al enfoque que considera al individuo como un todo integrado en lugar de solo tratar partes

específicas o síntomas aislados. Se centra en la conexión entre cuerpo, mente y espíritu en la búsqueda de la salud y el bienestar.

Independencia: Capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar de manera autónoma, sin depender de la ayuda o influencia de otros.

Índice de Barthel: Es una herramienta de evaluación que mide la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como el cuidado personal, la movilidad y el control de la vejiga e intestinos.

Índice de Katz: Es una escala utilizada para evaluar la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, bañarse, vestirse, usar el baño, movilizarse y controlar la eliminación de excretas.

Índice de Lawton: Es una escala utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, hacer las compras, manejar las finanzas y usar el teléfono, que son necesarias para vivir de manera independiente.

Lentigo senil: Es una lesión cutánea benigna asociada con el envejecimiento de la piel, caracterizada por manchas planas de color marrón claro a oscuro que aparecen en áreas expuestas al sol, especialmente en la cara, manos y brazos.

Magro: Se refiere a una persona que tiene poco tejido adiposo o grasa corporal, lo que puede ser indicativo de una buena salud en algunos casos.

Masa corporal magra: Es la cantidad de peso corporal total que corresponde a todo el tejido del cuerpo que no es grasa, incluyendo músculos, huesos, órganos y agua.

Metodología en enfermería: Se refiere al conjunto de técnicas, procesos y procedimientos utilizados por los profesionales de enfermería para llevar a cabo su labor de atención, cuidado y promoción de la salud.

Mini-Examen del Estado Mental: Es una prueba breve que evalúa el estado cognitivo de una persona, incluyendo la memoria, la atención, el lenguaje y las habilidades visuales-espaciales.

Mini-Nutritional Assessment: Es una herramienta de evaluación utilizada para identificar el riesgo de desnutrición en personas mayores.

Multifactorial: Se refiere a fenómenos o condiciones que son el resultado de la interacción de múltiples factores o causas.

Multisistémica: Se refiere a algo que afecta o está relacionado con múltiples sistemas o sistemas del cuerpo humano.

Postmenopausia: Es el período en la vida de una mujer que sigue a la menopausia, que se define como la cesación permanente de la menstruación. Durante la postmenopausia, los síntomas relacionados con los cambios hormonales pueden persistir y existe un riesgo aumentado de ciertas condiciones de salud, como la osteoporosis.

Púrpura senil: Es una afección cutánea común en personas mayores, caracterizada por pequeñas manchas de color púrpura o rojo que aparecen en la piel debido a la fragilidad de los vasos sanguíneos superficiales.

Reflejo nauseoso: Es un reflejo del cuerpo que se desencadena en respuesta a la estimulación de la parte posterior de la garganta o la boca, y que puede provocar náuseas o vómitos.

Sarcopenia: Es la pérdida de masa muscular y función que ocurre con el envejecimiento, lo que puede llevar a la debilidad, la disminución de la movilidad y un mayor riesgo de caídas y lesiones.

Síndromes geriátricos: Son afecciones médicas comunes en personas mayores que a menudo implican múltiples sistemas de órganos y presentan características clínicas atípicas. Algunos ejemplos son la fragilidad, la inmovilidad, la incontinencia, la demencia y la caída recurrente.

Taquisfigmia: Es un término médico que se refiere a la presencia de pulsaciones rápidas o aumento de la frecuencia del pulso por minuto. "Taqui-" significa rápido y "sfigmia" se refiere al pulso arterial.

Tirotropina: Es una hormona producida por la glándula pituitaria que estimula la glándula tiroides para producir y liberar hormonas tiroideas, como la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3).

Tromboembolismo venoso: Es una condición en la cual se forman coágulos de sangre en las venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) que pueden desprenderse y viajar a través del torrente sanguíneo hasta los pulmones, causando una obstrucción conocida como embolia pulmonar.

Valoración de Batería corta de desempeño físico: Es una evaluación rápida de la capacidad física que incluye pruebas de equilibrio, velocidad de marcha y fuerza de agarre, entre otros.

Valoración FRAIL: Es una herramienta de evaluación utilizada para identificar a las personas mayores que tienen riesgo de fragilidad basada en cinco componentes: Fatiga, Resistencia, Ambulación, Inactividad y Pérdida de peso.

Vascularidad: Se refiere a la abundancia y distribución de vasos sanguíneos en un tejido u órgano específico. Es importante en contextos médicos para entender la circulación sanguínea y el suministro de oxígeno y nutrientes a diferentes partes del cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENASEM Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México Diseño conceptual [Internet]. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/> [Consultado el 05 de junio de 2024] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463908234.pdf
2. IMSS GPC *Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor*. Cenetec-difusion.com. 2011
3. IMSS Guía de Referencia Rápida *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano*. gob.mx. 2011
4. IMSS GPC *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano*. gob.mx. 2011
5. Leddy Susan, J MP. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1a. edición en español New York: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
6. Colliere M-F. Soigner. Promover la Vida. 2a ed. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2011
7. Rodríguez-Bustamante Pavel, Báez-Hernández Francisco Javier. Epistemología de la Profesión Enfermera. [Internet]. 2020 [citado 16 de abril de 2024]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013&lng=es
8. Gómez ER. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología/3 Ed. El Manual Moderno; 2023.
9. Marriner-Tomey A., Martha Raile Alligood,. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2011.
10. Naranjo-Hernández Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Arch méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio de 2024] Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6525/3722>
11. TEORIA DE LAS TRANSICIONES [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: https://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html
12. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [Internet]. Unican.es. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/370/course/section/171/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf>

13. Desarrollo del conocimiento en Enfermería [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>
14. M, Elena Garfías L. El derecho a la salud [Internet]. [Citado el 15 de Mayo de 2024] Disponible en: https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll_DerSalud.pdf
15. Hernández Adela z Galván Alma Mónica Muñoz Ángeles Tirso Zúñiga Santamaría Liliana Giraldo Rodríguez.
16. Unidad 2: Aspectos éticos y legales [Internet] [Citado el el 02 de Mayo de 2024] Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/Recursos_psicosociales.pdf
17. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002 [Internet] [Citado el 05 de Junio de 2024] Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOSMAYORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
20. IMSS GPC. *Valoración geriátrica integral en Unidades de Atención Médica* Gob.mx.2011.
21. IMSS GPC *Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer nivel de Atención*. Gob.mx.2011
22. GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano Evidencias y Recomendaciones. Catálogo IMSS-479-11[INTERNET][Citado el 15 de abril de 2024] Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER_0.pdf
23. IMSS GPC *Diagnóstico y Manejo De los Problemas Bucales en el Adulto Mayor* Evidencias y Recomendaciones Catálogo IMSS-583-12.2012
24. IMSS GPC *Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio* Gob.mx.2011
25. IMSS GPC *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención* Gob.mx0.2011

26. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS. Procuraduría General de la República.Gob.mx. [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en:
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/110501/Declaracion_Universal_SPREAD .pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/110501/Declaracion_Universal_SPREAD.pdf)
27. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad [Internet]. Www.un.org. [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en:
28. <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
29. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES Org.mx. [INTERNET] [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>
30. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. INAPAM Hoy [Internet]. gob.mx. [citado el 01 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/inapam-hoy-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores?idiom=es>
31. Urbina Laza Omayda, Pérez Sánchez América, Delgado Moreno Juana Elsa, Martín Linares Xiomara. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Educ Med Super [Internet]. 2003 Sep [citado 15 de marzo de 2024] ; 17(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000300002&lng=es.
32. Correa Argueta Edgar, Verde Flota Elsy Elizabeth. Et al. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia de Henderson. UAM 1ª de edición 2016. División de CBS
33. Hernández Navarrete Erik, López Salazar Gabriela. Algoritmos NNN 2021-2023.Colegio de Enfermería de la sierra COLENSI. CUCS UDG.
34. Necesidades Humanas. Modulo: Aplicación de cuidados básicos [citado el 04 de abril de 2024][INTERNET]. Gob.mx Disponible en:
<https://colegiofernandodearagon.cl/wp-content/uploads/2020/06/3%C2%BA-MEDIO-APLICACI%C3%93N-DE-CUIDADOS-B%C3%81SICOS-CLASE-7.pdf>
35. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] Gob.mx. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en:
http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf
36. Manuela U, Colombia B, Carolina. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Redalyc.org. [INTERNET][citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
37. Reyes Gómez Eva Fundamentos de enfermería. Editorial El Manual Moderno; 2023.
38. Enfermería y Bienestar Blog. UNAM [Internet]. Proceso de Atención de Enfermería.; 2013 [consultado el 02 de febrero de 2024]. Disponible en:
<http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

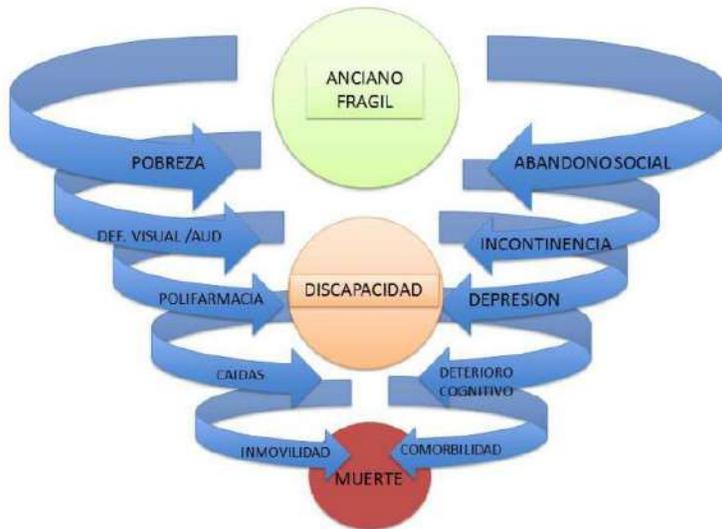
39. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. gob.mx. [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
40. CAPÍTULO 1 EL ADULTO MAYOR [Internet]. 2004. [Internet]. Udlap.mx. [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
41. Eliopoulos C. Enfermería geriátrica y gerontológica. 9a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
42. Williams P. Enfermería geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2020.
43. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. Org.mx. [citado el 9 de de abril de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463908234.pdf
44. Morbilidad por grupo edad [Internet]. epidemiologia.salud.gob.mx. Available from: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html
45. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) Org.mx. [INTERNET] [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
46. Herdman, H. Kamitsuru, S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023 12ª Edición septiembre 2021. Editorial ELSEVIER ES.
47. Rodríguez G, Palacios C, Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad. Unican.es. [INTERNET] [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14085/GarciaRodriguezI.pdf?sequence=1>
48. Acosta Benito M.A. et al. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo
49. Multidisciplinar. 2022.. Elsevier. [INTERNET][Consultado el 05 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-fragilidad-atencion-primaria-diagnostico-manejo-S0212656722001159>]
50. Williams P. Enfermería geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2020.
51. INAPAM. Beneficios de la actividad física en los adultos mayores [Internet]. gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/beneficios-de-la-actividad-fisica-en-los-adultos-mayores>

52. Romero Rodríguez David Alejandro, Henao-Castaño Ángela María, Gómez Tovar Luz Omaira. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. Rev. cubana Enfermera [Internet]. 2022 Mar [consultado el 01 de mayo de 2024]; 38(1): e4163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100018&lng=es.%20%20Epub%2022-Abr-2022
53. Arias Jiménez MS, Gutiérrez Soto Y. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. Población y Salud en Mesoamérica. 2020 Jan 1;
54. Navarro A, Gutiérrez L, Samudio M, Colaboradores et al. Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo [Internet][Consultado el 01 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/2017/Geriatria/Pautas-estimulacion-cognitiva3.pdf>
55. INAPAM. La importancia de la salud mental para un envejecimiento saludable [Internet]. gob.mx. [consultado el 01 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-importancia-de-la-salud-mental-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
56. IMSS GPC. *Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer nivel de Atención*. Gob.mx. 2011
57. Rodríguez Jiménez Leticia Evaluación nutricional realizada en personas adultas mayores en los albergues del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México. Gob.mx. [INTERNET][consultado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/602654/Evaluacion_nutricional_realizada_en_personas_adultas_mayores_en_los_albergues_del_Instituto_Nacional_de_las_Personas_Adultas_Mayores_de_la_Ciudad_de_Mexico.pdf
58. BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO Dermatología geriátrica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 [Consultado el 01 de mayo de 2024]; 57(6): 48-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000600048&lng=es.
59. Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores Gob.mx. [INTERNET][citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/manual_basico.pdf
60. Saldaña M. Podología geriátrica [INTERNET] [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://centromedicomsaldana.es/podologia-geriatrica-pie-geriatrico>
61. INAPAM Salud bucodental en las personas mayores.gob.mx [Internet].[Consultado el 08 de mayo de 2024]Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-bucodental-en-las-personas-mayores>

62. INAPAM. Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores Gob.mx. [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/manual_basico.pdf
63. Vergel H, Karina V, Pinto S, Leal. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Redalyc [Internet]. [Consultado el 05 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/290/29069613004/29069613004.pdf>
64. Deses Carlos. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 feb [consultado el 30 de abril de 2024]; 61(1): 33-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100033&lng=es
65. Ortiz German Ma. Judith. Alteraciones de la marcha y el balance en el adulto mayor Unam.mx. [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000651573/3/0651573_A1.pdf
66. IMSS GPC. *Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el anciano*. Gob.mx. 2011

ANEXOS

Anexo 1.-Tornado de la Fragilidad



149

Anexo 2.- Ciclo del Síndrome de Fragilidad



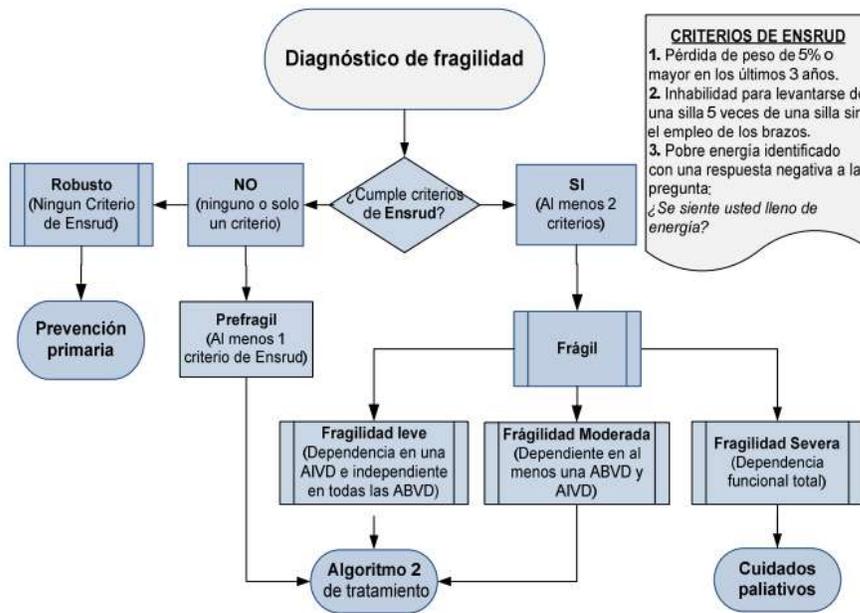
Modificado de Fulop 2010, Strandberg 2011

150

149 IMSS GRP Prevención, Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el anciano Gov.mx.2011

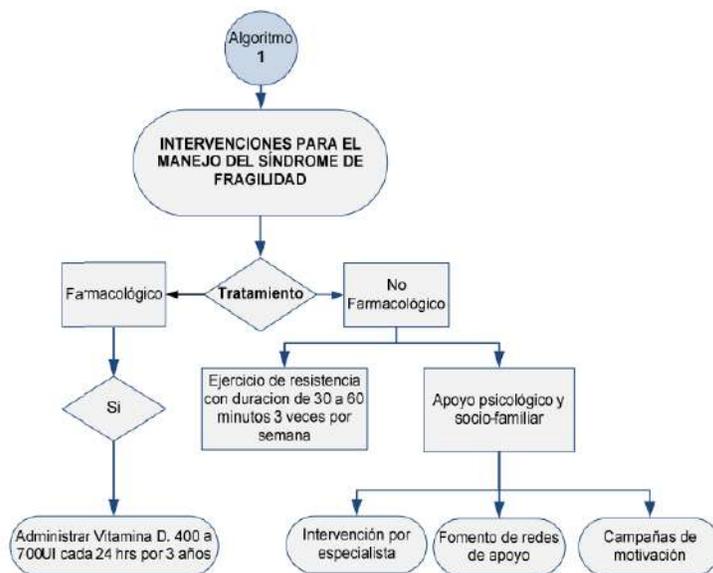
150 Op.Cit. Prevención, Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el anciano Pág.158

Anexo 3. Algoritmo Diagnóstico del Síndrome de Fragilidad



151

Anexo 4. Algoritmo Tratamiento del Síndrome de Fragilidad



151 Op.Cit. Prevención, Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el anciano Pág. 158

Anexo 5 Bateria corta de desempeño físico



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA

Bateria corta de desempeño físico (SPPB)

Objetivo:

Identificar el desempeño físico de la persona mayor.

Descripción:

La batería corta de desempeño físico conocida por sus siglas en inglés SPPB (Short Physical Performance Battery), es un instrumento que evalúa tres aspectos de la movilidad: equilibrio, velocidad de marcha y fuerza de miembros o extremidades inferiores para levantarse de una silla. Apoya a la probable detección de desenlaces adversos tales como mortalidad e institucionalización, así como su asociación con discapacidad.

Requerimientos:

- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones, acondicionado con mobiliario cómodo para la realización de actividades incluyendo el espacio de 4 metros.
- Bolígrafo
- Formato impreso y protocolo de aplicación.
- Cronómetro o teléfono inteligente.
- Flexómetro para medir distancia de 4 metros.
- Silla sin descansar brazo y respaldo recto.
- Cinta para delimitar área en piso.

Instrucciones:

1. Explique a la persona mayor el propósito de aplicación de la batería corta de desempeño físico.
2. Prepare el espacio, a fin de desarrollar la evaluación. (mida y marque con cinta el espacio de 4 metros).
3. Utilice el protocolo de aplicación anexo.
4. Registre en el formato correspondiente.
5. Sume el puntaje obtenido por cada una de los apartados.
6. Determine la interpretación según el resultado.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Calificación:

Apartado 1. Prueba de balance: realice la sumatoria del apartado a+b+c y registre el resultado ____/4puntos máximo.

Apartado 2. Velocidad de la marcha (recorrido 4 metros): del tiempo requerido para recorrer la distancia registrado en segundos determine el puntaje y registre resultado ____/4puntos máximo.

Apartado 3. Prueba de levantarse cinco veces de la silla: del tiempo requerido para levantarse 5 veces de la silla registrado en segundos determine el puntaje y registre resultado ____/4puntos máximo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Sume el puntaje obtenido de la evaluación de los apartados 1+2+3 y registre ____/12 puntos máximo.
- Si la persona mayor tiene un puntaje menor a 8 puntos (< 8 puntos) se identifica un desempeño físico bajo.

Referencias:

- Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., & Alonso-Bouzon, C. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años [Internet]. Vivifrail. España: Vivifrail; 2017 [cited 2018 May 31].
- (Modificado de de Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85–M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Batería corta de desempeño físico (SPPB)

1. Prueba de balance

	A. Pararse con los pies uno al lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
		B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.
		C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en seg _____ (máx. 15)
	<input type="checkbox"/> 0= <3.0 seg o no lo intenta. <input type="checkbox"/> 1= 3.0 a 9.99 seg. <input type="checkbox"/> 2= 10 a 15 seg.	

2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)

	A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="text" value="9.55"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
		B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.
Calificación de la medición menor. <input type="checkbox"/> 1= >8.70 seg. <input type="checkbox"/> 2= 6.21 a 8.70 seg. <input type="checkbox"/> 3= 4.82 a 6.20 seg. <input type="checkbox"/> 4= <4.82 seg.		SUBTOTAL Puntos: 1/4

3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla

	A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B) ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> 15.44 No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
		B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla
Calificación de la actividad. 0= Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 seg. 1= 16.7 a 60 seg. . 2= 13.7 a 16.69 seg. 3= 11.2 a 13.69 seg 4= < o igual 11.19 seg		SUBTOTAL Puntos: 2/4

TOTAL BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12

Puntos: 7/12

* Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambon-Ferranesi, F., Martínez-Velilla, N., & Alonso-Bouzon, C. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años [Intemat]. Vivitral. España: Vivitral; 2017 [cited 2018 May 31].
 * (Modificado de: Curatnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85-M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>)



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Batería Corta de Desempeño Físico

*Importante: todas las pruebas deben realizarse en el mismo orden en que se presentan en este protocolo. Las instrucciones para los participantes se muestran en **negrita** y *cursiva* y deben darse exactamente como están escritas en este guion.*

1. PRUEBA DE EQUILIBRIO

El/la participante debe ser capaz de ponerse de pie sin ayuda y sin el uso de un bastón o un andador. Se le puede ayudar a levantarse.

Ahora comencemos la evaluación. Ahora me gustaría que intente mover su cuerpo en diferentes movimientos. Primero le describiré y le mostraré cada movimiento. Entonces me gustaría que intentara hacerlo. Si no puede hacer un movimiento en particular, o si cree que no sería seguro tratar de hacerlo, dígame y pasaremos al siguiente. Permitame enfatizar que no quiero que intente hacer ningún ejercicio que considere inseguro.

A. De pie con los pies juntos uno al lado del otro.

1. **Ahora le mostraré el primer movimiento.**
2. (Demostrar) **Quiero que intente pararse con los pies juntos uno al lado del otro, durante unos 10 segundos.**
3. **Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.**
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a poner los pies juntos uno al lado del otro.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
6. Cuando el/la participante tenga los pies juntos, pregúntele **“¿Está listo/a?”**
7. Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, **“Listo, empezamos.”**
8. Detenga el cronómetro y diga **“Deténgase”** después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
9. Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

B. De pie con los pies en semi-tándem.

1. **Ahora le mostraré el segundo movimiento.**
2. (Demostrar) **Ahora quiero que intente pararse con el talón de un pie tocando el dedo gordo del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted.**
3. **Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.**
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a colocarse en la posición de semi-tándem.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
6. Cuando el/la participante tenga sus pies juntos en semi-tándem, pregúntele **“¿Está listo/a?”**
7. Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, **“Listo, empezamos.”**
8. Detenga el cronómetro y diga **“Deténgase”** después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
9. Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

C. De pie con los pies en tándem completo.

1. **Ahora le mostraré el tercer movimiento.**
2. (Demostrar) **Ahora quiero que intente pararse con el talón de un pie delante y tocar los dedos del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted.**



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Batería Corta de Desempeño Físico

3. *Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.*
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a colocarse en la posición tándem completo.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
6. Cuando el/la participante tenga sus pies juntos en tándem completo, pregúntele "¿Está listo/a?"
7. Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, "Listo, empezamos."
8. Detenga el cronómetro y diga "Deténgase" después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.

2. PRUEBA DE VELOCIDAD Y MARCHA

Ahora voy a observar cómo camina normalmente. Si usa bastón u otro auxiliar para caminar y siente que lo necesita para caminar una distancia corta, entonces puede usarlo.

A. Primera prueba de velocidad de marcha.

1. *Este es el trayecto que hay que caminar. Quiero que camine hasta el otro extremo del trayecto a su velocidad habitual, como si estuviera caminando por la calle para ir a la tienda.*
2. Demuestre como caminar por el trayecto al/la participante.
3. *Camine hasta el final del trayecto pasando la cinta antes de detenerse. Caminaré junto a usted. ¿Siente que esto sería seguro?*
4. Pida al/la participante que se pare con ambos pies tocando la línea de salida.
5. *Cuando quiera que inicie, le diré: "Listo, empezamos".* Cuando el/la participante haya comprendido esta instrucción, dígame: "Listo, empezamos."
6. Presione el botón para activar el cronómetro cuando el/la participante comience a caminar.
7. Camine detrás y a un lado del/la participante.
8. Detenga el cronómetro cuando uno de los pies del/la participante haya cruzado completamente la línea final.

A. Segunda prueba de velocidad de marcha.

1. *Ahora quiero que repita la prueba. Recuerde caminar a su ritmo habitual y llegar un poco más allá del otro extremo del trayecto.*
2. Asegúrese de que el/la participante se pare con ambos pies tocando la línea de salida.
3. *Cuando quiera que inicie, le diré: "Listo, empezamos".* Cuando el/la participante haya comprendido esta instrucción, dígame: "Listo, empezamos."
4. Presione el botón para activar el cronómetro cuando el/la participante comience a caminar.
5. Camine detrás y a un lado del/la participante.
6. Detenga el cronómetro cuando uno de los pies del/la participante haya cruzado completamente la línea final.

2. PRUEBA DE LEVANTAMIENTO DE LA SILLA

Levantamiento único de la silla

1. *Hagamos la última prueba de movimiento. ¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla sin usar los brazos?*
2. *La siguiente prueba mide que tanta fuerza tiene en sus piernas.*
3. (Demuestre y explique el procedimiento.) *Primero, doble los brazos sobre el pecho y siéntese de manera que sus pies estén en el piso; luego levántese manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho.*
4. *Por favor póngase de pie manteniendo sus brazos cruzados sobre el pecho.* (Anoté resultado).
5. Si el/la participante no puede levantarse sin usar los brazos, dígame "De acuerdo, traté de ponerme de pie usando los brazos." Este es el final de la prueba. Anote el resultado y vaya a la hoja de puntuación.



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Batería Corta de Desempeño Físico

Levantamiento único de la silla

1. *¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos?*
2. (Demostrar y explicar el procedimiento): **Por favor, levántese derecho lo más RÁPIDO que pueda cinco veces, sin detenerse entre los levantamientos. Cada vez que se levante, siéntese y luego levántese de nuevo. Mantenga sus brazos cruzados sobre su pecho. Le estaré tomando el tiempo con un cronómetro.**
3. Cuando el/la participante este sentado/a correctamente, dígame: “*¿Listo/a?, Levántese*” y empiece a tomar el tiempo.
4. Cuente en voz alta, cada vez que el/la participante se levanta de la silla, hasta contar 5 levantamientos.
5. Detenga al/la participante si este/a se cansa mucho o presenta dificultad para respirar al estar levantándose repetidamente de la silla.
6. Detenga el cronómetro cuando el/la participante se haya levantado por quinta ocasión.
7. También detenga el cronómetro:
 - Si el/la participante usa sus brazos
 - Después de 1 minuto, si el/la participante no ha completado los 5 levantamientos.
 - A su juicio, si le preocupa la seguridad del/la participante
8. Si el/la participante se detiene y parece que estar fatigado/a antes de completar los 5 levantamientos de la silla, confírmelo preguntándole “*¿Puede continuar?*”
9. Si el/la participante responde “Si”, continúe tomando el tiempo. Si el/la participante responde “No”, deténgalo/a y reinicie el cronómetro.

Referencias:

- Short Physical Performance Battery (SPPB). (n.d.). Retrieved December 27, 2018, from <https://www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb>



Anexo 6 Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

Objetivo:

Identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Descripción:

El índice de katz está constituido por 6 ítems, cada uno corresponde a una actividad a evaluar como alimentación, vestido, baño, continencia urinaria/fecal, transferencias y uso del sanitario.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Instrucciones:

NOTA: Si la persona mayor no se encuentra cognoscitivamente íntegra interrogar al cuidador.

1. Para aplicar el Índice de Katz se requiere observar a la persona mayor.
2. Preguntar si realiza cada una de las actividades.
3. En la columna correspondiente deberá registrar la manera en que la persona mayor realiza cada actividad otorgando 1 o 0 puntos, de acuerdo a lo establecido en las características descritas en cada una de ellas.
4. Suma el total de los puntos otorgados.

Calificación:

El Índice de Katz cuenta con un puntaje numérico que a continuación se describe:

- Puntaje máximo: 6/6
- Puntaje mínimo: 0/6

Y un puntaje alfabético.

Alfabético:

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- El puntaje 6 indica total independencia.
- Cualquier puntaje menor de 6 indica deterioro funcional, el cual puede llegar a "0" en un estado de dependencia total. Así mismo deberá registrarse el puntaje alfabético según corresponda a fin de tener una interpretación descriptiva.

Referencias:

- Cabañero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2009). The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized, measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Comité de Geriátrica y Competencias de la Geriátrica.



Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por si mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por si mismo/a.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentación Sí: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFICACIÓN DE KATZ

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado 6 /6[6]

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized, measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919
- Cabañero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2009). The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. Arch Gerontol Geriatr, 49(1), e77-e84(ADL): a structured review. Arch Gerontol Geriatr, 49(1), e77-e84



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Anexo 7 Mini-Nutritional Assessment



Mini-Nutritional Assessment®

Apellidos: A. C. Nombre: C.
 Sexo: MUJER Edad: 76 años Peso, kg: 61 kg Altura, cm: 1.51 cm Fecha: 27/02/2024

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional

Cribaje

A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = ha comido mucho menos
 1 = ha comido menos
 2 = ha comido igual

1

B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

0 = pérdida de peso > 3 kg
 1 = no lo sabe
 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
 3 = no ha habido pérdida de peso

2

C. Movilidad

0 = de la cama al sillón.
 1 = autonomía en el interior.
 2 = sale del domicilio

2

D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses

0 = sí 2 = no

2

E. Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave
 1 = demencia moderada
 2 = sin problemas psicológicos

1

F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/(talla en m²)

0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

2

Evaluación del cribaje

(subtotal máx. 14 puntos)

12 - 14 puntos: estado nutricional normal
 8 - 11 puntos: riesgo de malnutrición
 0 - 7 puntos: malnutrición

10

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G. El paciente vive independientemente en su domicilio?

1 = sí 0 = no

0

H. Toma más de 3 medicamentos al día?

0 = sí 1 = no

1

I. Úlceras o lesiones cutáneas?

0 = sí 1 = no

1

J. Cuántas comidas completas toma al día?

0 = 1 comida
 1 = 2 comidas
 2 = 3 comidas

1

K. Consume el paciente

productos lácteos al menos una vez al día? sí no
 huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí no
 carne, pescado o aves, diariamente? sí no

0.0 = 0 o 1 síes
 0.5 = 2 síes
 1.0 = 3 síes

0.5

L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no 1 = sí

1

M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

(agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
 0.0 = menos de 3 vasos
 0.5 = de 3 a 5 vasos
 1.0 = más de 5 vasos

0.5

N. Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda
 1 = se alimenta solo con dificultad
 2 = se alimenta solo sin dificultad

2

O. Se considera al paciente que está bien nutrido?

0 = malnutrición grave
 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
 2 = sin problemas de nutrición

2

P. En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?

0.0 = peor
 0.5 = no lo sabe
 1.0 = igual
 2.0 = mejor

10

Q. Circunferencia braquial (CB en cm)

0.0 = CB < 21
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1.0 = CB > 22

10

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP < 31
 1 = CP ≥ 31

1

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos: estado nutricional normal
 De 17 a 23.5 puntos: riesgo de malnutrición
 Menos de 17 puntos: malnutrición

11 puntos

Ref. Velaz D, Vilas H, Abelein C, et al. Overview of the MNA®- Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2005; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Palmer JD, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geriatr 2001; 56A: 3369-3377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10: 496-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners.
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N07200 1200 1041
 Para más información: www.mna-elderly.com



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.



Anexo 8 Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)



Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		Puntos
Baño/Ducha	<i>Independiente.</i> Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado. <i>Dependiente.</i> Necesita ayuda o supervisión.	5 0
Vestido	<i>Independiente.</i> Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda. <i>Dependiente.</i> Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.	10 5 0
Aseo personal	<i>Independiente.</i> Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse. <i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	5 0
Uso del retrete (taza de baño)	<i>Independiente.</i> Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa. <i>Dependiente.</i> Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	10 5 0
Uso de escaleras	<i>Independiente.</i> Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras. <i>Dependiente.</i> Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	10 5 0
Traslado cama-sillón	<i>Independiente.</i> No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se transfiere a la cama independientemente. <i>Mínima ayuda.</i> Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado. <i>Gran ayuda.</i> Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda. <i>Dependiente.</i> Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	15 10 5 0
Desplazamiento	<i>Independiente.</i> Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis ponérsela y quitársela solo. <i>Ayuda.</i> Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utilizar andador. <i>Independiente en silla de ruedas.</i> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión. <i>Dependiente.</i> No camina solo o no propulsa su silla solo.	15 10 5 0
Control de orina	<i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado. <i>Incontinencia ocasional.</i> Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector. <i>Incontinente.</i> Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejar solo con la sonda o colector.	10 5 0
Control de Heces	<i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo. <i>Incontinencia ocasional.</i> Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios. <i>Incontinente.</i> Más de un episodio por semana.	10 5 0
Alimentación	<i>Independiente.</i> Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo. <i>Dependiente.</i> Depende de otra persona para comer.	10 5 0

Total **100 /100**

Mahoney FI, Barthei DW. Md State Med J. 1965;14:61. PMID: 14258950
Cabañero-Martínez MJ, et al. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):e77. PMID: 18990459.



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Anexo 9 FRAIL



FRAIL

Objetivo:

Identificar probable fragilidad en la persona mayor.

Descripción:

La herramienta de tamizaje "FRAIL" es un cuestionario sencillo que consta de 5 preguntas dicotómicas, que abordan 5 puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Instrucciones:

1. Diga a la persona mayor el objetivo del cuestionario, y mencione que hará 5 preguntas de las cuales le tendrá que decir sí o no según sea su caso.
2. Pregunte de acuerdo a la guía del instrumento y anote la respuesta en el espacio asignado

Calificación:

- De acuerdo al puntaje asignado se realiza la sumatoria de las preguntas teniendo un rango total de 0-5 puntos máximo como resultado.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Para interpretar utilice los siguientes criterios:

- **Probable fragilidad:** 3 a 5 puntos.
- **Probable pre-fragilidad:** 1 a 2 puntos.
- **Sin fragilidad o robustez:** 0 puntos.

Referencias:

- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H., & Szejf, C. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>

FRAIL

	Puntuación
[Fatigue (fatiga)] En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió	1 = Todo el tiempo 2 = La mayor parte del tiempo 3= Algo de tiempo 4 = Muy poco tiempo 5 = Nada de tiempo Respuestas 1 o 2 son puntuadas como 1 y el resto como 0. 1
[Resistance (resistencia)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	1 = Si 0 = No 0
[Aerobic (actividad aeróbica)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?	1 = Si 0 = No 0
[Illnesses (enfermedades)] Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?	1 = Si 0 = No. El total de enfermedades (0-11) son recodificadas como 0-4 = 0 y 5-11 = 1. Las enfermedades incluyen: hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer (otro que no sea un cáncer menor en piel), enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide), enfermedad vascular cerebral (embolia) y enfermedad renal crónica. 0
[Lost of weight (pérdida de peso)] ¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual]* Hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos? [Peso hace un año]	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: [(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100. Si la pérdida de peso es ≥5% se suma un punto (+1), si es ≤4 se puntúa como 0. 8.95 1

Puntuación total: 2

Interpretación

El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente.

- Probable fragilidad: 3 a 5 puntos.
- Probable pre-fragilidad: 1 a 2 puntos.
- Sin fragilidad o robustez: 0 puntos.

- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H., & Szlejf, C. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.



Anexo 10 Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)



Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)

Objetivo:

Identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

Descripción:

El Índice de Lawton apoya a la detección de los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados prolongados, lo que permite monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de discapacidad. Evalúa 8 actividades: usar el teléfono, cocinar, lavar ropa, hacer tareas de la casa, usar transporte; manejar las finanzas, hacer compras, administrar medicamentos. En cuanto a la validez y confiabilidad se ha confirmado que la validez de este índice es de relevancia en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud, así como para evaluarlos. Las medidas de confiabilidad con los componentes básicos se le consideran aceptables. Su aplicación en la clínica permite detectar precozmente el plan terapéutico e identificar la necesidad de una asistencia.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Instrucciones:

1. La información se obtiene directamente de la persona mayor o de su cuidador, si ésta no se encuentra cognoscitivamente íntegra.
2. Registre marcando con una x, en la columna correspondiente a 1 o 0 puntos; para ello es importante identificar la manera en que la persona mayor realiza cada actividad para otorgar o no el puntaje, de acuerdo a lo establecido en las características descritas en cada una de ellas.
3. Sume el total de los puntos.
4. Registre en el apartado de resultado.

Calificación:

- El puntaje máximo es 8/8
- El puntaje mínimo es 0/8
- El puntaje máximo puede ser menor cuando se omiten las actividades que nunca ha realizado la persona mayor, por ejemplo si la persona mayor nunca ha cocinado Total: 7/7.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Los 8 puntos indican independencia total para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Un resultado menor indica deterioro funcional; excepto cuando se omiten actividades que nunca realizó la persona mayor.

Referencias:

- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García Gutiérrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 1-7.

Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)

INDEPENDENCIA EN AVID

1) Capacidad para usar teléfono

- Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas.
 Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos.
 Sí: Contesta el teléfono pero no llama.
 No: No usa el teléfono.



2) Transporte

- Sí: Se transporta solo/a.
 Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.
 Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado.
 No: Viaja en taxi o auto acompañado.
 No: No sale.



3) Medicación

- Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.
 No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado.
 No: Es incapaz de hacerse cargo.



4) Finanzas

- Sí: Maneja sus asuntos independientemente.
 No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.
 No: Es incapaz de manejar dinero.



5) Compras

- Sí: Vigila sus necesidades independientemente.
 No: Hace independientemente sólo pequeñas compras.
 No: Necesita compañía para cualquier compra.
 No: Incapaz de cualquier compra.



6) Cocina

- Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.
 No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.
 No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada.
 No: Necesita que le preparen los alimentos.



7) Cuidado del hogar

- Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.
 Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.
 Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.
 No: Necesita ayuda en todas las actividades.
 No: No participa.



8) Lavandería

- Sí: Se ocupa de su ropa independientemente.
 Sí: Lava sólo pequeñas cosas.
 No: Todos se lo tienen que lavar.



Resultado

5 / 8

• Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186

• Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García Gutiérrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 1-7

Anexo 11 Mini-examen del estado mental



Mini-examen del estado mental

Objetivo:

Detectar deterioro cognitivo leve o demencia.

Descripción:

Esta versión del mini-examen del estado mental que adaptó y validó Sandra Reyes de Beaman y colaboradores en población mexicana, se realizaron algunos cambios a saber: en orientación de tiempo se reemplazó la pregunta acerca de la estación del año por la hora, considerándose correctas respuestas entre 0.5 horas antes o después de la hora exacta real; en orientación en espacio, la pregunta ¿cuál es el nombre de este hospital? solo se le hace a personas que se encuentran hospitalizadas, en otros contextos se cambia por ¿en dónde estamos ahora?, este dominio también considera la colonia o vecindario y la ciudad; las palabras a registrar y recordar se cambiaron por papel, bicicleta y cuchara; en atención y cálculo se mantuvo la resta de 7 en 7 empezando por 100, dejando como alternativa la resta de 3 en 3 empezando por 20; en lenguaje la frase a repetir es ni no, ni si, ni pero. Otro ajuste que se realizó a esta versión fue que en personas con 3 o menos años de escolaridad formal, se les asigna 8 puntos, y no se aplican los reactivos de la resta de 7 en 7, leer la orden escrita "Cierre los ojos", escribir una frase o enunciado, no copiar el dibujo de los pentágonos; lo cual permite utilizar el mismo valor de corte para identificar posible deterioro cognitivo con 24 o menos puntos del mini-examen del estado mental.

Es una prueba cuya puntuación está altamente influenciada por la escolaridad y la edad. Aquellas personas que obtengan una puntuación baja requieren una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva para confirmar y determinar el grado de deterioro cognitivo.

Requerimientos:

- Formato del mini-examen del estado mental.
- Bolígrafo.
- Hoja de papel para la orden verbal.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Instrucciones:

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado mental".
2. Pregunte si sabe leer o escribir.
3. Pregunte hasta qué año estudió en caso de "A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, dárles 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto)".
4. Diga tal cual la instrucción que está establecida en cada dominio del formato.
5. Realice la sumatoria a fin de establecer el resultado final.

Calificación:

- Se dará un punto por cada respuesta correcta.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Probable deterioro cognitivo: Puntaje < 24 .
- Sin deterioro cognitivo: Puntaje > 24 .

Referencias:

- Reyes de Baeman, S., Beaman, P. E., García Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cong. Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Mini-examen del estado mental

Criterio de evaluación: Se dará un punto por cada respuesta correcta

Nombre del/a entrevistado/a: A. C. C.

Sabe leer: Sí No

Sabe escribir: Sí No

Hasta que año estudió: PRIMARIA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

I. Orientación

(Tiempo)

1. ¿Qué fecha es hoy?

Respuesta			Real		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

Respuesta		Real	
Hr.	Min.	Hr.	Min.
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?
 ¿En qué área o departamento estamos ahora?
 ¿Qué colonia es esta?
 ¿Qué ciudad es esta?
 ¿Qué piso es este?

INC - CORR	
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

II. Registro

3. Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:

Papel Bicicleta Cuchara

Ahora dígalos usted:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

III. Atención y Cálculo

4. Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

	INC	CORR
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

4a. Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir del 20.

	INC	CORR
17	0	1
14	0	1
11	0	1
8	0	1
5	0	1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez:

- TOMA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA
- DÓBLELO POR LA MITAD
- Y DEJELO EN EL SUELO

INC - CORR	
0	1
0	1
0	1
0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre los ojos

(máx. 1) 0 1

Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje (atrás de esta hoja)

(máx. 1) 0 1

V. Memoria diferida

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

Copie, por favor, este dibujo tal como esta. (mostrar atrás de esta hoja)

(máx. 1) 0 1

Muestre el RELOJ y diga: ¿Qué es esto?

INC - CORR	
0	1
0	1
0	1

(máx. 2) 0 1 2

Muestre el LÁPIZ y diga: ¿Qué es esto?

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Sólo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

NI NO, NI SÍ, NI PERO

(máx. 1) 0 1

Puntaje total:

0	1	2	3						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, daries 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).

PUNTAJE DE

Interpretación: 20 PUNTOS

Puntaje ≤ 24 = Probable deterioro cognitivo.
 Puntaje > 24 = Sin deterioro cognitivo.

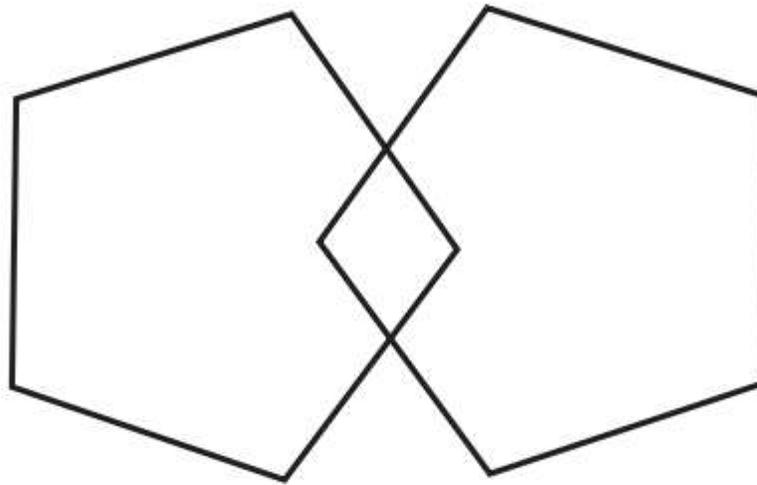
Sensibilidad: 97%
 Especificidad: 88%
 Área bajo la curva: 0.849



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



CIERRE SUS OJOS



• Reyes de Baeman, S., Beaman, P. E., García Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cong. Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.



Anexo 12 Escala de Depresión Geriátrica



Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con **Sí** o **No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Si (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Si (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Puntaje de 5 puntos

03 de marzo de 2024 C.A.C 76 años Femenino



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si o No en negritas**)
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruoc ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.



ANEXO 13. Escala de Downton-Riesgo de caídas

Escala de Riesgo de caídas (J. H. DOWNTON)

Caídas previas	NO	0
	SI	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos*	1
Deficiencias sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Buena orientación	0
	Confusión	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

* Según los criterios STOPP/START otros fármacos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación.

Puntaje 2 puntos

Si la puntuación en la **escala de Downton es menor o igual de 2** se considera que el paciente no requiere cuidados específicos relacionados con el riesgo de caídas. Se proporcionan mediante técnicas de EpS las medidas generales de promoción de la salud de personas mayores sobre actividad física, prescripción de ejercicio y adecuación del entorno para mejorar su seguridad, como se recomienda en las **intervenciones NIC de enfermería** recogidas en la guía de cuidados para la prevención de caídas en Atención Primaria. Se reevaluará cuando se produzca cualquier cambio en su estado físico o mental.

ANEXO 14. Carta de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a 03 enero 2024
Día Mes Año

A quien corresponda:

Yo ALDANA CALVA CATALINA
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Persona Adulto Mayor con Riesgo de Síndrome de Fragilidad del Anciano basado en el Modelo de Atención de Virginia Henderson

Título del Proceso Atención de Enfermería

que realiza el pasante de enfermería: Rocha Gerónimo Marco Antonio
Nombre(s) y apellidos

que pertenece a la Escuela de Enfermería de la Ciudad de México cuyos objetivos consisten en:

- Aplicar el instrumento de valoración de Virginia Henderson, para la identificación de necesidades específicas.
- Formular los diagnósticos de enfermería con referencia a las necesidades alteradas utilizando la taxonomía NANDA.
- Diseñar cuidados de calidad que mejoren su bienestar y promueven un envejecimiento saludable de la paciente.
- Implementar los planes de cuidados integrales de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.
- Evaluar el progreso de la paciente tras haber brindado los cuidados de enfermería

Estoy consciente que la contestación de la entrevista:

Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson o los que se requieran para mis diagnósticos

Nombre del cuestionario

es para lograr los objetivos de este trabajo escrito y los riesgos para mi persona son: Las intervenciones y medidas establecidas en el Plan de Alta de enfermería contribuyen a disminuir las posibles complicaciones que tengo como adulto mayor y así estar fortaleciendo las prácticas de autocuidado además de incluir a mi familia en mi cuidado, mejorando así mi calidad de vida.

Entiendo que de esta investigación se derivan los siguientes beneficios:

Identificar y transmitir a otros pacientes en riesgo esta información, con el objetivo de reducir los riesgos asociados y orientar a aquellos que aún no han sido diagnosticados, pero que podrían desarrollar dicho síndrome. Además de llevar a cabo acciones de promoción, educación y fomento a la salud que contribuyan a la disminución de este problema.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme del presente proceso si así lo deseo. Y también que esta información es personal y anónima y que será manejada con la normatividad vigente en el manejo de datos personales. Así mismo que puedo solicitar más información adicional para conocer los beneficios y riesgos de mi participación en este Proceso Atención de Enfermería.

Catalina Aldana

Nombre y firma