



**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 ADULTA MAYOR
CON DETERIORO DE LA MEMORIA BASADO EN EL MODELO DE
ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LETICIA LISBETE GARCÍA SANCHEZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. SILVIA VEGA HERNANDEZ

FECHA

CD. MX.

AGOSTO 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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 Adulta Mayor con Deterioro de la Memoria basado en el Modelo de Atención
de Virginia Henderson

Elaborado por:

1.	<u>GARCIA</u>	<u>SANCHEZ</u>	<u>LETICIA LISBETE</u>	No. Cuenta	<u>417506090</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	No. Cuenta	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)		

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

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 20 de agosto del 2024

Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y firma de la Asesora (PAE)

Mtra. Silvia Vega Hernández
Directora Técnica de la carrera



DEDICATORIA

A Dios

Principalmente quiero agradecer a Dios por darme salud, por permitirme seguir estando de pie para así poder lograr mis objetivos, en este camino que no ha sido fácil recorrer, pero en el cual estoy convencida que con esfuerzo, trabajo y dedicación puedo llegar a la meta gracias mi Dios, por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no rendirme gracias porque sé que tu acomodas las cosas en el momento indicado.

A mi profesora

Agradezco de todo corazón a la Mtra. Silvia Vega Hernández por su apoyo y orientación, por la paciencia que tuvo para guiarme en el proceso de mi trabajo y compartir sus conocimientos conmigo y porque siempre tuvo las motivaciones y palabras necesarias que me ayudaron para poder avanzar.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	6
II. JUSTIFICACION.....	9
III. OBJETIVOS.....	12
3.1 General.....	12
3.2 Específicos	12
IV. MARCO TEORICO	13
4.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	13
4.1.1 Conceptos básicos de la Enfermería que la sustentan como disciplina y profesión	14
4.2 El cuidado como objeto de estudio.....	17
4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y practico.....	21
4.2.2 Tipos de cuidado.....	24
4.3 Modelos y teorías de enfermería	27
4.3.1 Definición objetivos y clasificación.....	28
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería	30
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A.E	32
4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E	45
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona	48
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas	49
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	50
4.5 La persona.....	56
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	58
4.5.2 Padecimientos más frecuentes.....	65
4.5.3 Descripción del padecimiento	70
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	80
5.1 Presentación del caso clínico.....	80
5.2 Valoración inicial y continua.....	86
5.2.1 Organización de datos con base en la valoración de necesidades del modelo de atención de Virginia Henderson	95
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	100

5.4 Plan de Intervención de enfermería.....	103
5.5 Ejecución	132
5.6 Evaluación	133
5.7 Plan de alta	135
CONCLUSIONES.....	139
GLOSARIO DE TERMINOS	141
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	144
ANEXOS.....	151

INTRODUCCION

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento este grupo de población habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.¹

La expectativa de vida en alcanzar los 76 años ha hecho que nos obligue a enfrentar cada vez con más frecuencia los problemas médicos habituales de los ancianos como: la incontinencia de esfínteres, las caídas, la inmovilidad, la depresión, el abuso o el maltrato, la polifarmacia y las demencias.

El Deterioro Cognitivo (DC) es un padecimiento en el que las funciones intelectuales están parcial o totalmente alteradas, representa un problema de salud pública y un reto para los servicios sanitarios y sociales². En la actualidad persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, se reconoce como un síndrome geriátrico que refleja una disminución del rendimiento de, al menos una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento para el cálculo, habilidad constructiva de aprendizaje y habilidad visoespacial, así mismo este tipo de alteraciones son informadas por el paciente o por un familiar y se pueden objetivar mediante pruebas neuropsicológicas.³

¹ OMS. Envejecimiento y Salud. 1ro. de octubre de 2022 disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>.

² Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. NRL [Internet]. 2016 [citado julio 8 2024]; 991: 1-8. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213485316302171/1-s2.0-S0213485316302171-main.pdf?_tid=74ad03e8-559f-11e7-a305-00000aacb360&acdnat=1497953080_2f777632c2f99e6cf111ce8cce55950a

³ Rosales Martínez GM, Perera Lombillo CR, Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valdés Rodríguez D, Pérez Montes de Oca E. Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna / Factors associated with cognitive impairment in the Internal Medicine outpatient department. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2023 [citado 27 Jul 2024];11(2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1113>

La vejez debe ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre "fisiológico y patológico", dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales.⁴

El deterioro cognitivo leve del anciano es una entidad emergente que se conceptúa como un estado intermedio entre la demencia leve y la normalidad cognitiva. Su nacimiento se justifica porque el rendimiento cognitivo global de la población anciana tiene una distribución de forma continua, conforme se envejece al menos hasta los 95 años. Gran parte de los ancianos que sufren un deterioro cognitivo no padecen demencia sino una alteración cognitiva más o menos leve, que es más prevalente en los mayores de 75-80 años.⁵

Es importante mencionar que existen razones importantes para fortalecer políticas sanitarias implementadas a los requerimientos de las personas mayores se necesitan progresivamente que los equipos de salud desarrollen conocimientos y competencias específicas en la materia, es por ello que en el Programa de Acción Específico en Atención al envejecimiento (PAE 2019-2024) señala en el objetivo prioritario número 3 Mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para este grupo poblacional con dependencia funcional.

Para eso se requiere entre otras cosas, la necesidad de contar con profesionales en el área de la salud debidamente formados y capacitados, que desarrollen acciones y los doten de herramientas para entender y dar respuesta a las necesidades de salud de este grupo de personas.

⁴ Pérez Martínez Víctor T.. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Abr [citado 2024 Jul 08] ; 21(1-2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es.

⁵ Vallejo Sánchez Jesús Manuel, Rodríguez Palma Manuel. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Jul 09] ; 21(4): 153-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es.

A nivel de sociedad se debe fomentar que las personas adultas, especialmente aquellas de edad avanzada, frágiles o con múltiples comorbilidades, conversen y expresen sus voluntades de cuidado a sus familiares cercanos y a los profesionales de salud con el fin de facilitar la toma de decisiones en situaciones complejas, especialmente cuando la persona afectada se encuentra con sus facultades mentales alteradas, como es el caso de las personas con deterioro cognitivo, en sí este síndrome requiere de un manejo integral, interdisciplinario con cuidados específicos, seguros, oportunos e individualizado.⁶

Para mantener en la persona la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana. Debido a que durante la evolución de la enfermedad crónico-degenerativa se puede observar que el grado de dependencia se incrementa, lo cual demanda de personal que asuman la responsabilidad del cuidado de larga duración ya sea por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos) o bien por el personal de salud en particular enfermería que cuente con la preparación necesaria que fundamente su actuar profesional mediante el uso del Proceso Atención de Enfermería el cual está constituido con sus cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, modelos y teorías que definan los cuidados a partir de la taxonomía (NANDA, NOC, NIC) aceptada por la comunidad científica de enfermería.⁷

⁶ MANUAL DE ENFERMERÍA Rol de la Enfermería Gerontogeriatría en el Cuidado Continuo de las Personas Mayores, Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital Oficina Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2023

⁷ Camacho Estrada Lilian, Hinostrosa Arvizu Gladys Yokebed, Jiménez Mendoza Araceli. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Jul 18] ; 7(4): 35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=es.

JUSTIFICACION

A nivel mundial, la proporción de adultos mayores ha aumentado en los últimos años, en América Latina nuestro país se encuentra ubicado entre los tres países más envejecidos, la proporción de adultos mayores de 60 años se duplicará en 2050, pasando del 10 al 25%, así mismo se espera que sobrepase los 188 millones de personas.⁸ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento es la razón principal de una acumulación de daños moleculares y celulares, que lleva a la pérdida de capacidades físicas y mentales, con aumento de enfermedades y muerte; proceso no uniforme en las personas.

Los factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores incluyen características demográficas, sociales y de estilos de vida. Es importante considerar estos resultados en las políticas de salud para este grupo de población con el fin de reorientar la atención en la prevención del deterioro cognitivo, además de fortalecer los servicios de salud mental que se ofrezcan a las personas mayores.⁹

Uno de los cambios fisiológicos que por naturaleza tendrá el ser humano es el de envejecer proceso propio por la edad. Sin embargo, existen cambios que debido a la disminución de la capacidad intrínseca y extrínseca repercuten en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos como lo es la dependencia.

El presente caso clínico se desarrolla con una persona adulta mayor con deterioro cognitivo la cual presenta pérdida de la memoria real. Este padecimiento tiende a afectar la memoria a corto plazo (también llamada episódica). Los pacientes tienen dificultad para recordar conversaciones recientes, la ubicación de los elementos de uso frecuente y las citas. Sin embargo, la memoria de acontecimientos remotos está típicamente intacta, al igual que la atención está en evolución; en la actualidad a veces se define como el deterioro de la memoria o de otras funciones cognitivas

⁸ revistamedica.imss.gob.mx

⁹ Segura-Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura-Cardona Ángela, Muñoz-Rodríguez Diana I., Jaramillo-Arroyave Daniel, Lizcano-Cardona Douglas et al . Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichan [Internet]. 2018 June [cited 2024 July 29] ; 18(2): 210-221. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000200210&lng=en. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.8>.

que no es lo suficientemente grave como para afectar que funcionen en la vida cotidiana, hasta el 50% de los pacientes con este síndrome geriátrico desarrollan demencia dentro de los 3 años si no se atienden oportunamente.¹⁰

Es importante señalar que el Proceso Atención de Enfermería represento un pilar metodológico que se fundamenta en el método científico ya que, a partir del contexto, la información y las experiencias previas se valoró la respuesta humana de la Persona Mayor, además se abordó la vulnerabilidad cognitiva como la percepción que tiene la persona de no poseer control interno o externo sobre los peligros, lo cual afecta el sistema cognitivo y la forma de percibir el mundo. Entre los factores de riesgo asociados a este proceso se encuentra el deterioro cognitivo; las funciones que más se afectan con el declive de la edad son las relacionadas con la velocidad y precisión del procesamiento de la información, de acuerdo a un estudio realizado por (Fronte 2020) el sexo femenino representa uno de los factores importantes estadísticamente significativo, principalmente en aquellas personas con un menor nivel educativo y/o desventajas sociales como un nivel socioeconómico y como posibles causas, el aumento de la mortalidad debido al deterioro a medida que se incrementa la edad, así mismo la elevada frecuencia con que suelen ser explicadas las quejas de memoria en las personas mayores por las familias como parte del envejecimiento normal.¹¹

En el presente trabajo se aplicó un instrumento de valoración para recabar la información necesaria e identificar de forma temprana las necesidades de la paciente tomando como marco de referencia el Modelo de Atención de Virginia Henderson además se utilizaron instrumentos de valoración geriátrica integral que permiten como profesional de enfermería detectar el nivel del deterioro cognitivo y diseñar los principales diagnósticos. Cabe mencionar que dentro de las intervenciones de enfermería que el profesional de salud debe tener en cuenta es

¹⁰ Mark Freedman, *Perdida de memoria MD, MSc, University of Ottawa Revisado/Modificado oct 2023*

¹¹Fonte Sevillano Teresa, Santos Hedman Damián Jorge. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev cubana med* [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Jul 28]; 59(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. Epub 01-Mar-2020.

fomentar la participación en actividades sociales (familiares y de amigos) y de ocio, ya que mejoran la función cognitiva, tales como la terapia de reminiscencia apoyándose de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, musicoterapia, terapias sensitivas entre otras, que permiten la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.¹²

Por lo que es muy importante intervenir de manera oportuna para evitar la progresión del daño además de integrar a la familia en este tipo de actividades y sobre todo la identificación de las principales redes de apoyo externas para fortalecer la atención de este tipo de pacientes.

¹² Intervenciones de Enfermería para el cuidado del Adulto Mayor Con DETERIORO COGNOSCITIVO, Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-775-15

OBJETIVOS

3.1 General

Realizar un Proceso Atención de Enfermería aplicado a persona mayor con deterioro de la cognición en su domicilio, utilizando el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, para que mediante su identificación se prioricen y se diseñe un plan de cuidados que permita establecer intervenciones basadas en evidencia científica con el fin de mejorar su calidad de vida en conjunto con sus redes de apoyo.

3.2 Específicos

- Valorar el estado de salud de la persona buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas.
- Analizar los datos e identificar los problemas de salud reales y potenciales para el establecimiento de los diagnósticos que constituyan la base del plan de cuidados.
- Planear las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados, determinar los resultados esperados, así como las intervenciones de enfermería.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería de manera dependiente e interdependiente, para recuperar en la medida de lo posible el estado de salud de la persona y con ello evitar complicaciones
- Evaluar el plan de enfermería para verificar el logro de los resultados de acuerdo con el estado de salud de la persona, así como la eficacia de las intervenciones de enfermería.

MARCO TEORICO

1.1 Enfermería como profesión disciplinar

Hoy la Enfermería ha de considerarse una profesión consolidada, lo cual no significa que no se encuentre en un proceso constante de desarrollo, de búsqueda de nuevos campos de acción y de ampliación de competencias. De hecho, esta es una de las características de lo que hoy en día se considera una profesión, la cual cuenta con formación educativa de alto nivel y un cuerpo de conocimientos propios sustentado en saberes científicos, así mismo es importante la actualización continua, además de contar con una estructura organizativa con capacidad de control de la práctica profesional, un código ético bien definido y en constante búsqueda de autonomía como profesión.¹³

Una disciplina es una rama del saber humano con objeto y método de estudio propios. La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. A lo que se le denomina en nuestra disciplina como metaparadigma enfermero, es por ello que, para cumplir con su objeto de estudio, la Enfermería se basa en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida humana mediante un método propio que se conoce como Proceso Atención de Enfermería, que no es más que una adaptación del método científico a nuestro propio campo disciplinar.¹⁴

En la actualidad el término ciencia es definido como una forma de conciencia social, constituye un sistema históricamente formado de conocimientos ordenados cuya veracidad se comprueba y se puntualiza constantemente en el curso de la práctica social. La disciplina científica aporta las técnicas y métodos para obtener dicho conocimiento, debe tener su propio objeto de estudio y un método científico.

¹³ Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Ene 24] ; 27(4): 188-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es

¹⁴ IDEM 1

Enfermería tiene un cuerpo de conocimientos en formación constituido por una serie de teorías y modelos conceptuales que forman la estructura actual del conocimiento enfermero y que abordan desde distintos ángulos los cuatro conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero (salud, entorno, persona y cuidado).¹⁵

En este momento Enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia. No es posible hablar de ciencia y teoría sin abordar el papel importante de la investigación.

Así mismo se puede comprobar que la enfermería va en dirección ascendente en el camino de la profesionalización, tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, este es enriquecido a través de la investigación y le da estatus de ciencia a la actividad con un método científico (PAE) y el cuidado en su dimensión más amplia como objeto de estudio, por lo que se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico.¹⁶

1.1.1 Conceptos básicos de la Enfermería que la sustentan como disciplina y profesión

La disciplina científica se relaciona con lo cognoscitivo, es decir con el dominio de los conocimientos específicos que diferencian una profesión de otra y que delimitan un campo de estudio, de saber y de intervención, abarca tanto los conocimientos como los valores aceptados por la comunidad que ejerce una determinada práctica profesional y constituye el soporte y el respaldo de sus actuaciones.¹⁷

¹⁵ Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado 2024 Ene 27] ; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.

¹⁶ IDEM 3

¹⁷ IDEM 9 p.p 82

Una disciplina se define como un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia que explica e implica.

- Explica: porque describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.
- Implica: al mismo tiempo en un ejercicio profesional, en una forma determinada de actuar y proceder, en el uso de una técnica y aplicación de un estilo y una ética con carácter propio.¹⁸

Por lo que contribuye en el desarrollo y sistematización de una práctica, diseño de una tecnología al servicio de los conceptos disciplinares y unas técnicas orientadas a un fin.

Las disciplinas tienen características que las determinan como tal ¹⁹:

- Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
- Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado al objeto disciplinar.
- Organizan los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción.
- Establece conocimientos que se fundamenta con tres paradigmas científicos: el paradigma Positivista o empírico analítico, el interpretativo o hermenéutica y el sociocrítico o humanista.
- Tiene conceptos básicos de enfermería que la sustentan como disciplina y profesión. (cuidado, persona, salud y entorno)
- Tiene escuela de pensamiento enfermero que las caracteriza por un conjunto de conocimientos e intervenciones propias. (Que dota al profesional de enfermería de un cuerpo de conocimientos, agrupadas en seis escuelas del pensamiento, mismas que sustentan las bases filosóficas y científicas para

¹⁸ La construcción de una disciplina, de Esteban, Manuel, universidad de Murcia España, 1994. Responsable: Lic. Severino rubio Domínguez. SUA-ENEO, 1996

¹⁹ Construcción disciplinar de enfermería, ENEO-UNAM, Margarita Cárdenas Jiménez, Rosa Amarilis Zarate Grajales

la comprensión de los fenómenos de estudio e incorporar dicho conocimiento a la sintaxis disciplinar).

- Se conceptualiza la enfermería como una disciplina que abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.²⁰

Los términos profesión, ocupación y oficio con frecuencia se utilizan como sinónimos. En realidad, ninguno significa lo mismo. Una ocupación es el trabajo que una persona realiza regularmente. Oficio es la ocupación habitual o acostumbrada, basada en actividades rutinarias y modificadas por los ensayos y errores de la práctica habitual.

Diferentes autores han escrito sobre el concepto de profesión, se define como ocupación con componentes éticos, encaminada a incrementar el bienestar humano y social. Posee un conjunto de conocimientos propios, basados en los principios de la ciencia, que ha de ser desarrollado y sometido a la experimentación.²¹

El sociólogo Abraham Flexner identificó las profesiones sobre la base de seis requisitos: intelectual, práctica, con carácter único, organizada, altruista y responsable. Estos requisitos fueron considerados que solo los cumplían dos profesiones: el Derecho y la Medicina.²²

En 1958 el sociólogo Taylor apoyó las profesiones en dos pilares fundamentales: poseer un código ético y un cuerpo propio de conocimientos.

El paradigma actual establece ocho rasgos que han de considerarse principalmente en una actividad profesional, las características de una profesión son: ofrece un servicio único, es vocacional, esta ejercida por profesionales, controla la actividad,

²⁰ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) 2002

²¹ Fernández Pérez J. A, Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet]. 2001;3(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15503202>

²² Vicedo Tomey Agustín. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educ Med Super [Internet]. 2002 Jun [citado 2024 Feb 01]; 16(2): 156-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es.

requiere preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad y es altruista²³.

Cabe mencionar las siguientes características de una profesión de enfermería:

- Es intelectual ya que se basa en un conjunto de ideas propias, dentro de la práctica se emplea el método científico y a su vez utiliza conocimientos con pensamiento analítico, crítico y creativo.
- Se lleva a cabo dentro de la práctica ya que posee habilidades y destrezas.
- Dentro de lo académico el personal debe especializarse, con el fin de aumentar la calidad de atención del paciente.
- Tiene habilidades técnicas porque se apoya en principios científicos que se encaminan a la práctica y en conjunto proporciona legitimidad y autonomía en la profesión.
- La enfermería se ejerce con un marco teórico, se conforma de una base ética y valores que se señalan en el código deontológico de enfermería.
- Es autónoma ya que como profesión controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos.
- Es sensible a las necesidades humanas y tiene gran responsabilidad al contribuir en el bienestar de los demás.²⁴

4.2 El cuidado como objeto de estudio

Antecedentes del cuidado

El cuidado se ha estudiado bajo dos connotaciones: la histórica y la filosófica, con la finalidad de contextualizar sus orígenes en el desarrollo de la humanidad y los valores que se le han asignado por parte de enfermería.

La histórica se relaciona con los cuidados que se brindan al ser humano, con el propósito de mantener la vida y la sobrevivencia. Los cuidados existen desde el

²³ Catalina García Martín-Caro, María Luisa Martínez Martín Historia de la Enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero, Elsevier España, S.L, 2001 p.p 174

²⁴ Belinda de la Peña León, Manual de Enfermería Profesional, UNAM, FES Zaragoza, 2018.

comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir.

Por lo que el cuidar es ante todo un acto de vida en el sentido que representa una gran variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y así mismo permitir que esta continúe y se reproduzca, es decir es un acto que uno mismo se da cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se puede dar a cualquier persona que lo requiera, ya sea temporal o definitivo para asumir sus necesidades vitales.²⁵

ETAPAS DEL CUIDADO

El estudio de la historia y la evolución de la enfermería es fundamental para comprender la situación en la que se encuentra la profesión dentro de la sociedad y la disciplina en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos. Con base a lo anterior es importante identificar la evolución de la actividad de la enfermera a través de la historia ya que se identifica por los aspectos característicos que la definen en cada época, por lo que es importante definir cada una de las etapas que han dado origen al desarrollo de enfermería:²⁶

- a) **ETAPA DOMESTICA:** Se denomina domestica por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida ya que el objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio ya que principalmente los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida propia a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido en general todas las medidas que hacen que la vida sea más agradable.
- b) **ETAPA VOCACIONAL:** Durante esta etapa los conocimientos teóricos de las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples, lo más importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener a las personas dedicadas al cuidado de los enfermos más necesitados. La enfermería de esta época

²⁵ Françoise Colliere Marie. Promover la Vida. segunda edición. México 2009

²⁶ Ídem (11)

se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

- c) **ETAPA TÉCNICA:** En esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad, de esta manera a las personas dedicadas al cuidado Colliere les denominaba “mujer enfermera-auxiliar del médico” con la aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.
- d) **ETAPA PROFESIONAL:** Desde esta perspectiva la atención a la salud da inicio a la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atiende de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva. En la actualidad el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso en el cual su principal objetivo va más allá de la enfermedad.²⁷ En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.²⁸ Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.²⁹

Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (**conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias**), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los

²⁷ De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería 2007; 25 (1): 106-112

²⁸ Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro Vianet, Ramos-Cedeño Leticia, Medina-López Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 Aug [cited 2024 Feb 13]; 9(2): 127-134. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657.

²⁹ Izquierdo Machín Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Sep. [citado 2024 Feb 12]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es.

cuidados.³⁰ Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.³¹

Cabe mencionar que es de suma importancia la participación del personal de enfermería en todas las etapas del cuidado de la salud, desde el ámbito profesional, hasta las actividades que incluyen las de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud, dirigidas a todos los pacientes o usuarios de los servicios.³²

Existen características fundamentales del ser cuidado:³³

- a) Es humano activo y trascendente.
- b) Es un ser total en todo momento.
- c) Pertenece a un contexto con el cual interactúa de manera cotidiana.
- d) Tiene una historia propia.
- e) Es cuidador de sí mismo.
- f) Vive y crece en el cuidado

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.³⁴

³⁰Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2024 Feb 13]; 11(28): 316-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es.

³¹ Ortega C. El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2002; 10 (3): 88-89.

³² Lucila Cárdenas Becerril, Beatriz Arana Gómez, Araceli Monroy Rojas, María de Lourdes García Hernández, *Cuidado profesional de enfermería*, Ed. FEMAFEE, ed. 1ª. Año2009

³³ IDEM 18 pág., 87

³⁴ Medina J. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Madrid: Leartes; 1999. pp. 29-87.

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico

La responsabilidad profesional de enfermería consiste en aplicar en todo momento los principios de defensa para la humanidad, ya que debe existir una relación entre la práctica del cuidado y los valores humanistas, basándose en un sistema de creencias o bien en una filosofía de la enfermería que incluye como principal componente a los seres humanos, el medio ambiente, la salud, el enfermero y la enfermería, filosofía que se lleva a cabo en la ética profesional y se observa en el Proceso de Enfermería, método de actuación profesional inherente a esta disciplina científica.³⁵

La enfermería al igual que otras ciencias, se beneficia de la filosofía principalmente porque ella rige sus métodos a través de la lógica y la ética. Su punto de convergencia con las demás ciencias será el de compartir e incrementar los conocimientos de la humanidad.³⁶

La filosofía en enfermería es de vital importancia para la práctica profesional, ya que nuestras decisiones prácticas dependen de la posición que se asume con relación a las interrogantes sobre la esencia de enfermería: **su ser, su saber y su hacer** pues incorpora el sistema de creencias y valores además de considerar las vías de obtención de conocimientos.³⁷

En términos generales la filosofía en nuestra práctica abarca tres aspectos:

A) Epistemología: Es la primera etapa de la filosofía y se define como la teoría del conocimiento, por lo que es importante para enfermería debido a que esta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y el método científico. Abarca cuatro tipos de conocimiento:

1. Empírico (Ciencia de la enfermería) que significa la descripción y clasificación de aquellos fenómenos, que están abiertos a la observación e inspección.

³⁵ Agramonte del Sol Alain, Leiva Rodríguez Joel. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Rev. Cubana Enfermer. 2007 Mar citado 2024

³⁶ Ídem (19)

³⁷ García Fuentes Carlos Christian Compton, Guillen Velasco Rocío del Carmen. Filosofía y práctica de enfermería. UNAM-ENEQ. Marzo 2013

2. Estético (Arte de la enfermería) la cual se hace visible a través de las acciones, el cuidado, las actitudes y las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas.
3. Moral (Ética de la enfermería) por lo que requiere la comprensión de diferentes posiciones filosóficas en términos de lo correcto, lo deseable, lo bueno; de diferentes marcos teóricos de ética para tratar con las complejidades del juicio moral y de las varias orientaciones sobre la noción de obligación.
4. Personal (Uso terapéutico del yo) es el más importante para el entendimiento de la salud, en términos del bienestar y desarrollo individual, ya que a través del conocimiento de sí mismo la persona es capaz de relacionarse con otro ser humano, con apreciación total de la experiencia.³⁸

B) Axiología y deontología: La axiología es la disciplina que se encarga del estudio de los valores, pertenece al campo de la filosofía debido a que los valores son cualidades que se atribuyen a las cosas, a los hechos, así como a diferentes aspectos de la vida que los hacen importantes, valiosos, necesarios y permiten elevar el espíritu humano. Por ello es importante que en la disciplina de enfermería se tomen en consideración las siguientes características de los valores:

- Constituyen el cuerpo de conocimientos propio
- Se encuentran en la utilidad, la belleza y los actos buenos de los seres humanos.
- Cambian los valores de acuerdo con la época a otra son condicionados desde la visión de cada persona.
- El ser humano puede mantener diversas relaciones con los valores.
- Los valores pueden cambiar históricamente, pero depende del sujeto-objeto.³⁹

³⁸ Durán de Villalobos, MA. Mercedes. Disciplina de enfermería. En: enfermería desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia. Ed. Unibiblos. Bogotá, Colombia P.p 15-59

³⁹ Ídem (12)

C) Ontológico: La palabra griega ontología significa "ciencia de ser", por lo tanto, la ontología es la parte de la metafísica que trata del "ser" como tal. El cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro; es describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio. Cuidar es una función social y cultural una ciencia social y humana que demanda preparación, conocimientos y experiencia. Por lo que para el cuidado de la persona el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor de cuidados, educador para la salud e investigador.⁴⁰

La metodología de la investigación cualitativa es una herramienta que ayuda a desarrollar habilidades y conocimientos, para implementarla en enfermería como disciplina y profesión, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo, así mismo con el ser humano en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado. La metodología adquiere especial relevancia en situaciones relacionadas con la población, perteneciente a un área de salud determinada, de la cual se conoce poco. En este caso es mejor comenzar la investigación con métodos cualitativos (entrevistas, encuestas, etc.). Esto puede ayudar en la generación de hipótesis que puedan ser probadas por métodos cualitativos.⁴¹

La práctica del cuidado es la actividad que realiza una comunidad de enfermeras (os) que comparten las tradiciones de su propia profesión, como son la valoración y solución de problemas y a su vez comparten un lenguaje propio. Este conocimiento se manifiesta en los diversos escenarios donde participa la enfermería y es ante todo un conocimiento práctico que es aprendido en la acción. El conocimiento práctico debe fundamentarse a su vez en modelos y teorías.⁴²

Las teorías mejoran la calidad del cuidado al definir con claridad los límites y metas de las evaluaciones, diagnósticos e intervenciones de enfermería proporcionando

⁴⁰ Ídem (18) p. 94

⁴¹ Ceballos Ramos, Leydis Marien, Rodríguez Flores, Leandro Alberto, & González Corrales, Santa Caridad. (2018). La metodología de la investigación cualitativa como necesidad en la carrera de licenciatura en enfermería. *Mendive. Revista de Educación*, 16(3), 470-483. Recuperado en 17 de febrero de 2024

⁴² Ídem (26)

una claridad y congruencia del cuidado. Estos son algunos de los objetivos para emplear las teorías y modelos:⁴³

- Recolectar, organizar y clasificar los datos de las personas.
- Comprender, analizar e interpretar las situaciones de salud de las personas.
- Guiar la formulación de los diagnósticos de enfermería.
- Planear, implementar y evaluar el cuidado de enfermería.
- Explicar a las personas las acciones e intervenciones de enfermería.
- Describir, explicar y algunas veces predecir las respuestas de las personas.
- Demostrar responsabilidad y confianza en las acciones de enfermería.
- Lograr los resultados esperados para las personas.

La herramienta metodológica en la práctica científica de enfermería es el Proceso Enfermero, el cual nos permite emplear como método de resolución de problemas el pensamiento crítico, el uso de esta metodología ha venido a dar autonomía a la profesión y su uso es determinante en la práctica clínica y la docencia.⁴⁴

4.2.2 Tipos de cuidado

Según Marie Colliere, se han mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferentes:⁴⁵

- Los de costumbre y habituales: **Care**, que están relacionados principalmente con las funciones de conservación y de continuidad de la vida.

Care representa los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, de calor, luz o de naturaleza afectiva o psicosocial, aspectos que interfieren entre sí. Estos cuidados cotidianos están basados en los hábitos, costumbres y creencias,

⁴³ Ídem (26)

⁴⁴ González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso de enfermería en la enseñanza de la práctica clínica con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enfermo. globo. [Internet]. Julio de 2011 [consultado el 18 de febrero de 2024]; 10(23): 89-95

⁴⁵ Ídem (P.p 213,214)

que conlleva la vida de un grupo a través de su cultura que establece y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

- Los de curación: **Cure**, relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.

Cure estos garantizan la continuidad de la vida, para mantener las funciones vitales. Estos cuidados tienen como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar las causas. La naturaleza del cuidado ha estado vinculada al desarrollo de lo humano como primer acto de vida, de este modo se entiende como proceso social y como practica cultural que forma parte de la propia existencia, haciendo posible la conservación de esta.

Por ello los rasgos esenciales de sobrevivir derivan principalmente del cuidado, que a lo largo de la historia ha recaído sobre todo en mujeres debido a su función reproductiva, de esta manera cuidado y enfermería se combinan en una relación inseparable en que ambos se encuentran contenidos en sí mismos.

Cabe mencionar, que el acto del cuidado debe sustentarse bajo la propia perspectiva social e individual, en donde cada uno se hace responsable y el profesional de salud actúa como un mediador para alcanzar la mantención o mejora del estado de salud. Tal interacción en ocasiones puede ser percibida como vacía o no perceptible, llevando a la no existencia de una relación sino más bien de entrega de procedimiento lo que se conoce como atención.⁴⁶

Tipos de cuidado en enfermería

Al mismo tiempo se reconoce la trascendencia que ha tenido Madeleine Leininger como la primera teórica que estableció que el cuidado “es la esencia de los cuidados enfermeros y elemento distintivo dominante y unificador”; es decir, es la razón ontológica de la Enfermería. Así mismo con este pensamiento ha permitido el

⁴⁶ Cruz Riveros Consuelo. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [consultado el 24 de febrero del 2024]; 9(1): 21-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021&lng=es. Publicación electrónica 01-jun-2020. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>.

desarrollo de otras concepciones sobre el cuidado, como: el cuidado humano, solidario, cultural y estético:⁴⁷

- **Cuidado humano:** hace énfasis en lo espiritual y lo transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de la enfermería; por tanto, apunta que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, en consecuencia, el cuidado es deliberado e íntegramente, cuerpo, espíritu y salud.
- **Cuidado solidario:** es la cualidad de continuar unido con otras personas en creencias, acciones y apoyo mutuo, aún en tiempos difíciles. En las relaciones de cuidado en que se muestra el cuidar de la vida y el sentido de la vida se hace presente el ser profesional y su compromiso con ella y los grupos; una mirada ética a la condición humana y a la importancia de la sensibilidad y de la conciencia solidaria para la construcción de paz en el mundo, es así que el cuidado de enfermería se traduce como el cuidado a la vida y con los colectivos.
- **Cuidado cultural:** ante el reconocimiento de la diversidad y de la universalidad del cuidado; se refiere a la similitud o uniformidad y pluralidad en los modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre las culturas. Centrados en las necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar de los grupos y de la persona para afrontar discapacidades y la manera de vivir y morir.
- **Cuidado estético:** Es donde se reconoce la existencia y el desarrollo de las sensaciones y percepciones que posibilitan el sentir, el experimentar la naturaleza humana y la vida, las diversas formas y modos de vivir, el placer de ser y estar, la existencia del otro y el cuidado como una oportunidad para ser, llegar a ser y construir nuevos modos de vivir, a través del desarrollo de

⁴⁷ Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A.L., Ramírez M., Ferro N., Alvarado E.. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2017 Sep. [citado 2024 Feb 24] ; 14(3): 191-198. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>.

la creatividad para el bienestar de la persona con respeto a la dignidad humana.

4.3 Modelos y teorías de enfermería

Inicialmente podríamos interrogarnos sobre el porqué de la necesidad de las teorías y modelos para la Enfermería como paso previo para la aplicación de éstos en la práctica. La teoría proporciona una base científica de conocimientos para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con sentido. Es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos que conforman la práctica de enfermería. Profundizando sobre la cuestión se observa que la teoría ayuda a analizar los hechos, además de potenciar y adecuar la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería.⁴⁸

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale reconoció el objetivo principal de enfermería y declaró que el conocimiento enfermero era diferente del conocimiento médico. Describió que la función propia de las enfermeras era situar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza ejerciera su acción sobre él. Posteriormente se adquirió conciencia de la necesidad de desarrollar teorías de la enfermería, fue así que enfermería apareció como una ciencia en los años de los cincuenta, dicha práctica se basaba en principios y tradiciones heredados del modelo de formación sustentada en el aprendizaje práctico y en los manuales individuales de procedimientos hospitalarios.⁴⁹

Los modelos y teorías de enfermería se dividen en metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías y teorías de nivel medio. El metaparadigma es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Los principales conceptos son el de persona, entorno, salud y enfermería.

⁴⁸ Sancho Cantus D., Prieto Contreras L. Teorías y modelos en la práctica de enfermería: ¿Un binomio imposible? Enfermo. globo. [Internet]. julio de 2012 [consultado el 24 de febrero de 2024]; 11(27): 292-298. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>.

⁴⁹ Raile Alligood Martha Modelos y Teorías de Enfermería 8va. Edición 2015 Elsevier España

4.3.1 Definición objetivos y clasificación

En el entorno clínico, académico y la investigación, el modelo de enfermería sirve de guía y ayuda a las enfermeras a desarrollar y probar una hipótesis acerca de la evolución de los cuidados en el ámbito de su práctica.⁵⁰

El significado del modelo de cuidado es una estructura del conocimiento de enfermería formada por un marco de referencia o marco teórico y una metodología. Posee un nivel de abstracción inferior al de la teoría, porque puede ser derivado de una o más teorías, y presenta, además de un aporte filosófico y teórico, una posibilidad de planeamiento y sistematización del cuidado. es una teórica y filosófica que fundamenta científicamente los pasos de un cuidado específico, complejo y singular principalmente hablamos de la metodología. El objetivo del modelo de cuidado hace énfasis a un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de enfermería.⁵¹

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática, de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.⁵² Esta se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo. Las primeras teorías de enfermería se originaron en la década de los sesenta, buscando la relación entre los hechos para el establecimiento de una ciencia de enfermería y una explicación de los acontecimientos referentes al universo natural. Su principal objetivo es poder ser utilizada para la práctica y desarrollo de enfermería, así como para la elaboración de la asistencia de forma sistemática. De ahí la importancia de los modelos de

⁵⁰ Bridgette C. Williams, MSN, MAMS, RN Modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney: un marco para complementar el proceso enfermero Nursing 2015

⁵¹ Kuerten Rocha Patricia, Lenise do Prado Marta. Modelo de Atención: ¿Qué es y cómo prepararlo?. Index Enferm [Internet]. Junio de 2008 [consultado el 27 de febrero de 2024]; 17(2): 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es.

⁵² Idem (38)

análisis de teorías, buscando el conocimiento más profundo de estas, la reflexión de su utilidad y la contribución a la práctica profesional.⁵³

CLASIFICACION DE LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Filosofías de Enfermería	Modelos conceptuales de Enfermería
<p>Es la forma más abstracta y expone el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la presentación lógica.</p>	<p>Proporcionan un marco de referencia que les indica como deben observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina, son extensos y cada uno de ellos aborda los conceptos metaparadigmaticos de persona, entorno, salud y enfermería.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nihgtingale • Watson • Ray • Benner • Martinsen • Eriksson 	<ul style="list-style-type: none"> • Levine • Rogers • Orem • King • Neuman • Roy • Johnson
Teorías de Enfermería	Teorías de Enfermería de nivel medio
<p>Comprende trabajos derivados de la filosofía de enfermería modelos conceptuales, teorías de enfermería abstractas u obras de otras disciplinas y en general no es tan especifico como una teoría.</p>	<p>Tiene el enfoque más específico y es concreto en su nivel de abstracción, son precisas y dan respuesta a preguntas concretas en la práctica de enfermería.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Boykin y Schoenhofer • Meleis 	<ul style="list-style-type: none"> • Mercer • Mishel

⁵³ Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Feb 27]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.

<ul style="list-style-type: none"> • Pender • Leininger • Parse • Eriksson, Tomlin y Swain • Husted y Husted 	<ul style="list-style-type: none"> • Reed • Wiener y Dodd • Eakes, Burke y Hainswort • Barker • Kolcaba • Beck • Swanson • Ruland y Moore
---	---

Fuente: Martha Raile Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, 2015

En esta tabla se presentan los diferentes tipos de conocimientos y niveles de las personalidades que enseñaron y desarrollaron teorías de cada tipo. La disposición de las obras en los cuatro tipos refleja un grado de abstracción o la preferencia de cada teórico.

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

Los modelos y su posible transformación en teorías tienen un significado clave en el desarrollo disciplinar, pero también forman parte de nuestra práctica. La cuestión quizá sea si ese modelo, que sin duda está integrado en dicha práctica, es un modelo de enfermería o es un modelo perteneciente a otro campo disciplinar. La incorporación de un modelo de enfermería a la práctica de la profesión deberá hacerse desde el análisis de la realidad donde vamos a implantarlo. Estas afirmaciones ponen de manifiesto la importancia de los modelos de enfermería y teorías de enfermería, tanto en el ejercicio práctico de la profesión como en su desarrollo y consolidación como disciplina.⁵⁴

⁵⁴ Benavent Garces Amparo, Ferrer Ferrandis Esperanza, Francisco del Rey Cristina, Fundamentos de Enfermería Segunda Edición 2003

Un modelo conceptual provee un marco de referencia para la práctica, estos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería quienes los han propuesto. Por otro lado, las teorías en sus modelos conceptuales presentan unas proporciones fundamentadas en grandes teorías y corrientes filosóficas que las definen desde su perspectiva particular los conceptos del modelo, plantean como se relacionan estos entre sí y como deben establecerse las relaciones entre el profesional de enfermería y la persona que se cuida, además describen las etapas del proceso de enfermería.⁵⁵

La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados nos permitirá llegar a desarrollar una teoría de enfermería, así como afirma Marriner, nos ayudara a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las practicas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.⁵⁶

Los modelos conceptuales son complejos y abstractos, por lo cual se requiere del análisis consistente y permanente en grupo con el ánimo de clarificar inquietudes y unificar criterios relacionados con su aplicación. En los modelos se refleja la estructura sustantiva o conceptual y la estructura sintáctica de la disciplina:⁵⁷

- La conceptual describe los conceptos y explica qué es y qué no es enfermería; su campo de interés y los métodos de indagación que deben utilizarse.
- La estructura sintáctica ayuda a las enfermeras a comprender los talentos, las destrezas y las habilidades que debe desarrollar; describe los datos que deben ser recolectados para demostrar el impacto de enfermería en la práctica.

En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el

⁵⁵ Antología, Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el cuidado especializado, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009

⁵⁶ Ídem (42)

⁵⁷ Moreno Fergusson María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 Oct [citado 2024 Mar 15]; 5(1): 44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=es.

fenómeno de interés de la disciplina; tales principios se ven reflejados en el quehacer profesional y, por lo tanto, en la actitud que éstos asumen frente a las situaciones de cuidado, al reconocer los beneficios de esta relación para el paciente, la familia y para su propio crecimiento personal, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes escenarios.⁵⁸

Existen principales ventajas en la utilización de los modelos teóricos en la práctica de enfermería:

- Le permite al profesional de enfermería incrementar de manera constante su cuerpo de conocimientos. Así mismo desarrolla y mejoras técnicas de educación y tención basadas en el método científico.
- Funciona de modo autónomo en la formulación de políticas profesionales y por tanto, en el control de la actividad profesional.
- Concretan la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad.
- Identifica y clarifica la relación de la enfermera con el resto de los profesionales de salud.
- Permiten presentar teóricamente la intervención practica de la enfermera.
- Permiten desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia.

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

Para regular la conducta humana en los aspectos relacionados con los actos que afectan la vida de las personas y el cuidado de la salud surge la bioética, la cual provee los principios para distinguir entre lo que **“debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse”**.

Este surgimiento ha venido a dar un cambio a la ética en salud, aportando principios de argumentación basados en competencias profesionales y evidencia científica fundamental para la toma de decisiones morales en el ámbito de la vida y la salud.

⁵⁸ Ídem (44)

La ética en nuestra disciplina regula los comportamientos en la práctica de la profesión, sobre todo en un mundo en el cual los avances tecnológicos y descubrimientos científicos evolucionan de forma trascendental abriendo múltiples posibilidades de acción, pero el hecho de que existan no significa que todas ellas deban implementarse. Se debe hacer uso racional de principios que regulen las conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y transformaciones que surgen a través del tiempo.⁵⁹

La ética profesional permite juzgar la acción de los actos médicos y de otros profesionales, incluido el personal de enfermería, quienes realizan cuidados encaminados al mejoramiento y recuperación del paciente, siempre guiándose por los principios fundamentales de la bioética que son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La ética médica tradicional se basa en dos principios fundamentales: no dañar y hacer el bien, ambos principios regulan el actuar de los médicos y les hace contraer deberes morales con respecto a las personas que atienden.⁶⁰

Los profesionales de enfermería deben establecer compromisos para observar las normativas éticas y legales que regulen su desempeño en sus acciones, decisiones y opiniones, dentro del marco del deber ser de la profesión, respetando lo que se considera deseable y conveniente para los pacientes, la profesión y la sociedad. Las relaciones entre colegas y otros profesionales, se sustenta en códigos de ética que permiten establecer de forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el adecuado desempeño dentro de un sistema de conocimientos, los cuales exigen una excelencia en los estándares de actuación dentro de su práctica profesional, recordar siempre que, en materia ética, igual que en la práctica de enfermería, prevenir vale más que curar⁶¹

⁵⁹ Escobar-Castellanos Blanca, Cid-Henríquez Patricia. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioeth.* [Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Mar 15] ; 24(1): 39-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>.

⁶⁰ Amaro Cano María del Carmen. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev. Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 Abr [citado 2024 Mar 21] ; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es.

⁶¹ *Idem* (47)

El código deontológico del **Consejo Internacional de Enfermería** hace referencia a los deberes principales: promover la salud, prevenir la enfermedad, contribuir a la restauración de la salud y aliviar el sufrimiento; además, demostrar respeto de los derechos humanos, los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección y a la dignidad de las personas. Este código deontológico del CIE para la profesión de enfermería posee cuatro elementos principales que regulan las normas de conducta ética.

1. La enfermera y las personas
2. La enfermera y la practica
3. La enfermera y la profesión
4. La enfermera y sus compañeros de trabajo

En este sentido, enfermería tiene una gran responsabilidad ética en el desarrollo de sus funciones asistenciales hacia el paciente, la familia, la comunidad y otros grupos con los cuales se relaciona. Debe demostrar una cultura ética y profesional para promover situaciones de bienestar, accesibilidad y eficacia en el cuidado de enfermería y salvaguardar en todo momento los principios que la rigen, como son la solidaridad, integridad, equidad y calidad.⁶²

Ante este panorama, el conocimiento general respecto a la legislación sanitaria en nuestro país es un asunto relevante dentro de una práctica profesional, personal, colectiva y responsable. En México se tiene varios proyectos de normas para regular la práctica profesional de la enfermería. Sin embargo, los aspectos legales de este ejercicio están contemplados, de manera implícita, en:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 que es el cuerpo normativo de más alto rango.

El cual nos dice en el **artículo 4to**. 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

⁶² Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, 2012

materia de salubridad general. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El **artículo 5** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que la ley determinará en cada estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben cumplirse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.⁶³

Ley General de Salud

Establece la forma de organización y las competencias o atribuciones a los servicios de salud, pero principalmente especifica la forma en que debemos ser tratadas las personas, para solucionar cualquier problema de salud, sin importar la edad, sexo, condición física y social, religión, política o alguna institución de forma particular.

Artículo 1º. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuben a la creación, conservación, y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

⁶³ Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 08-05-2023

- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.
- VI. VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 5º.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6º.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen daños a la salud.⁶⁴

De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud

ARTICULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.⁶⁵

Ley General de Profesiones

⁶⁴ Ídem (12) P.p 39, 43

⁶⁵ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD, Última Reforma DOF 02-04-2014

ARTICULO 1o.- Título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizadas, y por instituciones particulares que tenga reconocimiento de validez oficial de estudios, a favor de la persona que haya concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta Ley y otras disposiciones aplicables.⁶⁶

Código de ética

El Código de Ética reúne los principios, valores, reglas de integridad y compromisos que se consideran idóneos para constituir un referente deontológico que, además de guiar el desempeño y conducta de las personas servidoras públicas en áreas de la excelencia, facilite la reflexión ética sobre la función pública que desempeñan.

La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales los cuales deben guiarse por los siguientes:

- **No maleficencia:** es considerado el más importante, y significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta.
- **Beneficencia:** está cercanamente relacionado, y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.
- **Autonomía:** alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.
- **Justicia:** Este principio se encuentra detrás del ideal de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la población de manera equitativa.⁶⁷

⁶⁶ LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN LA CIUDAD DE MÉXICO, Última Reforma DOF 19-01-2018

⁶⁷ <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html>

CAPÍTULO II IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA

Artículo 22. Consultas. Cualquier persona podrá consultar a través de medios físicos o electrónicos a los Comités de Ética, o a la Secretaría, sobre cualquier cuestión relacionada con la aplicación del presente Código de Ética.⁶⁸

Normas Oficiales

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

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.

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-035-SSA3-2012**, En materia de información en salud

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud. Para cumplir con lo anterior, esta norma adicionalmente regula el Centro de Inteligencia en Salud, constituido por un conjunto de procesos específicos para integrar, usar y explotar la información en materia de salud, a través de una solución tecnológica que presenta indicadores, así como estadísticas relevantes y prioritarias para la toma de decisiones en políticas públicas en la materia y de igual forma consolida los diversos componentes que integran el

⁶⁸ Diario Oficial de la Federación, CÓDIGO de Ética de la Administración Pública Federal, DOF: 08/02/2022

Sistema Nacional de Información en Salud y de aquellos que integran el Sistema Nacional de Salud.⁶⁹

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-031-SSA3-2012**, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Esta Norma tiene como propósito 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, ya que es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas con el fin de mejorar la calidad de atención y aseguren una operación integral más eficaz, que contribuya a brindar una atención digna a las personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Seguridad del paciente

Son un conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de las enfermedades y procedimientos. Este fue el inicio de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, las cuales aplican tanto para los entornos hospitalario como ambulatorio.⁷⁰

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación Efectiva.
3. Seguridad en el proceso de medicación.
4. Seguridad en los procedimientos.
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

⁶⁹ Diario Oficial de la Federación

⁷⁰ <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>

6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
8. Cultura de seguridad del paciente.

Metas internacionales de seguridad del paciente

Son estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias para así brindar una atención médica segura y de alta calidad, basadas en evidencias científicas. A partir del 2004 la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la **Joint Comission Internacional** publico las metas internacionales para la seguridad del paciente.⁷¹

1. Identificar correctamente al paciente.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Derechos generales de los pacientes

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales.⁷²

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.

⁷¹ Revista CONAMED, vol. 20, núm. 2, abril-junio 2015, págs. 78-82

⁷² Revista CONAMED, Fecha de publicación: 13 de diciembre de 2023

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros

La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros tiene un sustento normativo de gran importancia, toda vez que los derechos invocados derivan de nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella. Para el desarrollo de una práctica profesional de excelencia y promotor de una buena relación con los pacientes y sus familiares.

1. Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.⁷³
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

⁷³ Revista CONAMED, 2005

9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Código de Bioética para el Personal de Salud

Hoy en día resulta de gran importancia que los profesionales de salud cuenten con un marco de referencia bioético para brindar una atención respetuosa de los derechos humanos, la autonomía y los intereses del paciente, así como de la justicia distributiva. Por eso es importante la bioética en los criterios éticos para la toma de decisiones en materia de salud para la protección de los derechos de grupos en condiciones vulnerables. La bioética es una herramienta de suma importancia que ayuda a dirigir los esfuerzos del sector público y privado con gran responsabilidad, laicidad y rigor científico técnico, promoviendo mecanismos de justicia.⁷⁴

CAPÍTULO II DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN EL ÁREA DE LA SALUD

ARTÍCULO 5. En armonía con el principio de respeto a la autonomía y la consideración de las necesidades y bienestar de las personas, la atención de la salud con enfoque bioético adopta como punto de partida la dignidad humana y se fundamenta con evidencia científica.

ARTÍCULO 6. Las acciones de atención a la salud deben ser aplicadas, en un marco científico y de eficacia técnica, respetuoso de la diversidad cultural y social, centrado en los derechos humanos, con la más alta calidad científico-técnica y seguridad para preservar la integridad de la persona usuaria y evitar a toda costa la explotación, futilidad, negligencia o insuficiencia terapéutica.

ARTÍCULO 7. Bajo el principio de no maleficencia, todo acto médico debe procurar, ante todo, no hacer daño; se debe evitar la intervención innecesaria, excesiva, o la

⁷⁴ Código de bioética para el personal de salud, 2021

futilidad terapéutica, así como tomar las precauciones y cuidados que disminuyan al mínimo el riesgo o la posibilidad de error.

ARTÍCULO 8. De acuerdo con el principio de beneficencia, no bastan las buenas intenciones, por lo que las intervenciones sanitarias buscarán tanto proteger y preservar el estado de salud, como evitar o mitigar las condiciones que pudieran generar lesión o daño a las personas. El personal de salud realizará previamente un análisis responsable de sus acciones para disminuir riesgos y asegurar el mayor beneficio.

Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta profesional, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto de tal forma que se considere:⁷⁵

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o comunidad.

⁷⁵ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, Secretaría de Salud, México, D.F Diciembre 2001

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Conceptos básicos legales

latrogenia se refiere al efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud. Abarca desde los efectos colaterales de los medicamentos, secuelas de los medicamentos, daños ocasionados por la tecnología.

Mala práctica (o mal praxis) es otra forma en que el personal de enfermería puede producir iatrogenia y esta se puede deber principalmente por:

Negligencia: se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que provoque daño.

Por ignorancia: cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados en un profesional de enfermería para prestar un servicio que ofrezca seguridad a los usuarios.

Por impericia: se refiere a la falta de habilidad del profesional de enfermería para aplicar en el paciente los procedimientos necesarios durante su atención y que son atribuibles a su ámbito disciplinar.⁷⁶

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

El Modelo que se utilizara para el desarrollo de este estudio de caso es el de Virginia Henderson, donde señala que enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte digna y que podría llevarse a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios esto lo dice en su libro publicado en 1956 ***The Nature of Nursing***. Manifiesta que la persona es quien necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente.⁷⁷

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y

⁷⁶ Ídem (12) p.p 57

⁷⁷ Naranjo Hernández Ydalsys, Rodríguez Larrinaga Miriam, Concepción Pacheco José Alejandro. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. 2016 Dic [citado 2024 Mar 22]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021&lng=es.

tienden al máximo desarrollo de su potencial. A partir de este modelo se han descrito cuatro conceptos básicos del modelo de Henderson:⁷⁸

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano, el objetivo es que el individuo recupere la salud o se mantenga sano, siempre y cuando tenga la capacidad, fuerza y conocimientos necesarios.
- **Persona:** Es aquel que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. Es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermera** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

La persona y las 14 necesidades básicas

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:⁷⁹

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura

⁷⁸ Hernández Martín, Cristina, El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera, Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid, 2016

⁷⁹ Ídem (43)

5. Necesidad de Descanso y sueño
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de Termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar los peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

Relación enfermera paciente

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales e importantes para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual e interactúan a través de las relaciones personales, es un proceso recíproco donde la enfermera y el paciente se benefician ya que es un elemento clave de la relación con el paciente y así sustentan la realización de sus actividades.⁸⁰

Se pueden identificar tres niveles en la relación Enfermera-Paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra independiente.

a) La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.

Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad

⁸⁰ Ramírez P., Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2015 Sep. [citado 2024 Abr 16]; 12(3): 134-143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300134&lng=es.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>.

b) La enfermera como ayuda para el paciente.

La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca sufre totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo

c) La enfermera como compañera del paciente.

La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.⁸¹

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

El Proceso de Enfermería, nace de los principios fundamentales de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos profesionales de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible. También es un proceso dinámico, ya que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan o disminuyen, dependiendo de la situación de salud-enfermedad o del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para una misma persona.

En 1982 la **American Nurses Association** (ANA) adopta los diagnósticos de Enfermería de la **North American Nursing Diagnosis Association** (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.⁸²

⁸¹ Cristina Hernández Martín EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería, grado en enfermería

⁸² Reina GN C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas

El proceso enfermero es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados esperados), los cuales contribuyen a que el profesional de enfermería implemente sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente, es un método de organizacional, se basa en el método científico del trabajo en esta disciplina y es de razonamiento clínico. También se considera como un sistema de modelos y teorías con aplicación de metodología científica, en el cual se fundamentan las actividades cotidianas del cuidado.⁸³

Etapas del proceso:

- I. Valoración,
- II. Diagnóstico,
- III. Planeación,
- IV. Ejecución
- V. Evaluación

El proceso atención de enfermería (PAE) es un modelo sistemático de pensamiento crítico, tiene como objetivo promover un nivel competente de cuidados el cual representa una resolución de problemas y engloba todas aquellas intervenciones importantes que realizan las enfermeras para la toma de decisiones del individuo, familia o comunidad ya que solo así podrá identificar los problemas de salud y decidir cuáles son los mejores tratamientos, lo que conlleva a evaluar los resultados esperados, con estas capacidades y habilidades que tiene enfermería se pueden dividir en tres categorías: cognitiva (**pensamiento, razonamiento**), psicomotora (**hacer**) y afectiva (**sentimiento y valores**).⁸⁴

⁸³ Alfaro-Lefevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero, 5ta edición 2003

⁸⁴ Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Mar 25] ; 13(2): 71-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>.

Las ventajas de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en la práctica radican en:

- Es un método científico, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta en la garantía de la calidad del servicio brindado.
- Permite definir el campo de actuación de los profesionales en salud, ya que resalta el papel de enfermería en cuanto al cuidado de los individuos, la familia y la comunidad.
- Permite el desarrollo de nuevas investigaciones que amplían el papel del enfermero profesional en los diferentes ámbitos clínicos.
- Mejora la calidad de la atención y permite brindar un cuidado individualizado y humanizado.

Existen ciertas desventajas que se consideran importantes para su aplicación:

- Falta de tiempo, ya que se limitan en otras actividades de enfermería.
- La demanda de pacientes que maneja cada enfermero.
- Falta de conocimientos, esto se puede ver afectado en el vínculo entre enfermero y el sujeto de cuidado.
- Los cuidados que se realizan no se enfocan a las necesidades del individuo, la familia o la comunidad.⁸⁵

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes donde cada una se relaciona de forma dinámica, es importante que dentro del Proceso Enfermero se deben abarcar los siguientes puntos:

- Identificar las necesidades reales y potenciales.
- Establecer el plan de cuidados individual necesario.

⁸⁵ Percepción del Proceso de Atención de Enfermería de los enfermeros de la Clínica la Inmaculada durante el periodo I-2018, XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La primera etapa, es la **Valoración** que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como:

- La observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona.
- La entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias.
- Examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona.
- Datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

En esta recolección de datos también se obtienen datos subjetivos que son los que refiere el paciente y los datos objetivos son todos aquellos que valora el personal de enfermería.⁸⁶

La segunda etapa es el **Diagnostico**, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales. El diagnóstico es el eje central por tres razones:

1. La exactitud y relevancia de todo plan dependen de su habilidad para identificar de forma clara y específica tanto los problemas como su causa.
2. Crear un plan proactivo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten dependen de su capacidad para reconocer los factores de riesgo (aquello que sabemos que causa problemas, como un estilo de vida sedentario).

⁸⁶ Ídem (67)

3. Los recursos y puntos fuertes que identifica son la clave para reducir los costes y maximizar la eficiencia.

La NANDA es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos para los diagnósticos enfermeros. La mayoría de las etiquetas diagnósticas se componen de los siguientes elementos:

- **Diagnostico enfermero.** Es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud y al proceso de vida, o una susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería a fin de lograr resultados sobre los cuales la enfermera tiene la responsabilidad.
- **Característica definitoria.** Se basa en las indicaciones o inferencias observacionales que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico o síndrome de promoción a la salud centrado en el problema. Esto implica no solo las cosas que la enfermera puede ver, sino también las cosas que se ven se escuchan, lo que la familia o el paciente refieren, se tocan o se huelen.
- **Factor relacionado.** Factor antecedente que parece mostrar algún tipo de relación establecida con la respuesta humana (factores etiológicos). Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y siempre que sea posible las intervenciones deben dirigirse a estos factores etiológicos.
- **Factor de riesgo.** Factor antecedente que aumenta la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable. Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y siempre que sea posible las intervenciones deben dirigirse a estos factores.
- **Población en riesgo.** Grupos de personas que comparten características sociodemográficas, historia clínica/familiar, etapas de crecimiento y desarrollo, exposición a determinados acontecimientos/experiencias que hace a que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana en

particular. Son características que no son modificables por el profesional de enfermería.

- **Condiciones asociadas.** Diagnósticos médicos, procedimientos diagnósticos/quirúrgicos, dispositivos médicos/quirúrgicos o preparaciones farmacéuticas. Estas condiciones no son modificables de manera independiente por la enfermera profesional.⁸⁷

La tercera etapa, la **Planeación**, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.⁸⁸

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al profesional de salud a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma a la planificación en el cual se incluye lo siguiente:

- **Determinar prioridades:** se recomienda que un plan de cuidados correcto debe contemplar por un lado los diagnósticos de Enfermería y por otro lado los problemas clínicos existentes. Después habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son más urgentes y prioritarios para la salud.
- **Establecer los objetivos esperados:** El personal de Enfermería debe centrarse en la toma de las medidas preventivas oportunas, orientarse en el estudio y vigilancia del diagnóstico, vigilar la evolución y tomar conjuntamente con el médico, las medidas correctoras oportunas. Para elaborar dichos objetivos, el personal de enfermería debe tener en cuenta el patrón

⁸⁷ Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, Elsevier 12ª Edición, 2021-2023

⁸⁸ Reina G. N. C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

funcional o la respuesta humana alterada y centrar los objetivos directamente en el paciente.

- Determinar las intervenciones enfermeras: En esta fase se ponen en marcha las Intervenciones de Enfermería, que son los cuidados que van a realizar, en nuestro caso, van dirigidas a promover pautas de comportamiento para favorecer la salud, preventivas de la enfermedad y protectoras de los riesgos medioambientales.
- Asegurarse de que el plan este correctamente anotado: las formas y métodos para anotar el plan de cuidados deberían hacerse a medida para responder a las necesidades de las enfermeras. Cerciorarse de que en los registros se encuentren las evidencias de los cuatro componentes requeridos en el plan de cuidados (diagnósticos o problemas, resultados esperados de los cuidados, intervenciones prescritas y evaluación o notas del curso sobre las respuestas a las intervenciones).

El plan de cuidados tiene cuatro objetivos principales:

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.

Los principales componentes del plan de cuidados son cuatro:

1. Objetivos: resultados deseados (**NOC**).
2. Problemas reales o potenciales. (**NANDA**)
3. Intervenciones específicas (**NIC**).
4. Evaluación/notas de curso.

La cuarta etapa, la **Ejecución**, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el

equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La puesta en marcha de estas actividades va a requerir que el profesional de Enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados que se prestan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de estos.⁸⁹

La quinta y última etapa es la **Evaluación**, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el paciente.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos.

El paso final es decidir si hay que mantener, modificar o dar por terminado el plan.

⁸⁹ Ídem (73)

Continuar con el plan: si la persona no ha alcanzado los objetivos, pero no se ha identificado algún factor que dificulte los cuidados simplemente se requiere más tiempo.

Modificar el plan: cuando no se han logrado los objetivos, cuando detecta nuevos problemas o factores de riesgo o cuando se identifican formas de que los cuidados sean más efectivos.

Dar por terminado el plan: si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y demuestra habilidad para cuidar de sí misma.

4.5 La persona

Los seres humanos de cualquier cultura y de cualquier tiempo, durante el ciclo de vida necesitan de cuidados acordes a su edad. El proceso de envejecimiento inicia con la concepción y termina con la muerte, es un cúmulo de experiencias vivenciales, las cuales bien aprovechadas enriquecen a la persona, elevando su calidad humana en compensación de las limitaciones que la edad les deja. Con base a lo anterior se puede decir que envejecer es crecer con experiencias, de esta forma las personas mayores pueden vivir dignamente su proceso de envejecimiento con cierto grado de independencia.

Desde que nace, la persona día con día envejece y esto se puede observar en las diferentes etapas de la vida; generalmente se piensa que la persona empieza a envejecer a partir de los 60 años, cuando aparecen las arrugas y el cabello se cubre de blanco, pero cada persona experimenta su envejecimiento de distinto modo, acorde con la actitud ante la vida, como haya vivido, el autocuidado que se brindó en etapas previas ya que no envejece igual quien ha tenido buena salud física y mental. La alimentación también se considera un factor determinante pues la persona que tuvo una alimentación sana y equilibrada llegará a la vejez en mejores

condiciones; del mismo modo la salud mental es garantizada por el reconocimiento, amor así mismo, la autoestima y la dignidad humana.⁹⁰

Con base en lo anterior es importante considerar que la salud en la vejez es el reflejo de factores que intervienen en toda una vida, que va desde factores incontrolables como la herencia genética, pasando por condiciones socioeconómicas como las oportunidades de trabajo y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida; de esta forma las características sociales, económicos familiares y de salud en la vejez están en gran parte determinadas previamente.

La palabra persona se refiere a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. Existen cinco formas de definir el concepto tomando en cuenta la línea ideológica:⁹¹

Persona como sustancia: atribución de propiedades particulares tales como independencia y raciocinio

Persona como ser pensante: sujeto epistemológico donde la razón supera a su existencia física

Persona como ser ético: individuo libre, pero sujeto a una obligación moral, respondiendo a un conjunto de leyes divinas antes que a las leyes de su propia naturaleza.

Persona como ente jurídico: individuo sujeto a leyes intrínsecas de su esencia que están relacionadas con los derechos universales.

Persona religiosa: individuos ligados a una fe.

Todo esto se relaciona conforme al paso de los años y con las transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales del individuo, se relacionan también con la pérdida de las capacidades corporales y funcionales graduales y de disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza. Su severidad será relativa, en

⁹⁰ Quintana Olguin Olguín, Apoyo Psicogerontológico en la Atención del Adulto Mayor. Estrategias para Cuidadores. ed. 1ª Ed. UNAM FES Iztacala. Año 2011

⁹¹ Elio Calvo Daniel. EL PACIENTE COMO PERSONA. Rdo. Medicina. La Paz [Internet]. 2022 [consultado el 29 de marzo de 2024]; 28(1): 83-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100083&lng=es. Publicación electrónica 30 de junio de 2022.

función de las decisiones y acciones que se hayan tomado paulatinamente durante el transcurso de la vida, es decir en el trayecto del envejecimiento.⁹²

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Teorías biológicas del envejecimiento

Para explicar el envejecimiento biológico se han observado distintos factores tanto internos como externos en los cambios del cuerpo humano y que se han dividido en dos categorías: estocásticos y no estocásticos.

Las teorías **estocásticas**, se engloban aquellos fenómenos, cambios y efectos que surgen en el envejecimiento y que a su vez son el resultado de agresiones del ambiente tanto internos como externos.

- **Teoría de la interferencia:** La teoría de 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. Estos diversos agentes de interferencia se acumulan en grupos que impiden el transporte intracelular, es decir al final la función normal de órganos y sistemas corporales falla y esto se asocia con los diversos cambios relacionados con la edad.
- **Teoría de los Radicales libres y lipofuscina:** La teoría radical libre sugiere que el envejecimiento se debe al metabolismo oxidativo y a los efectos de los radicales libre que nos dice que son moléculas muy inestables y reactivas, que contienen una carga eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno. El deterioro físico del cuerpo se produce por el daño de estas

⁹² <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

moléculas que se acumulan con el tiempo, la lipofuscina se considera un pigmento de la edad de las lipoproteínas de la oxidación en el proceso de envejecimiento que se puede ver 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.

- **Teorías de uso y desgaste:** Esta teoría se atribuye al envejecimiento, al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo a medida que se desempeñan funciones muy especializadas. Como cualquier maquina compleja el cuerpo funcionara de forma más eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones (hábitos de tabaquismo, dieta deficiente y abuso de sustancias toxicas). El esfuerzo puede tener efectos adversos y conducir a enfermedades, sin embargo, existen personas que reaccionan de manera diferente a las tensiones de la vida, una persona puede sentirse abrumada con una jornada de actividad moderada, mientras que otra tal vez se frustra al enfrentarse a un ritmo lento y aburrido así se deduce que el papel del esfuerzo en el envejecimiento no es concluyente.
- **Teorías evolutivas:** 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. Al atribuir el envejecimiento al proceso de selección natural, estas teorías se asocian con aquellas que apoyan la evolución.

En cambio, las teorías **no estocásticas** son las que perciben los cambios del envejecimiento y que son el resultado de un proceso complejo y determinado.

- **Teoría Genéticas.** Entre las primeras teorías genéticas se encuentra.
 - a) **La teoría de envejecimiento programado**, que propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj biológico que predetermina el tiempo de su vida.

b) La teoría del error 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 autopropagadas

- **Teorías Neuroendocrina y neuroquímica.** Estas teorías sugieren que el envejecimiento son resultados 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 es un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro que afecta la división celular sana en todo el cuerpo.
- **Teorías de la radiación.** La relación entre la radiación y la edad aun continua en fase de investigación. En 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 la radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento.
- **Teorías de la nutrición.** La calidad de la dieta es importante como la cantidad, las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes, así como los excesos como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. Aunque la relación completa entre la dieta y el envejecimiento no está bien aceptada, se conoce lo suficiente para sugerir que una buena dieta puede reducir o eliminar algunos de los efectos negativos del proceso de envejecimiento.
- **Teorías Ambientales.** Se sabe que varios factores ambientales amenazan la salud y se considera que están relacionados con el proceso de envejecimiento. Se considera que las intensas condiciones de vida, los altos niveles de ruido y otros factores influyen en el envejecimiento.

Cambios biológicos por Sistemas

Sistema sensorial

- **Visión:**

Disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para distinguir colores.

- **Audición**

Disminuye la agudeza para las altas frecuencias, lo que va deteriorando la capacidad para distinguir palabras y comprender las conversaciones, esto hace a que la persona mayor tenga más problemas para oír.

- **Gusto y olfato**

Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, pérdida de la capacidad para distinguir olores y sabores de los alimentos.

- **Tacto**

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto, los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad.

Sistemas orgánicos

Estructura Muscular

- Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular

Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos, debido al proceso de

desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Articulaciones

- Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad, se produce mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones, la principal consecuencia es el dolor.

Sistema cardiovascular

- **El corazón:** aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- **Los vasos sanguíneos** se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis), el estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- **Las válvulas cardiacas** se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

Sistema respiratorio

Su bajo rendimiento se ve afectado por diversos factores entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, otro de los cambios son la caja torácica y la columna y el deterioro pulmonar principalmente los bronquios. Todo esto es en consecuencia por un bajo aporte de oxígeno en sangre y por la aparición de alguna enfermedad respiratoria.

Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho, por esta razón, es importante para el organismo aumentar la frecuencia al miccionar, el deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

Sistema digestivo

En general, todos los cambios se convierten en una difícil digestión debido a la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Un problema considerable para la digestión de los alimentos es la falta de piezas dentales para una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.
- La atrofia de la mucosa gastrointestinal es importante ya que impide la absorción de nutrientes.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y por tanto estreñimiento.
- Vesícula e hígado en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

Teorías sociológicas del envejecimiento

Las teorías sociológicas abordan el impacto de la sociedad principalmente en los adultos mayores y esto refleja con mayor frecuencia la visión que se tenía con los adultos mayores en el momento en el que se desarrollaron, aquí influye mucho la sociedad y las relaciones que se tienen en este grupo vulnerable de población.

- **Teoría de la Desconexión.** La teoría considera el envejecimiento como un proceso en que la sociedad y el individuo se separan gradualmente, o se desconectan, una del otro a satisfacción y beneficio mutuo.
- **Teoría de la actividad.** Esta teoría 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 y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas mayores, así como aquellas de menor edad, esta teoría sugiere mantener la actividad aun en presencia de múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento. Por lo general esta teoría asume que la actividad es más deseable que la inactividad, porque facilita el bienestar físico, mental y social.
- **Teoría de la Continuidad.** La teoría de continuidad en el envejecimiento, también conocida como teoría del desarrollo se refiere a la personalidad y predisposición hacia determinadas acciones en la vejez que son similares a estos factores durante otras fases del ciclo de vida.
- **Teoría de la subcultura.** Esta teoría considera a los adultos mayores como un grupo de distintas normas, creencias, expectativas, hábitos y problemas que los separan del resto de la sociedad. Las personas mayores son más aceptadas y se sienten más cómodas entre su propio grupo de edad.
- **Teoría de la Estratificación de las edades.** Esta teoría sugiere que la sociedad esta estratificada por grupos de edad, las personas de un grupo etario similar suelen tener experiencias, creencias, actitudes y transiciones de vida similares que les ofrece una visión única y compartida de la historia. Cada grupo de edad tiene sus propias experiencias e influencia sobre la sociedad y hay una interdependencia entre la sociedad y el grupo.

Teorías psicológicas del envejecimiento

En esta teoría abarcan los procesos mentales, así como los comportamientos y sentimientos de cada persona a lo largo de su vida junto con los mecanismos que la gente utiliza para responder y asimilar estos cambios de la vejez. Estos cambios se deben enfrentar con respuesta a las experiencias de vida de cada

persona ya que es parte del continuo crecimiento de un adulto medio durante el tiempo de esperanza de vida.⁹³

- **Teoría del desarrollo.** Esta teoría detalla tres desafíos específicos a los que se enfrentan los adultos mayores y que influyen en el resultado sobre la integridad o la desesperación del ego:
 1. 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.
 2. 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 limitaciones físicas impuestas por el envejecimiento.
 3. 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.

Gerotrascendencia

Es una teoría reciente que sugiere que el envejecimiento implica una transición de una metaperspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente. Cuando las personas envejecen, están menos interesadas en sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus relaciones sin sentido y sus intereses propios y en su lugar desean una vida más significativa y un mayor vínculo con los demás.

4.5.2 Padecimientos más frecuentes

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

⁹³ Eliopoulos Charlotte Enfermería Geriátrica y Gerontológica 9ª Edición Barcelona España

El **envejecimiento** es un proceso gradual y adaptativo de cambios continuos e irreversibles de múltiples transformaciones a través del tiempo, natural y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas. En general se caracteriza por una disminución en la eficiencia del funcionamiento de los órganos y sistemas del individuo y un incremento del riesgo para adquirir enfermedades agudas y crónicas

La **vejez**, de acuerdo con la OMS representa una construcción social y biográfica del último momento del curso vital y que comprende las últimas décadas de la vida de un individuo, con un punto final marcado por la muerte, cuyo avance se produce en función de las identidades sin importar el género, pero si tiene mucho que ver las experiencias vitales, los eventos cruciales y las transiciones afrontadas durante la trayectoria de vida.

Envejecimiento es un proceso continuo dentro de las etapas de desarrollo, mientras que vejez se considera como la última etapa del ciclo vital, conformado por lo vivido a lo largo de las etapas de niñez, adolescencia, juventud y madurez.

Tipos de envejecimiento

Cabe señalar que no todas las personas envejecen de la misma manera, sin embargo, con frecuencia la sociedad asume al envejecimiento como un proceso de total decadencia, usualmente estamos acostumbrados a ver a los a los ancianos con un bastón, enfermizo o con deterioro cognitivo o abandonado, pero todo esto es erróneo, ya que se ha demostrado que el 80% de los ancianos son funcionales e independientes, se mencionan los diferentes tipos de envejecimiento:

Envejecimiento exitoso

En este tipo de envejecimiento sólo se manifiestan los cambios biológicos, psicológicos y sociales e inherentes a la edad, como consecuencia de aspectos genéticos de ambiente social y estilos de vida saludables que se ve reflejado en una disminución significativa de riesgos a enfermedades agudas y crónicas, esto

aunado a una funcionalidad física, mental y social acorde con su edad y contexto sociocultural.

Envejecimiento usual

En este tipo de envejecimiento además de los cambios de la edad padecen alguna enfermedad crónica degenerativas, pero tienen una buena funcionalidad física, mental y social y por lo tanto son independientes. Este es el tipo de envejecimiento más común que se vive.

Envejecimiento con fragilidad

En este tipo de envejecimiento los adultos mayores muestran una disminución en la eficiencia a la respuesta a la respuesta y funcionalidad de los órganos y sistemas antes los cambios o posibles riesgos a las alteraciones físicas y a las complicaciones que conllevan las enfermedades crónicas. El envejecimiento frágil se caracteriza como personas enfermizas, débiles y dependientes en las actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse, calzarse, la higiene, la deambulación, etc. También manifiestan alteraciones significativas en la funcionalidad social y cognitiva.⁹⁴

El proceso envejecimiento demográfico es un fenómeno universal en la historia de la humanidad, con repercusiones en muchos ámbitos de nuestra vida cotidiana el cual se está empezando a dimensionar, como la población ya que este es un proceso largo de tiempo que se produce como consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida hasta edades más avanzadas, dando lugar a la transformación de la estructura por edad (pirámide poblacional). En México, los resultados definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2020 revelan que la población de 60 o más años asciende a 15.1 millones, lo que representa 12% de la población total del país.

En nuestro País, las personas mayores son consideradas todavía como un grupo en situación de vulnerabilidad, debido a las características bio psico sociales que se presentan con la edad y que se acentúan con la duración de la vida. El

⁹⁴ Víctor M. Mendoza-Núñez, Envejecimiento y vejez

envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años.

La epidemiología ha estado continuamente en evolución, de tal manera que en la segunda mitad del siglo XX se han aplicado los métodos epidemiológicos con especial énfasis en el estudio de la morbilidad por enfermedades crónicas, la identificación de su origen o causas posibles como los factores genéticos y ambientales; pero su avance más sustantivo ha radicado en el interés sobre los problemas del envejecimiento, lo que conlleva al enlace de la epidemiología y la gerontología como ciencias multidisciplinarias.

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES EN EL GRUPO DE MAYORES DE 65 AÑOS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2020

POBLACION GENERAL

Numero	Padecimiento	Casos
1	Infecciones Respiratorias Agudas	831,440
2	Infecciones de Vías Urinarias	335, 275
3	COVID-19	199,197
4	Infecciones Intestinales	163, 442
5	Ulceras, Gastritis y Duodenitis	97, 328
6	Hipertensión Arterial	97, 067
7	Diabetes Mellitus	65,239
8	Conjuntivitis	55,186
9	Influenza	46,509
10	Neumonías y Bronconeumonías	42,778

11	Gingivitis y Enfermedad Periodontal	42,349
12	Hiperplasia de la Próstata	32,579
13	Insuficiencia Venosa Periférica	29,841
14	Otitis Media Aguda	24,835
15	Obesidad	23,945
16	Enfermedad Cerebrovascular	17,736
17	Intoxicación por Picadura de Alacrán	17,723
18	Enfermedad Isquémica del Corazón	16,599
19	Depresión	12,419
20	Vulvovaginitis	11,029

Fuente: SUIVE/DGE secretaria de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2020
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

Diez principales causas de muerte por sexo

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del Corazón 141, 873	Enfermedades del Corazón 78,929	Enfermedades del Corazón 62,713
2	COVID-19 71,419	COVID-19 71,419	Diabetes Mellitus 47,429
3	Diabetes Mellitus 99,733	Diabetes Mellitus 52,136	COVID-19 37,111
4	Tumores Malignos 60,421	Tumores Malignos 229,749	Tumores Malignos 30,623
5	Influenza y Neumonía 29,573	Enfermedades del Hígado 20,263	Enfermedades Cerebrovasculares 12,112

6	Enfermedades del Hígado 27,842	Agresiones (Homicidios) 20,165	Influenza y Neumonía 11,473
7	Enfermedades Cerebrovasculares 24,928	Influenza y Neumonía 18,063	Enfermedades del Hígado 7,544
8	Agresiones (Homicidios) 22,798	Accidentes 16,460	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas 7,375
9	Accidentes 21,049	Enfermedades Cerebrovasculares 12,784	Accidentes 4,552
10	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas 15,847	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas 8,455	Insuficiencia Renal 4,469

INEGI. Comunicado de prensa núm. 61/21 27 de enero de 2021 página ¾

4.5.3 Descripción del padecimiento

DETERIORO COGNOSCITIVO

El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Así mismo es visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente

es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros que dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto.⁹⁵

El deterioro cognitivo leve es un estado en el cual las personas presentan problemas de memoria mayor a la esperada durante el envejecimiento, el cual no afecta al desarrollo de actividades de la vida diaria, sin embargo, en el caso de las demencias, síndrome mayormente de naturaleza crónica o progresiva, causado por una variedad de enfermedades cerebrales que afectan la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la habilidad de realizar actividades de la vida diaria.

En la actualidad el deterioro cognoscitivo refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes:

- Memoria.
- Orientación
- Pensamiento abstracto.
- Lenguaje.
- Capacidad de juicio y razonamiento.
- Capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva.
- Capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

La OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), define la **demencia** como un síndrome clínico orgánico caracterizado por una disminución adquirida, gradual, progresiva y persistente de varias de las funciones intelectuales: memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto y capacidad de juicio, sin alteración del nivel de conciencia. Es preciso que estos déficits interfieran con las funciones sociales y ocupacionales del paciente. Para evitar la confusión con cuadros de delirio, algunos autores exigen para su diagnóstico que este deterioro permanezca o progrese durante un plazo de 6 meses. Es importante diferenciar el

⁹⁵ Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Actualización Actualización2012

concepto de demencia del de pérdida de memoria y del de deterioro cognitivo asociado a la edad. Las definiciones más aceptadas son las siguientes:⁹⁶

- **Alteración de la memoria asociada a la edad.** Se trata de una pérdida aislada de memoria en una persona mayor de 50 años, pero con normalidad en pruebas diagnósticas. Tras un seguimiento durante 6 meses no existe evidencia clínica de un empeoramiento del déficit.
- **Deterioro cognitivo asociado a la edad.** Se denominan así a los defectos de memoria asociados a una o más disfunciones de carácter leve en las siguientes áreas cognitivas: concentración, pensamiento, lenguaje, función, visual, de tiempo y espacio. El seguimiento clínico del paciente cada 3 o 6 meses nos indicará si el paciente se estabiliza, retrocede o evoluciona hacia demencia.

Epidemiología

El envejecimiento poblacional a nivel mundial ha llevado a un aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, presentándose como un desafío para los equipos de salud.

Actualmente nuestro país se encuentra ubicado entre los tres países más envejecidos de América Latina, junto con Argentina y Uruguay, con una expectativa de vida de 78 años como promedio y se cree debe convertirse en el primero más envejecido de la región para el año 2025. La prevalencia global del deterioro cognoscitivo se calcula de 17,1 a 22,3 % entre los mayores de 65 años, siendo de 25 % a 45,3 % en aquellos con 85 años o más, y su presencia incrementa hasta 6 veces el riesgo de progresión a demencia.⁹⁷

Según la Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones,

⁹⁶ E. Thomas Carazoay M.J. Nadal Blanco, Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria <https://www.elsevier.es/es>

⁹⁷ Fuente Sevillano Teresa, Santos Hedman Damián Jorge. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev. cubana med [Internet]. marzo de 2020 [consultado el 21 de abril de 2024]; 59(1): e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es.
Publicación electrónica 01-mar-2020.

calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas.⁹⁸

En Latinoamérica y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%).⁹⁹

En México, la prevalencia estimada de DC leve es del 23.8%,⁴ se han evaluado diferentes factores de riesgo asociados con el DC leve, y se ha demostrado que los aspectos sociodemográficos se asocian a la presencia de este deterioro, como la edad mayor a 70 años, para la cual se ha estimado una RM de 2.06 (1.32-3.23), y escolaridad menor a 9 años, con una RM de 3.01 (1.80-5.05). Otros aspectos han mostrado una asociación ($p < 0.01$) a favor de la presencia de DC leve como son:

- Sexo femenino
- Nivel educacional menor a 9 años

Comorbilidades como:

- Hipertensión
- Infarto
- Diabetes
- Descontrol glucémico

Sin embargo, existen estudios que contradicen esta información, reportando solo los aspectos como:

- Edad mayor de 70 años
- Diabetes
- Hipoglucemia

⁹⁸ OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015

⁹⁹ Benavides-Caro Cristina Alexandra, Deterioro cognitivo en el adulto mayor Volumen 40, No. 2, abril-junio 2017

- Factores de riesgo significativos asociados a la presencia de DC leve.¹⁰⁰

Factores de riesgo

El deterioro cognitivo comparte con la demencia factores de riesgo como la edad avanzada, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos, los factores de riesgo se pueden clasificar en tres categorías: envejecimiento, genética y ambientales. Es importante mencionar que mucho tiene que ver los antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis), diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, como la depresión, trastornos psiquiátricos como (Esquizofrenia, psicosis, otros), infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH), abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis, algunos tipos de cáncer y Enfermedad de Parkinson.¹⁰¹

Factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años

Variables	Deterioro Cognitivo		RM	IC 95%	p valor *
	n	%			
Edad 75 años	137	32.6	3.48	2.24-5.40	<0.001
Ausencia de pareja	181	43.1	1.56	1.03-2.37	0.036
Escolaridad menor a 9 años	355	84.5	3.63	1.68-7.87	0.001
Estrato económico bajo	197	46.9	1.97	1.29-3.00	0.002
Enfermedad cardiaca	84	20.0	1.86	1.13-3.06	0.014

¹⁰⁰ Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, Gómez-Hernández HR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal [Risk factors associated with cognitive impairment in aged: Cross-sectional study]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 Oct 2;61(Suppl 3): S395-S406. Spanish. doi: 10.5281/zenodo.8319815. PMID: 37934797; PMCID: PMC10732693.

¹⁰¹ Ídem (85)

Polifarmacia	250	59.5	2.28	1.45-3.58	<0.001
AINES	233	55.5	1.66	1.08-2.55	0.020
Antiácido	220	52.4	1.57	1.03-2.39	0.035
Dependencia ABVD	24	5.7	6.23	2.51-15.44	<0.001
Hipoglucemia	22	5.2	3.55	1.47-8.54	0.005
Descontrol de TA	115	27.4	1.71	1.09-2.70	0.019
Ausencia de estimulación cognitiva	257	61.2	4.82	2.86-8.12	<0.001
Ausencia de actividad física	197	46.9	1.64	1.08-2.49	0.020

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009, 47(3) Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor.

RM: Razón de Momios. IC95%: Intervalo de confianza al 95%. ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria. TA: Tensión Arterial *Chi cuadrada de Pearson.

Cuadro clínico

La evaluación clínica se lleva a cabo en el primer nivel de atención debe ser dirigida y eficiente y se debe de interpretar en el contexto de algunas enfermedades o de factores de riesgo al deterioro cognoscitivo, esto es principalmente cuando el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, las pruebas diagnósticas se deben realizar a todos los adultos mayores por lo menos una vez al año, en busca de un deterioro cognoscitivo a través de pruebas de tamizaje.

Pruebas Diagnosticas

Las funciones mentales superiores en el anciano pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para tratamiento oportuno.

Es indispensable realizar la exploración física general y neurológica de los pacientes más las pruebas complementarias, orientadas preferentemente a descartar causas secundarias.

En el examen neurológico se explorará minuciosamente lo siguiente:

- El nivel de conciencia y los signos meníngeos, la presencia de signos de liberación frontal que denotan un deterioro significativo: (reflejos de succión, prensión, hociqueo, glabellar, palmomentoniano).
- Signos focales motores: (paresias, signo de Babinski, déficit sensorial, defectos del campo visual, falta de coordinación de los movimientos).
- Signos extrapiramidales: (temblor, rigidez, alteración de los reflejos de actitud y postura, mioclonías).
- Alteraciones de la marcha, trastornos del lenguaje, de pares craneales y del fondo de ojo: (afasia, disnomias, estereotipia, neologismos).¹⁰²

La tomografía axial computarizada o la imagen por resonancia magnética:

- Pueden revelar atrofia cerebral, lesiones focales cerebrales (infartos corticales, tumores, hematomas subdurales).

Los estudios o exámenes complementarios que se recomiendan realizar a los pacientes con evidencia de deterioro cognitivo dudoso y/o significativo, con el objetivo de identificar su causa son:¹⁰³

- Hemograma completo, velocidad de sedimentación globular
- Bioquímica: (creatinina, glicemia, colesterol, pruebas de función hepática, calcio, sodio y potasio, hormona estimulante del tiroides, TSH y vitamina B12).
- Serología, VIH y parcial de orina: (proteinuria y leucocituria).

Tratamiento

- Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor con deterioro cognoscitivo como la agitación, la

¹⁰² Pérez Martínez Víctor T.. Deterioro cognitivo: una visión de futuro. Rev. Cuban Med Gen Integr [Internet]. Abril de 2005 [consultado el 25 de abril de 2024]; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es.

¹⁰³ Mario Ulises Pérez Zepeda, El deterioro cognoscitivo como un síndrome geriátrico Instituto de Geriátrica (INGER), SSA, México DF.

agresividad, la depresión, las alucinaciones, el vagabundeo y el comportamiento sexual inapropiado. Cabe mencionar que también existen las alteraciones conductuales secundarias del paciente con deterioro cognoscitivo que puede ser a la incapacidad de adaptarse a su nuevo ambiente o cuando ha sido cambiado de este, se debe corregir antes de intentar con un tratamiento farmacológico. Es importante adaptar el entorno domiciliario a las necesidades básicas del adulto mayor con deterioro cognoscitivo todo esto de estimular la independencia y de mejorar la adaptación, esto incluye los siguientes cambios:

- Recomendaciones de modificación del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos, y así facilitar las actividades básicas de la vida diaria.
- Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva.
- Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad.
- Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador.
- Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad.
- El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario.
- Motivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad de la persona.
- Actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo.

Las intervenciones psicosociales tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y optimizar la función a través de la psicoterapia, ejercicios cognitivos y terapias de estimulación.

También es importante mencionar que se recomienda que el cuidador también realice otras actividades recreativas o de asistencia a grupos de apoyo y solicite ayuda para asimilar y utilizar estrategias para aliviar la sobrecarga. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia.

Tratamiento farmacológico

Los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, debido a su mecanismo de acción, aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin embargo, NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia y deben suspenderse en demencia grave. Su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo.

La prevención secundaria de eventos cerebrovasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios.

La aspirina también tiene mayor eficacia en la prevención secundaria del evento vascular cerebral, aunque aún no hay estudios que lo confirmen.¹⁰⁴

Aspectos relacionados con la prevención del padecimiento

El déficit cognitivo al ser una patología multifactorial, con una gran influencia de factores sociales y ambientales en su etiología, no puede ser manejado tan sólo con un enfoque clínico-farmacológico, se requieren políticas públicas de salud que evalúen al paciente mayor de forma integral, permitiendo una detección temprana del déficit neurológico y los síndromes geriátricos relacionados con el deterioro de la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud ha estado apoyando en la implementación de políticas de manejo de la demencia y las alteraciones cognitivas, México tiene un programa de medidas clave que pueden contribuir a reducir el riesgo de demencia como son:

- Realizar actividad física o ejercicio aeróbico (caminata, natación, baile) de 150 a 300 minutos semanales.
- Llevar a cabo una dieta equilibrada, con mayor consumo de frutas hortalizas (apio, acelgas, espinacas, entre otras).

¹⁰⁴ Ídem (85)

- Consumir menos de 5 gramos de sal y menos de 50 gramos de azúcares al día.
- Reducir el consumo de alcohol y tabaco.
- Realizar actividades de estimulación cognitiva: lectura, escritura, juegos mentales, oratoria, practica de idiomas durante todo el curso de vida.
- Mantener un control y monitoreo de enfermedades cardiovasculares como hipertensión o metabólicas como diabetes mellitus.
- Atender y cuidar la capacidad auditiva a través de higiene, uso de aparatos auditivos, entre otros.
- Fortalecer redes de apoyo, mantener comunicación con vecinos, familiares y amigos.¹⁰⁵

Estas políticas estatales están enfocadas en el manejo de pacientes mayores, y pacientes con riesgo de demencia, esta se usa entre otros enfoques a mantener programas de actividad física para el adulto mayor, programas de control de enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes y programas de prevención del uso del tabaco, además de facilidades para el manejo primario y facilidades para el acceso a la atención en salud.

Las intervenciones de enfermería de prevención primaria y secundaria son importantes en personas mayores con envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y etapa inicial de las demencias. En las cuales se destacan principalmente programas de actividad física, estimulación cognitiva y participación social, también se relacionaron con los años de educación formal y el hábito de lectura presente en los últimos 5 años.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Gobierno de México, Medidas preventivas para reducir los factores de riesgo asociados con la demencia.

¹⁰⁶ Ayala San Martín Lorena Soledad. Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2024 Mayo 08] ; 14(3): e14304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300004&lng=es. Epub 05-Abr-2021.

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

5.1 Presentación del caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A.A.C	Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 21/07/1938	Edad: 86 años
Escolaridad: Ninguna	Religión: católica
Estado civil: Viuda	Lugar de nacimiento: Michoacán
Residente: CDMX	Ocupación: Ama de casa

Edad: 86 años	Sexo: Mujer	Talla: 1.43 mts.	Peso: 37,740 kg
<p>Paciente femenina de la tercera edad, consiente, desorientada, cooperadora presentándose en ocasiones confusa en cuanto al lugar, tiempo y espacio, normocéfalo con cabello corto, canoso, lacio y limpio adecuada coloración de tegumentos, piel morena presenta una mancha senil de lado izquierdo de la cara, ojos simétricos, pupilas isocóricas normorreflécticas, orejas simétricas, mucosa oral hidratada se observan dos dientes con presencia de caries no utiliza placa dental, tórax simétrico campos pulmonares ventilados, sin sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos abdomen blando y depresible a la palpación, con presencia de cicatriz en cuadrante fosa iliaca derecha por procedimiento quirúrgico de hernia inguinal con malla (hace 4 años), cirugía de vejiga caída (en el 2014), extremidades superiores e inferiores integras uñas convexas sin alteraciones, genitales íntegros acorde a la edad y sexo.</p>			

Antecedentes Heredofamiliares

Padre: Finado presento deterioro cognitivo
Madre: Se desconoce la causa del fallecimiento

Antecedentes Personales no Patológicos

Paciente no lleva una adecuada hidratación toma aproximadamente 2-3 vasos de agua al día ya que refiere que el agua simple no es de su agrado y en base a la jarra del buen beber una persona mayor debe ingerir de 4-6 vasos de líquidos entre comidas, para evitar una deshidratación.

Paciente con poliuria ya que refiere miccionar constantemente de 6-12 veces al día, en cantidades escasas, presentando también nicturia el cual eso hace que por las noches no logre conciliar el sueño satisfactoriamente presentando insomnio y familiar también refiere que es muy pesado estarse levantando a cada rato para vigilarla, ya que en repetidas ocasiones hace del baño en otros lados como en el bote de basura de la cocina o en la sala, también familiar refiere que tienen que vigilarla para que no agarre los papeles sucios del baño, paciente cada que va al sanitario no recuerda en donde esta y se le tiene que guiar.

Ella tuvo 7 hijos por parto natural, dos de ellos finados, uno de ellos de VIH Sida a los 31 años, otro de sus hijos falleció de una congestión alcohólica a los 45 años y su esposo falleció de un derrame cerebral a los 76 años.

Al interrogatorio la paciente refiere ser originaria de Santa Clara del Cobre Michoacán, residente de la ciudad de México desde que quedo viuda hace aproximadamente 12 años, primero vivió dos años con su hijo mayor, posteriormente con una de sus hijas en el cual con ella vivió 10 años, actualmente vive con otra de sus hijas hace 6 meses que se hizo el cambio de domicilio, el cual cuenta con todos los servicios básicos de luz, agua, teléfono, etc. casa de concreto, bien ventilada y baño independiente.

Paciente muestra confusión al no recordar las cosas y objetos al interior de la casa, así mismo no recuerda los nombres de los familiares con los que vive actualmente generándole angustia. también muestra confusión y olvido por los hechos suscitados de manera reciente, refiriendo la persona mayor que se le olvidan las cosas.

Por lo general es una persona alegre que le gusta convivir con las personas que le rodean, se ríe de los sucesos acontecidos por la familia le gusta bailar, salir a caminar salir a la calle para distraerse, incluso disfruta el simple hecho de sentarse a comer una paleta.

Muestra molestia y enojo cuando se siente desplazada, o cuando escucha conversaciones donde ella no es incluida.

Cabe señalar que de acuerdo con lo referido por su familiar (Cuidador primario) en ocasiones su lenguaje verbal está acompañado de palabras obscenas.

Antecedentes Personales Patológicos

- Diagnóstico en estudio (Probable Demencia vascular no especificada 24 de mayo de 2024)
- Dificultad para conciliar el sueño por indicación médica toma lo siguiente:
 - Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches (suspendido 24 mayo 2024)
 - Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches. (suspendido 24 mayo)
 - Alprazolam tableta 2.0 mg, una tableta vía oral c/24 hrs durante 30 días.
 - a) Media diaria a las 8 de la noche por un mes
 - b) Un cuarto diario 8 de la noche por un mes
 - c) Un cuarto 8 de la noche, cada tercer día por 2 semanas, después suspender
 - Valproato simisodico comprimidos 250 mg, una tableta vía oral c/12 horas durante 30 días.
 - a) Media tableta diario por 5 días 8:30 pm
 - b) Una tableta diaria por 5 días 8:30 pm
 - c) Media tableta 9:00 am, una tableta 8:30 pm por 5 días
 - d) Una tableta 9:00 am, una tableta 8:30 pm hasta nuevo aviso
- Citalopram tableta 20 mg, una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

Tomar media tableta diario por 7 días, después una diaria siempre 8:30 de la noche

- Olanzapina tableta 10 mg una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

Tomar una tableta diaria a las 8:30 de la noche (se recomienda previa toma de presión arterial, si es menor o igual a 110/70 dar media tableta cada 12 horas

- En cuadrante de fosa iliaca derecha presenta cicatriz por procedimiento quirúrgico de hernioplastia inguinal con malla (hace 4 años).

Padecimiento actual

- **Mini-examen del estado mental** para detectar deterioro cognitivo leve o demencia se obtuvieron **9 puntos** – probable deterioro cognitivo.
- A la aplicación de la **Escala Downton**, se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída. Con un valor de **2 puntos** – Mediano Riesgo.
- Se aplico la **Escala de Atenas de Insomnio**, para detectar problemas de insomnio o calidad del sueño en personas mayores, el cual obtuvo **13 puntos** – Si presenta problemas de insomnio.
- A la aplicación del instrumento para las **Actividades Básicas de la Vida diaria (Índice de Katz)**, para identificar el grado de independencia con una puntuación **4/6** – No realiza sus actividades de manera independiente, recibe asistencia durante el baño en más de una parte del cuerpo y para vigilancia y prevención de caídas, recibe asistencia en tomar las prendas y vestirla recibe asistencia en el baño en limpiarse, requiere supervisión del control de esfínteres por incontinencia urinaria por lo que hace uso de pañal.
- **Guía de entrevista sobre factores de riesgo de discapacidad en personas mayores** se identificó persona mayor de 86 años del sexo femenino, la cual acompañada de su cuidador primario (hija) durante la entrevista refirió lo siguiente:

Factores de riesgo de pérdida de la capacidad funcional en hábitos de vida

Durante la entrevista el cuidador primario (hija) refiere que tiene un estilo de vida sedentario, debido a que no realiza ejercicio, en los últimos tres meses se la ha visto agotada, con problema para cargar objetos pesados, actualmente consume bebidas alcohólicas. Además de presentar dificultad para dormir y nicturia.

Factores de riesgo de pérdida de la capacidad funcional referentes al proceso salud-enfermedad.

Presenta déficit auditivo, pérdida de peso en los últimos dos años IMC <18.5, escape involuntario de orina, deterioro cognitivo y edentulismo parcial.

Factores de riesgo de pérdida de la capacidad funcional, en los aspectos sociales.

Debido al deterioro cognitivo no tiene la libertad de prever, decidir y actuar sobre sus propios asuntos ya que depende de su cuidadora(hija), así mismo esta última señala no realiza actividades recreativas y de esparcimiento.

Factores de riesgo de pérdida de la capacidad funcional en los aspectos psicológicos.

Presenta problemas de memoria a corto plazo y de largo plazo, debido al probable deterioro cognitivo, lo que afecta su capacidad para hacer sus cosas del día a día. Se aplicó **Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)** para evaluar el nivel de sobrecarga que percibe el cuidador principal de una persona con deterioro cognitivo, se obtuvieron **47 puntos** - Puntuación entre **47-55 indican sobrecarga leve**

Signos Vitales

T/A: 98/60 mm/Hg

FC: 71x'

FR: 20x'

SpO2: 96 %

Temp: 36.3

Talla: 1.43 m.

Peso: 37,340kg

IMC: 18.3

5.2 Valoración inicial y continua

I. Ficha de identificación

NOMBRE: <u>A.A.C</u>	EDAD: <u>86 AÑOS</u>	SEXO: <u>FEMENINO</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>DETERIORO COGNOSITIVO</u>	SERVICIO: <u>DOMICILIO</u>	
DIRECCIÓN: <u>CALLE: RAFAEL RAMIREZ MZ.119 LT 6 COL. ZONA ESCOLAR ORIENTE</u>		
TELÉFONO: <u>5551618533</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>LETICIA SÁNCHEZ ANGEL (HIJA)</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>AMA DE CASA</u>		

II. Valoración por necesidades

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO					
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>20x'</u>					
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES	
Normal	Superficial	X	Kusmaull	Crepitantes	Campos pulmonares sin compromiso, refiere no tener dificultad para respirar
Taquipnea	Profunda		Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea			Disnea	Sibilancias	
			Cheyne Stokes	Estertores	

CARDIACO					
FRECUENCIA CARIACA: <u>71x'</u> PULSO: <u>66x'</u> TENSION ARTERIAL: <u>98/60</u>					
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES			
Taquicardia	Rebotante	De acuerdo con el registro sin alteraciones en la presión arterial ni en frecuencia cardiaca			
Bradicardia	Taquisfignia				
Arritmia	Bradisfignia				
	Filiforme				

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

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>37.340 kg</u> Peso ideal: <u>38.400 kg</u> Talla: <u>1.43m</u> Perímetro abdominal: _____ Perímetro Cefálico: _____		
A perdido o ganado peso (cuanto): <u>Ha perdido en un mes 780 grs.</u>		
Complexión: Delgado: <u>x</u> Obesidad: _____ Caquéxico: _____ Otro: _____		
ALIMENTO		
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES	OBSERVACIONES	
Blanda: _____ Normal: <u>x</u> Papilla: _____ Astringente: _____ Laxante: _____ Suplementos: <u>toma de ensure 1 cada tercer día</u>	IMC: 18.3 Peso mínimo 38,400 kg Peso máximo 52.600 kg Así mismo de acuerdo con el IMC y a la información obtenida por la familiar ha presentado pérdida de peso	
LIQUIDOS		
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS	OBSERVACIONES
< de 500ml: 500 a 1000ml: X >de 1000ml	Agua natural: <u>x</u> Agua de sabor natural: <u>x</u> Té: <u>x</u> Jugos: <u>x</u> Refrescos: <u>x en ocasiones</u> Café: _____ Cerveza: _____ Otros: _____	Ingesta de líquidos menor a la recomendada de acuerdo con la jarra del buen beber debido a que en el día toma 600 mililitros de agua en promedio

DATOS DIGESTIVOS						
Anorexia: _____	Náuseas: _____	Vómito: _____	Indigestión: _____	Hematemesis: _____	Pirosis: _____	OBSERVACIONES No presenta problemas digestivos aun cuando tiene edentulismo parcial.
Distensión abdominal: _____	Masticación dolorosa: _____	Disfagia: _____	Polidipsia: _____	Polifagia: _____		
Polifagia: _____	Odinofagia: _____	Sialorrea: _____	Regurgitación: _____	Otro: _____		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica: <u>x</u> Forzada: _____	1-2 veces	Aprox. 200 grs.	Café	Fétido	Heces en forma alargada lisa y blanda.	Refiere evacuar de una a dos veces al día, en escala de Bristol tipo 4. Refiere presentar un ligero pujo para terminar de defecar, pero no con esfuerzo ni dolor.
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: _____	Flatulencia: _____	Rectorragia: _____	Incontinencia: _____	Melena: _____		
Pujo: <u>x</u>	Tenesmo: _____	Otros: _____				

ELIMINACIÓN URINARIA						
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES	
Fisiológica: <u>x</u> Forzada: _____	6-12 veces	100ml	Amarillo	Sin olor	La familiar refiere que micciona con frecuencia durante el día así mismo por la noche se levanta de manera continua al baño, por lo regular micciona	
DATOS DE ELIMINACION URINARIA						
Nicturia: <u>x</u>	Anuria: _____	Disuria: _____	Enuresis: _____	Incontinencia: <u>X</u>	Poliuria: _____	

Iscuria: _____ Oliguria: _____ Opsiuria: _____ Polaquiuria: _____ Tenesmo: _____ Urgencia: _____	aproximadamente 6 veces. (Incontinencia urinaria)
Otros: _____	

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>No realiza ninguna actividad física</u>	OBSERVACIONES Con base a la observación y a lo que refiere el familiar mantiene una buena postura por lo que no requiere ayuda para sentarse ni para caminar
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Se sienta sin ayuda</u>	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Camina sola sin uso de algún dispositivo de ayuda</u>	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>4-5 hrs</u>	¿Siente descanso cuando duerme?: <u>No</u>	OBSERVACIONES La familiar refiere que la paciente durante el día se muestra somnolienta, cansada, presenta dificultad para conciliar el sueño Por indicación médica toma los siguientes inductores del sueño: Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches (ya suspendido) Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches (ya suspendido) Alprazolam tableta 2.0 mg, una tableta vía oral c/24 hrs durante 30 días. Valproato semisodico comprimidos 250 mg, una tableta vía oral c/12 horas durante 30 días. Citalopram tableta 20 mg, una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días. Olanzapina tableta 10 mg una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>No</u>	¿Toma algún medicamento para dormir? <u>Si</u>	
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>No</u>		
CARACTERÍSTICAS		
Insomnio: <u>X</u>	Bostezos frecuentes: <u>X</u>	Se observa cansado <u>En ocasiones</u>
		Presenta ojeras: <u>Si</u>
Ronquidos: _____	Somnoliento: <u>X</u>	Irritabilidad: _____
		Otros: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Interior (pañal) y exterior diario</u>	OBSERVACIONES Cambio de ropa y de pañal diario, le agrada la ropa de algodón ya que refiere sentirse cómoda y con adecuada temperatura. Su cambio de ropa es con la ayuda de familia (Cuidador primario), cambio de pañal diario
Necesita ayuda para vestirse: <u>Si</u>	
Tipo de ropa preferida: <u>Pants, blusas de algodón, chalecos</u>	

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: <u>36.3 C°</u>	Axilar: <u>X</u>	Frontal: _____	Otica: _____	Oral: _____	Rectal: _____	OBSERVACIONES Sin observaciones
Escalofríos: _____	Piloerección: _____	Diáforesis: <u>X</u>	Hipotermia: _____	Hipertermia: _____		
Distermias: _____	Fiebre: _____	Rubicundez facial: _____	Otros: _____			

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN			
Matutino: <u>Templado</u>	Fría: _____	Húmeda: _____	Templada: _____	Habitación se encuentra en todo momento templado y en ocasiones muy calurosa es por eso por lo que siempre se mantiene ventilada
Vespertino: <u>Calor</u>	Ventilada: <u>x</u>	Poco ventilada: _____		
Nocturno: <u>Calor</u>	Otros: _____			

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL							
BAÑO. Regadera: <u>X</u>	Tina: _____	Esponja: _____	Aseos parciales: _____	Aseos de cavidades: _____	OBSERVACIONES Refiere familiar baño diario, familiar refiere asistirle durante el baño en más de una parte del cuerpo así mismo para vigilancia y prevención de caídas. Índice de Katz 4/6		
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <u>X</u>	Tres veces a la semana: _____	1 vez a la semana: _____	Otro: _____				
MUCOSA ORAL							
Seca: _____	Hidratada: <u>x</u>	Estomatitis: _____	Caries: <u>X</u>	Gingivitis: _____	Úlceras: _____	Aftas: _____	Mucosas orales bien hidratadas. Durante la observación se identifica que solo cuenta con 2 piezas dentales con caries, no le realizan higiene bucal, además su familiar refiere que no utiliza placa dental desde hace 10 años aproximadamente. Edentulismo parcial
Sialorrea: _____	Xerostomía: _____	Flictenas: _____	Halitosis: _____				
Características de la lengua: <u>rosada</u>	Otros: _____						
DIENTES							
Frecuencia del lavado:	1 vez al día: _____	2 veces al día: _____	3 veces al día: _____				
Cantidad de dientes: <u>Cuenta con dos piezas dentales, tampoco utiliza placa dental</u>							
Características de los dientes:	Amarillos: _____	Blancos: _____	Picados: _____	Sarro: _____	Caries: <u>X</u>		
Otros: _____							

PIEL						
COLORACION:	Palidez: _____	Cianosis: _____	Ictericia: _____	Rubicundez: _____	Cloasma: _____	OBSERVACIONES

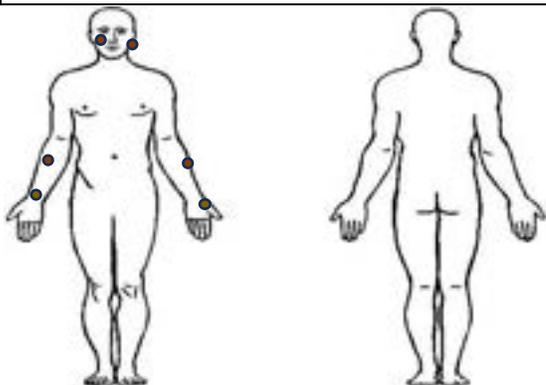
Melasma: ___ Angiomas: ___ Manchas: <u>X</u> Rosado: ___ Grisácea: ___ Apiñonada: ___ Morena clara: ___ Morena intensa: ___ Morena media: <u>X</u> Hiperpigmentación: ___	Piel sin ninguna alteración, presenta manchas seniles en el rostro, de lado izquierdo de la cara. Presenta en cuadrante de fosa iliaca derecha cicatriz por procedimiento quirúrgico de hernioplastia inguinal con malla de hace 4 años
TEMPERATURA. Fría: ___ Caliente: ___ Tibia: <u>X</u> Otras: _____	
TEXTURA. Edema: ___ Celulitis: ___ Áspera: ___ Turgente: ___ Escamosa: ___ Lisa: ___ Seca: ___ Agrietada: ___ Otras: _____	
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: ___ Pápulas: ___ Vesículas: ___ Pústulas: ___ Nódulos: ___ Ulceras: ___ Erosiones: ___ Fisuras: ___ Costras: ___ Red venosa: ___ Escaras: ___ Tubérculos: ___ Eritema: ___ Callosidades: ___ Isquemias: ___ Nevos: ___ Tatuajes: ___ Prurito: ___ Petequias: ___ Equimosis: ___ Hematomas: ___ Masas: ___ Verrugas: ___ Signos de maltrato: ___ Quemaduras: ___ Infiltración: ___ Ronchas o habones: _____ Otros: procedimiento quirúrgico de hernioplastia inguinal _____	

UÑAS <i>Coloración y características</i>	
Quebradizas: ___ Micosis: ___ Onicofagia: ___ Bandas Blancas: ___ Amarillentas: ___ Cianóticas: ___ Estriadas: ___ Convexas: <u>X</u> Coiloniquia: ___ Leuconiquia: ___ Grisáceas: ___ Hemorragias subungueales: ___ Deformadas: ___ Rosadas: ___ Otras: _____	OBSERVACIONES Se observan uñas convexas sin alteraciones, la llevan al podólogo para el recorte de las mismas.

CABELLO	
Largo: ___ Corto: <u>X</u> Lacio: <u>X</u> Quebrado o chino: ___ Limpio: <u>X</u> Sucio: ___ Desalineado: ___ Seborreico: ___ Fácil desprendimiento: ___ Alopecia: ___ Distribución: ___ Implantación: ___ Psoriasis: ___ Pediculosis: ___ Quebradizo: ___ Caspa: ___ Otro: _____	OBSERVACIONES Se observa cabello, limpio, corto lacio y canoso

OJOS	
Simetría: <u>X</u> Asimetría: ___ Tumores: ___ Hemorragias: ___ Separación ocular: ___ Edema palpebral: ___ Secreción: ___ Ojeras: <u>X</u> Tics: ___ Dolor: ___ Estrabismo: ___ Pestañas integrales o lesionadas: ___ Exoftalmos: ___ Enoftalmos: ___ Fosfenos: ___ Uso de lentes: ___	OBSERVACIONES Se observa con ojeras ya que familiar refiere que esto es a causa del insomnio

OIDOS	
Dolor: ___ Cerumen: <u>X</u> Otorrea: ___ Edema: ___ Auxiliares auditivos: ___ Deformidades: ___ Hipoacusia: ___ Acusia: ___ Acufenos: _____	OBSERVACIONES Presenta cerumen en ambos oídos en mínima cantidad sin llegar a la otocerrosis.



Señala en el esquema si presenta alguna lesión en la piel

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
Esquema de vacunación. Completo: _____ Incompleto: <u>x</u> _____ Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>familiar desconoce</u>	<b style="text-align: center;">OBSERVACIONES Familiar desconoce cuáles fueron las últimas vacunas aplicadas ya que anteriormente vivía en otro domicilio. Sin embargo, a través del interrogatorio no se le han aplicado en el último año las vacunas propias de la edad (influenza estacional, tétanos y difteria y neumocócica) Vivienda cuenta con todos los servicios
Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: <u>x</u> _____ Tomar un medicamento que este en casa: _____ Número de personas con las que vive y parentesco: <u>Vive con 3 personas (Hija, yerno y nieto)</u>	
Convive con animales (cuales y cuantos): <u>no</u>	
En cada hay fauna nociva o domestica: <u>no</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>cuenta con todos los servicios</u>	

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: _____ Otros: _____	<b style="text-align: center;">OBSERVACIONES Refiere no recordar a las personas con las que convive, presenta confusión entre las personas y los hechos suscitados durante el día, muestra desorientación en persona, tiempo y lugar. Por lo que la familiar refiere que será referida el Área de Psiquiatría en el IMSS para interconsulta con Neurología 24 de mayo de 2024. Se aplica Mini mental (puntaje < a 24 puntos - 9 probable deterioro cognitivo)

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales: <u>Si (escalera)</u> _____ Riesgos ambientales: _____ Riesgos familiares: <u>Si</u> _____ Riesgos familiares: _____	<b style="text-align: center;">OBSERVACIONES Solo una de sus hijas se hace cargo de ella las 24 horas. (cuidador primario) La vivienda cuenta con una escalera al exterior con barandales.

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: <u>no</u>	
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>televisión, radios y teléfono</u>	
HABLA	
TIPO DE COMUNICACIÓN Oral: <u>X</u> Escrita: _____ Señas: _____ Visual: _____ TIPO DE HABLA: Entendida: <u>X</u> Poco clara: _____ Incompleta: _____ Incoherente: _____ Pausado: _____ Tartamudeo: _____ Balbuceo: _____ Dislexia: _____ Afasia: _____ Dislalia: _____ Dialecto: _____	OBSERVACIONES Refiere no saber leer ni escribir

PERSONALIDAD	
Alegre: <u>X</u> Tímido: _____ Violento: _____ Sarcástico: _____ Noble: <u>X</u> Pasivo: _____ Hiperactivo: _____ Enojo: <u>X</u> Impulsivo: _____ Retador: _____ Superioridad: _____ Inferioridad: _____ Otro: <u>En momentos se triste</u>	OBSERVACIONES Paciente es alegre le gusta convivir con las personas que la rodean le gusta mucho bailar, siente enojo cuando no se le presta atención y en ocasiones presenta coprolalia. Muestra tristeza de manera ocasional por el aislamiento.

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>católica</u> Valores que se consideran importantes: <u>Respeto, Tolerancia, Comprensión</u> ¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>al agradecer a Dios se siente más confortada</u> ¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>no influye</u>	OBSERVACIONES Paciente en todo momento despide a sus familiares con algún mensaje religioso importante para ella
---	--

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
Ingreso económico mensual: <u>\$2,250 (Tarjeta Bienestar)</u> ¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>si</u> ¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : <u>Paciente desconoce por la confusión pero los familiares si reconocen que tiene que estar en vigilancia continua para evitar accidentes</u>	OBSERVACIONES Su ayuda es del Bienestar de adultos mayores. Se han presentado problemas familiares debido a que solo una de sus hijas esta al cuidado de la Persona Mayor

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>no</u> ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>barrer y bailar</u> ¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>desconoce</u>	OBSERVACIONES Ella se pone a barrer durante el día, cuando le ponen música le gusta mucho bailar y cantar.
---	--

¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: bailar en cualquier momento que le pongan música

No realiza ninguna actividad recreativa que la estimule.

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD

Escolaridad del paciente: No curso ningún año académico

Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): ninguno

¿Qué le gustaría estudiar?: _____

¿Qué le gustaría aprender?: _____

OBSERVACIONES

La familiar refiere que la paciente manifiesta que le gustaría aprender a cantar y bailar.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La paciente por la edad y su estado cognitivo no está consciente de su padecimiento.

¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno: x Malo: _____ Regular: _____ No se: _____

Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: x No: _____ Cuales: BH y QS

¿Cuántas veces al año acude al médico general?: acudió hace un mes y en caso de sentirse mal

¿Cuántas veces al año acude al dentista?: ninguno

¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?: clara

OBSERVACIONES

Paciente refiere sentirse bien, la familiar señala durante la valoración que en la consulta médica sus resultados de laboratorio salieron dentro de parámetros normales y el medico la reporta sana para su edad.

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER

Edad de la menarca: desconoce Ritmo, flujo, de menstruación: desconoce

Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: desconoce

Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): no

¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: desconoce

¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: _____

¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: no

¿Sabe realizarse la exploración de mama?: no

¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____

¿Cuándo inicio la menopausia?: desconoce

Numero de gestaciones: 7 Número de partos: 7 Número de cesáreas: _____ Número de abortos: _____

Todos sus hijos viven: no, vivos 5 finados 2

¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: no

OBSERVACIONES

Sin observaciones

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

Exámenes de Laboratorio Generales:

BIOMETRIA HEMATICA

Eritrocitos 4,40

Hemoglobina 13.0 g/dl

Hematocrito 41.0 %

Plaquetas 297.0

Neutrófilos segmentados 72.0

EGO normal

Exámenes de Laboratorio solicitados:

➤ Química clínica:

- ALT (Alanino Amino Transferasa TGP)
- AST (Aspartato Amino Transferasa TGO)
- Bilirrubina directa
- Bilirrubina indirecta
- Bilirrubina total
- Colesterol total
- Creatinina sérica
- Glucosa sérica
- LDH (Deshidrogenasa Láctica)
- Urea sérica

➤ Biometría Hemática

➤ Uroanálisis Examen General de Orina

Estudios de Gabinete.

Tomografía computarizada simple – Cráneo (encéfalo) cita el 11/Noviembre/2024

TRATAMIENTO MÉDICO

- Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches (suspendido 24 mayo 2024)
- Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches. (suspendido 24 mayo)
- Alprazolam tableta 2.0 mg, una tableta vía oral c/24 hrs durante 30 días.
 - a) Media diaria a las 8 de la noche por un mes
 - b) Un cuarto diario 8 de la noche por un mes
 - c) Un cuarto 8 de la noche, cada tercer día por 2 semanas, después suspender
- Valproato semisódico comprimidos 250 mg, una tableta vía oral c/12 horas durante 30 días.
 - a) Media tableta diario por 5 días 8:30 pm
 - b) Una tableta diaria por 5 días 8:30 pm
 - c) Media tableta 9:00 am, una tableta 8:30 pm por 5 días
 - d) Una tableta 9:00 am, una tableta 8:30 pm hasta nuevo aviso
- Citalopram tableta 20 mg, una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.
Tomar media tableta diario por 7 días, después una diaria siempre 8:30 de la noche.
- Olanzapina tableta 10 mg una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días
Tomar una tableta diaria a las 8:30 de la noche (se recomienda previa toma de presión arterial, si es menor o igual a 110/70 dar media tableta cada 12 horas

5.2.1 Organización de datos con base en la valoración de necesidades del modelo de atención de Virginia Henderson

1. OXIGENACION

Fr: 20 x'

Fc: 71 x'

Pulso: 66 x'

T/A: 98/60 mm/Hg

Llenado capilar: 2'

SpO2: 96%

A la evaluación de la frecuencia respiratoria se identifica una respiración silenciosa de forma rítmica y sin esfuerzo, campos pulmonares sin compromiso, ritmo cardiaco y presión arterial de acuerdo con el registro sin alteraciones.

2. NUTRICION E HIDRATACION

Peso: 37,340 kg

Talla: 1.43 mts.

I.M.C: 18.3

De acuerdo con el IMC y a la información obtenida por la familiar ha presentado pérdida de peso, ingesta de líquidos menor a la recomendada de acuerdo con la jarra del buen beber debido a que en el día toma 600 mililitros de agua en promedio, expresa que no ingiera la cantidad de agua indicada porque le genera desagrado, se observa edentulismo (solo cuenta con dos piezas dentarias). Debido al deterioro que presenta de la capacidad funcional no le es posible preparar sus alimentos por lo que la familiar se los prepara y ella consume sus alimentos sin ayuda. No presenta problemas digestivos debido a que ingiere dieta blanda.

3. ELIMINACION

Evacua de una a dos veces al día, en escala de Bristol tipo 4, refiere presentar un ligero pujo para terminar de defecar, pero sin esfuerzo ni dolor. Presenta un incremento en la frecuencia de las micciones de 6-12 veces al día, así mismo por la noche se levanta de manera continua al baño, por lo regular micciona aproximadamente 6 veces ya que presenta incontinencia urinaria

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Con base a la observación y a lo que refiere la familiar mantiene una buena postura por lo que no requiere ayuda de ningún dispositivo para caminar ni para sentarse.

5. DESCANSO Y SUEÑO

La familiar refiere que durante la noche duerme de 4-5 horas, expresa dificultad para dormir y se despierta varias veces durante la noche la paciente durante el día se muestra somnolienta y cansada. Se observa con ojeras ya que la familiar refiere que es por el insomnio y por la frecuencia que acude al sanitario.

Por indicación médica toma los siguientes inductores del sueño:

Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches

Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches

Alprazolam tableta 2.0 mg, una tableta vía oral c/24 hrs durante 30 días.

Valproato semisólido comprimidos 250 mg, una tableta vía oral c/12 horas durante 30 días.

Citalopram tableta 20 mg, una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

Olanzapina tableta 10 mg una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cambio de ropa diario, le agrada la ropa de algodón y holgada ya que refiere sentirse cómoda y le permite moverse con libertad y de manera segura así mismo mantiene la temperatura normal.

Su cambio de ropa y cambio de pañal es con la ayuda de familia (Cuidador primario)

Índice de Katz 4/6

7. TERMOREGULACION

Habitación se encuentra en todo momento templado y en ocasiones muy calurosa por lo que siempre se mantiene ventilada.

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Su familiar refiere que la baña tres veces por semana y es asistida por ella para vigilarla y prevenir caídas.

De acuerdo con el Índice de Katz 4/6, No realiza sus actividades de manera independiente, recibe asistencia durante el baño en más de una parte del cuerpo, así como en la selección de las prendas de vestir y vestirse.

Con relación al sanitario, requiere supervisión en el control de esfínteres por la incontinencia urinaria además del cambio de pañal.

Mantiene limpias, cuidadas e hidratadas sus mucosas

Durante la observación se identifica que solo cuenta con 2 piezas dentales con caries, no le realizan higiene bucal, Su familiar durante la valoración comenta que no utiliza placa dental desde hace 10 años aproximadamente.

Piel sin ninguna alteración, presenta manchas seniles por el sol en el rostro y brazos, se observan uñas convexas sin alteraciones, cabello canoso, corto, lacio y limpio.

Presenta cerumen en ambos oídos en mínima cantidad sin llegar a la otocerosis.

9. EVITAR PELIGROS

Familiar desconoce cuáles fueron las últimas vacunas aplicadas ya que anteriormente vivía en otro domicilio. Sin embargo, a través del interrogatorio no se le han aplicado en el último año las vacunas propias de la edad (influenza estacional, tétanos y difteria y neumocócica).

Refiere no recordar a las personas con las que convive, presenta confusión entre las personas y los hechos suscitados durante el día.

Por lo que la familiar refiere que será referida al Área de Psiquiatría en el IMSS para interconsulta

Se aplica Mini mental (puntaje < a 24 puntos - 9 probable deterioro cognitivo)

Vivienda cuenta con todos los servicios aunado a eso la vivienda cuenta con una escalera al exterior con barandales. Solo una de sus hijas se hace cargo de ella las 24 horas (cuidador primario).

10. COMUNICACIÓN

No sabe leer ni escribir

Paciente es alegre le gusta convivir con las personas que la rodean le gusta mucho bailar, siente enojo cuando no se le presta atención y en ocasiones presenta coprolalia.

Muestra tristeza de manera ocasional por el aislamiento

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Paciente en todo momento despide a sus familiares con algún mensaje religioso lo que representa algo importante para ella

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

Su ayuda es del Bienestar de adultos mayores.

Se han presentado problemas familiares debido a que solo una de sus hijas esta al cuidado y manutención de la Persona Mayor.

13. PARTICIPACION DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Realiza actividades de forma individual de acuerdo con su capacidad intrínseca y funcional, como el barrer y lavar trastes en la casa en donde vive eso la hace sentir útil, expresa satisfacción con las actividades que realiza. Cuando le ponen música le gusta mucho bailar y cantar.

No realiza ninguna actividad recreativa que la estimule.

14. APRENDIZAJE

No curso ningún grado académico.

Presenta deterioro cognitivo que no le permite identificar los peligros

Expresa interés por aprender a bailar y a cantar.

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANALISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERIA
9. EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD	Mini mental (puntaje < a 24 puntos - 9 probable deterioro cognitivo)	No recuerda a las personas con las que convive, presenta confusión entre las personas y los hechos suscitados durante el día. La familiar refiere que muestra desorientación de persona, tiempo y lugar	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la memoria Patrón: 6 Cognitivo - Perceptivo Dominio: 5 Percepción/cognición Clase: 4 Cognición	Fuerza X	Sustituta X
				Conocimiento X	Ayudante
				Voluntad	Compañera
2. NUTRICION E HIDRATAACION	IMC: 18.3 37.340 kg	De acuerdo con el IMC y a la información obtenida por la familiar ha presentado pérdida de peso	Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades Patrón: 2 Nutricional-Metabólico Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
3. ELIMINACION	Incontinencia Urinaria Polaquiuria Nicturia	Micciona con frecuencia 6 a 12 veces durante el día, así mismo por la noche se levanta continuamente al baño Recibe asistencia al ir al baño y en su aseo genital además de	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la eliminación urinaria Patrón: 3 Eliminación Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera

		apoyarla en el cambio de pañal.			
5. DESCANSO Y SUEÑO	Durante la noche duerme de 4-5 hrs Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches, se observa con ojeras	Durante el día se muestra somnolienta, cansada, presenta dificultad para iniciar o mantener el sueño	Etiqueta diagnóstica: Insomnio Patrón: 5 Sueño/reposo Dominio: Actividad/reposo Clase: 1 Sueño-reposo	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad X	Compañera X
8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Katz 4/6: No realiza sus actividades de manera independiente, recibe asistencia durante el baño en más de una parte del cuerpo	Refiere familiar baño diario, familiar refiere asistirle durante el baño en regadera en más de una parte del cuerpo así mismo para vigilancia y prevención de caídas.	Etiqueta diagnóstica: Déficit de autocuidado baño Patrón: 2 nutricional metabólico Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera
8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Incontinencia urinaria Nicturia Polaquiuria Katz 4/6	Uso de pañal Acude al baño frecuentemente Requiere apoyo para el aseo genital	Etiqueta diagnóstica: Déficit del autocuidado: uso del sanitario Patrón: 4 Actividad-ejercicio Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 5 Autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera
8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Cuenta con 2 piezas dentales con caries, edentulismo parcial, halitosis	No le realizan higiene bucal, no utiliza placa dental.	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la dentición Patrón: 2 Nutricional-Metabólico Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera

9. EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD	Escala Dowton Valor de 1 a 2: Mediano riesgo Índice de katz 4/6	Se asiste durante el baño para vigilancia y prevención de caídas	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas Patrón: 4 Actividad-Ejercicio Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera
9. EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD	Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) PUNTAJE= 47 Sobrecarga leve	La cuidadora (hija) refiere que se han presentado problemas familiares debido a que solo ella está al cuidado de la Persona Mayor	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Cansancio del rol cuidador Patrón: 8 Rol-relaciones Dominio: 7 Rol/relaciones Clase: 1 Roles de cuidador	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera

5.4 Plan de Intervención de enfermería

DOMINIO: <u>5 Percepción/Cognición</u> CLASE: <u>4 Cognición</u>	DOMINIO: <u>2 Salud fisiológica</u> CLASE: <u>J Neurocognitiva</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00131 Deterioro de la memoria FACTOR RELACIONADO: Trastorno de la cognición, estimulación intelectual inadecuada, apoyo social inadecuado, población en riesgo, personas mayores de 60 años, personas con un bajo nivel educativo	RESULTADO ESPERADO: 0901 orientación Cognitiva ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Dificultad para adquirir una nueva información, dificultad para recordar eventos, dificultad para recordar nombres familiares, dificultad para recordar si se realizó una conducta, dificultad para retener nueva información. <p style="text-align: center;">EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNOSTICO</p> Se realizó una evaluación diaria del estado mental para detectar factores de riesgo, así mismo se aplican medidas preventivas como identificarse cada uno de los integrantes de la familia, además de la implementación de las terapias cognitivas (orientación de la realidad,	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Se autoidentifica	2	2	2
	Identifica a los seres queridos	1	2	2
	Identifica el lugar donde esta	1	2	2
	Identifica el día presente	1	2	1
	Identifica el mes actual	1	1	1
Identifica el año actual	1	1	1	

reminiscencia, terapias sensitivas, musicoterapia) como estrategias de intervención de enfermería permitieron mantener la salud mental de la persona mayor.				
---	--	--	--	--

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** P Terapia cognitiva

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

4820 Orientación de la realidad

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.</p> <p>Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.</p> <p>Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.</p> <p>Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuado</p> <p>Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</p> <p>Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.</p> <p>Proporcionar un descanso y sueño adecuados, incluidas siestas cortas si es necesario.</p> <p>Asignar cuidadores para el paciente que sean familiares de él.</p>	<p>Los seres humanos tienen por naturaleza comunicarse, este proceso es constante y por ende genera entre las personas una interacción que puede mantener a un individuo o a la sociedad en una relación mutua.</p> <p>La comunicación es un proceso fundamental en la relación enfermera-paciente, es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo</p> <p>Cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional.¹⁰⁷</p> <p>Una buena relación enfermera-paciente nos permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente.</p> <p>Enfermería considera el descanso como proceso de vital importancia dentro del concepto salud-enfermedad.</p>

¹⁰⁷ Mastrapa Y, Gibert-Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 20 Jun 2024]; 32 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

<p>Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.</p> <p>Observar si hay cambios de orientación, funcionamiento cognitivo-conductual y calidad de vida</p>	<p>El familiar cuidador cumple un rol importante a la hora de brindar apoyo emocional al paciente, ya que le brinda tranquilidad, confianza y seguridad para afrontar la enfermedad.</p> <p>El rol del familiar cuidador en el confort de la persona mayor es fundamental ya que satisface las necesidades básicas.</p> <p>El funcionamiento cognitivo evoluciona a lo largo del ciclo vital, implicando en la vejes declives en la memoria, la capacidad de procesamiento y en algunos aspectos del lenguaje, además de un aumento del riesgo de deterioro cognitivo.</p> <p>Los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento en las actividades de la vida.¹⁰⁸</p>
--	---

¹⁰⁸ Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Rev.Enferm.Neurol [Internet]. 31 de diciembre de 2012 [citado 20 de junio de 2024];11(3):138-41. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/144>

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** P Terapia Cognitiva
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:
 4720 Estimulación cognitiva

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.</p> <p>Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</p> <p>Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.</p> <p>Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.</p> <p>Hablar con el paciente.</p> <p>Estimular el desarrollo participando en para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.</p> <p>Alentar la estimulación cognitiva fuera del trabajo, como la lectura o la participación activa en culturales y artísticas.</p> <p>Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej., cantar y escuchar música, creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.</p>	<p>La atención es una función cognitiva dinámica, precursora de la acción motora o mental. Así mismo el sistema cognitivo facilita la adquisición y el procesamiento de la información por medios de diferentes dominios cognitivos: atención, memoria, lenguaje, percepción y pensamiento (juicio, razonamiento y calculo).</p> <p>El sistema emocional está relacionado con las emociones, sentimientos y motivaciones que le dan un matiz especial tanto a la cognición como a la conducta.</p> <p>La atención es una función cognitiva dinámica, precursora de la acción motora o mental. Implica la capacidad para atender estímulos específicos evitando la distracción de estímulos irrelevantes.</p> <p>La atención focalizada es la capacidad de dirigir o centrar la atención hacia un estímulo específico (visual, auditivo o táctil).¹⁰⁹</p> <p>La estimulación cognitiva es realmente importante a lo largo del proceso de envejecimiento, la cual es comprendida como un conjunto de técnicas y estrategias que tienen como finalidad optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante actividades concretas como</p>

¹⁰⁹ Aguilar Navarro Sara Gloria, Gutiérrez Gutiérrez Lidia, Samudio Cruz, Ma. Alejandra, Estimulación en la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo, Segunda edición 2018 Permanyer.

<p>Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.</p> <p>Reforzar o repetir la información</p> <p>Solicitar al paciente que repita la información</p>	<p>parte de un programa de entrenamiento cognitivo que aborda factores como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir sobre la persona adulta mayor de forma integral.</p> <p>El principal objetivo de las recomendaciones es estimular la participación de las personas adultas mayores y mejorar de esta manera las capacidades cognitivas preservando con ello la funcionalidad. Para así dar una atención gerontológica des un enfoque integral, multi y transdisciplinario, realizar intervenciones enfocadas en la estimulación cognitiva con el objetivo de mejorar el bienestar físico, psicológico y social de las personas adultas mayores.¹¹⁰</p>
--	---

¹¹⁰ Manual de Estimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2023.

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** P Terapia cognitiva

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

4760 Entrenamiento de la memoria

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</p> <p>Recordar experiencias pasadas con el paciente.</p> <p>Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación o repasar la información.</p> <p>Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.</p> <p>Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.</p> <p>Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, según corresponda.</p>	<p>La rehabilitación neuropsicológica trata las dificultades cognitivas y las respuestas emocionales de una manera integrada, teniendo en cuenta el contexto social y el conocimiento previo del paciente. Su objetivo es el mantenimiento de la funcionalidad cognitiva, incluyendo aspectos de motivación, psicológicos y sociales, en los que los pacientes y sus familiares participan en el proceso de rehabilitación.</p> <p>La estimulación cognitiva es considerada la primera intervención ya que recoge los datos poniéndose en contacto con los pacientes y sus cuidadores primarios para así entender la situación actual del paciente, toda la información es importante, y los datos principales se obtienen con el contacto físico: voz, gestos, miradas, sonidos y objetos, como figuras, calendarios o relojes.</p> <p>Por último, el entrenamiento cognitivo sostiene que cuando se ejerce una función, se obtiene una mejora general. Estas tareas se llevan a cabo de una manera en la que el paciente utiliza sus funciones cognitivas (como el lenguaje, la memoria, la atención) al realizarlas. Las tareas se pueden realizar de forma individual o en grupos, en casa con la familia o con la ayuda de un profesional. Esta formación tiene tareas dirigidas a aspectos específicos de la cognición, como</p>

<p>Vigilar la conducta del paciente durante la terapia</p>	<p>funciones de la atención o ejecutivas, con diversos grados de dificultad.¹¹¹</p> <p>La Terapia Cognitiva puede realizarse en sesiones individuales con la ayuda de un terapeuta y la familia, el uso de una computadora o en grupos. Los programas de Terapia Cognitiva pueden utilizar diferentes procedimientos de intervención para mejorar los aspectos cognitivos, metacognitivos y afectivo-motivacionales de aprendizaje. Cuando el objetivo es la memoria de rutina específicamente, se ha demostrado que mejora el rendimiento cognitivo general.</p>
--	--

¹¹¹ Fernández López Regina María, I. de Lima Arrimón Iraní, EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN LOS ANCIANOS Y EFECTOS EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS, Act.Colom.Psicol. vol.19 no.2 Bogotá July/Dec. 2016

DOMINIO: <u>02 Nutrición</u> CLASE: <u>1 Ingestión</u>	DOMINIO: <u>2 Salud fisiológica</u> CLASE: <u>K Digestión y nutrición</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FACTOR RELACIONADO Desórdenes mentales, trastornos neurocognitivos CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo, pérdida de peso con una ingesta nutricional adecuada	RESULTADO ESPERADO: Estado nutricional ESCALA LIKERT 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación leve del rango normal			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se le oriento a la cuidadora sobre la importancia que debe tener la paciente en la ingesta de alimentos y de nutrientes (plato del bien comer y la jarra del buen beber) para mantener un equilibrio nutricional y poder revertir la pérdida de peso.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
Ingesta de nutrientes Ingesta de alimentos Relación peso/talla		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	3	3	3	
	3	3	4	
	2	3	2	

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico **CLASE:** D Apoyo nutricional

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1100 Manejo de la nutrición

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar el estado nutricional de la paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales.</p> <p>Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida.</p> <p>Enseñar al paciente y a su cuidadora sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores)</p> <p>Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.</p> <p>Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.</p> <p>Ofrecer tentempiés ricos en nutrientes.</p>	<p>La nutrición es uno de los factores importantes en la salud de los adultos mayores debe ser un aspecto vital y se deben tener en cuenta en la intervención por parte del personal de enfermería, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que tienen su base en la modificación de hábitos y conductas.</p> <p>Algunos cambios fisiológicos propios del envejecimiento hacen que el metabolismo de los alimentos cambie y que sea necesario un aporte adecuado para mantener un equilibrio nutricional, es preciso que las enfermeras conozcan los cambios que atraviesan los adultos mayores durante el envejecimiento, para brindar una educación acertada que permita mejorar el bienestar de los mismos, además de asegurarse de que el adulto mayor reciba atención centrada y adaptada a las necesidades individuales.</p> <p>Los factores fisiológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento afectan la ingesta de alimentos, aspecto vital en la salud nutricional del adulto mayor, lo que aumenta la exposición a padecer desnutrición u obesidad.¹¹²</p>

¹¹² Alvarado-García A., Lamprea-Reyes L., Murcia-Tabares K.. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 Sep [citado 2024 Ago 21]; 14(3): 199-206. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>.

DOMINIO: <u>3 Eliminación e intercambio</u> CLASE: <u>1 Función urinaria</u>	DOMINIO: <u>2 Salud fisiológica</u> CLASE: <u>F Eliminación</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ETIQUETA: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria FACTORES RELACIONADO: Musculo de la vejiga debilitado, Adulto mayor, mujer CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Micciones frecuentes, nicturia, incontinencia urinaria, urgencia urinaria.	RESULTADO ESPERADO: Eliminación urinaria ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNOSTICO Mediante las intervenciones y las actividades se limitaron los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda, además de lograr que la paciente avise cuando tiene la necesidad de acudir al baño y se le coloco al lado de la cama un dispositivo (silla cómodo) para que no se levante de manera frecuente al sanitario.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Urgencia para orinar	2	3	2
	Incontinencia urinaria	2	3	2
	Micción frecuente	2	2	2
	Nicturia	1	3	2
	Incontinencia por esfuerzo	2	3	2

CAMPO: I Fisiológico Básico **CLASE:** B Control de la eliminación

INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Cuidados de la incontinencia urinaria

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).

Incluir a los miembros de la familia en las estrategias de manejo, según corresponda.

Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té, chocolate, edulcorantes, comidas especiales y alcohol).

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

la Incontinencia Urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina, prevalece en la edad adulta principalmente en mujeres es considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.

La acción de orinar (micción) normalmente es una función indolora que tiene lugar 5-6 veces al día y en ocasiones una vez en la noche. En promedio una persona sana excreta entre 1200 y 1500 ml de orina en 24 horas.

Una ingesta hídrica abundante, sobre todo en las horas previas al descanso nocturno, se relaciona con un mayor número de episodios de IU. Limitar esta ingesta a partir de la merienda y reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té) puede tener efectos beneficiosos sobre el número de escapes, aunque no hay datos concluyentes.¹¹³

¹¹³ Robles JE. Incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra [Internet]. Agosto de 2006 [consultado el 28 de mayo de 2024]; 29(2): 219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es.

CAMPO: I Fisiológico Básico **CLASE:** B Control de la eliminación

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

0590 Manejo de la eliminación urinaria

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color según corresponda.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia.</p> <p>Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.</p>	<p>La incontinencia urinaria ocurre con más frecuencia en el sexo femenino y conforme aumenta la edad, provocando una disminución de la calidad de vida.</p> <p>Aparte de apoyar nuestros resultados, es importante añadir datos acerca del potencial negativo en la calidad de vida de un paciente que convive con este tipo de dificultad, como resultado del sentimiento de vergüenza, el miedo, la falta de confianza y autocontrol en las situaciones sociales. El profesional sanitario debe de realizar una evaluación clínica de la Incontinencia Urinaria, incluyendo datos minuciosos sobre la historia centrada en el problema; lo cual ayudará a realizar una detección precoz que le permitirá escoger unas estrategias de afrontamiento adecuadas, resultando todo ello como un predictor de calidad de vida.¹¹⁴</p>

¹¹⁴ Campillos-Cañete M^a Nazaret, González-Tamajón Rosa María, Berlango-Jiménez José, Crespo-Montero Rodolfo. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Jun 22]; 24(1): 25-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000100003&lng=es. Epub 26-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021003>.

DOMINIO: <u>4 Actividad/reposo</u> CLASE: <u>1 Sueño/reposo</u>		DOMINIO: <u>1 Salud funcional</u> CLASE: <u>A Mantenimiento de la energía</u>		
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00095 Insomnio</p> <p>FACTORES RELACIONADO La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, siestas durante el día, adulto mayor, mujer.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Despierta muy temprano, expresa olvido, ciclo de sueño no reparador</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0004 Sueño</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER EN	AUMENTAR A
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNOSTICO</p> <p>Con la implementación de las terapias cognitivas se logró disminuir las siestas durante el día, así mismo una rutina de ejercicio físico de bajo impacto, además de modificar el ambiente de la habitación, se le asistió su cena dos horas antes de dormir lo que permitió que se relajara, conciliara el sueño y este fuera reparador, Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente</p>	Sueño interrumpido	2	2	3
	Dificultad para conciliar el sueño	2	3	2
	Nicturia	1	2	2
	Horas de sueño	1	2	2
	Horas de sueño cumplidas	1	2	1

CAMPO: 4. Seguridad **CLASE:** V Control de riesgos

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

6460 Manejo de la demencia

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Identificar los esquemas usuales de comportamiento para como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado.</p> <p>Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.</p> <p>Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.</p> <p>Determinar expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo del paciente.</p> <p>Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.</p>	<p>Es importante admitir que cuidar y apoyar a una persona que vive con demencia puede suponer un desafío que tendrá consecuencias para la salud y el bienestar de los cuidadores. Las personas que prestan apoyo a una persona que vive con demencia deben ponerse en contacto con familiares, amigos y profesionales para obtener ayuda, descansar periódicamente y cuidarse, experimentar con técnicas de gestión del estrés, como ejercicios basados en la atención plena, y buscar ayuda y orientación profesional si es necesario.</p> <p>La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública, de una sociedad que tenga una actitud inclusiva para con esta enfermedad; reducción del riesgo de demencia; diagnóstico, tratamiento y atención; sistemas de información sobre la demencia; apoyo a los cuidadores, e investigación e innovación.¹¹⁵</p>

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Demencia, 15 de marzo de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

CAMPO: I Fisiológico Básico **CLASE:** F Facilitación del autocuidado

INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Mejorar el sueño

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.

Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.

Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.

Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

Los trastornos del sueño menudo están ligados al estrés relacionado con alguna situación, como una enfermedad, envejecimiento y tratamiento con fármacos.

Las perturbaciones del sueño más frecuentes son: la somnolencia y el cansancio, el insomnio y los trastornos del ritmo de los ciclos del sueño-vigilia.

Los pacientes más ancianos son los que tienen más dificultad para dormir, teniendo un sueño muy fragmentado.

Existen factores que influyen en el descanso como la edad, pues dependiendo de la etapa de la vida en la que nos encontremos las necesidades de descanso y sueño van a cambiar. Otros factores que pueden influir pueden ser: el ambiente de alrededor de la zona de descanso, el cansancio, los estilos de vida, el estrés, el alcohol y los estimulantes, la dieta, el tabaco, motivaciones personales, algunas enfermedades, el dolor, medicamentos que influyan negativamente en la conciliación del sueño¹¹⁶

¹¹⁶ Medina Cordero A., Fera Lorenz D.J., Oscoz Muñoa G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Mayo 28]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.

DOMINIO: <u>04 Actividad-ejercicio</u> CLASE: <u>5 Autocuidado</u>	DOMINIO: <u>1 Salud funcional</u> CLASE: <u>D Autocuidado</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00108 Déficit de autocuidado: baño FACTOR RELACIONADO Dificultad cognitiva, adultos mayores CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Dificultad para regular el agua del baño, dificultad para lavar su cuerpo	RESULTADO ESPERADO: 1100 Salud oral ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se aplicó un instrumento para las actividades básicas de la vida diaria para identificar el grado de independencia del paciente así mismo se aplican intervenciones y medidas preventivas para mantener un entorno tranquilo, confortable, y seguro. Se le oriento a la cuidadora sobre la importancia de asistirle durante el baño y el vestido.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Entra y sale del cuarto de baño	2	3	3
	Obtiene los suministros para el baño	2	3	3
	Abre el agua	2	2	3
	Regula la temperatura del agua	2	2	2
	Se baña en la regadera	2	3	3
	Seca el cuerpo	2	3	3
Se lava la parte superior del cuerpo	2	3	3	
Se lava la parte inferior del cuerpo	2	3	3	

CAMPO: 4 Seguridad **CLASE:** F Facilitación del autocuidado

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

6462 Manejo de la demencia: baño

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Asegurar la intimidad y la seguridad mientras se desviste y se limpia al paciente.</p> <p>Proporcionar un entorno confortable (p. eje., temperatura, iluminación, poco ruido).</p> <p>Evitar un traslado rápido hacia el cuarto de baño.</p> <p>Dedicar tiempo suficiente sin precipitaciones.</p> <p>Desvestir gradualmente al paciente en el cuarto de baño mientras se comenta algún tema distinto al del baño.</p> <p>Asegurarse de que el agua este a temperatura adecuada.</p> <p>Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.</p> <p>Utilizar un tono de voz suave y tranquilizador.</p>	<p>La demencia se caracteriza por un deterioro cognitivo que afecta la capacidad para procesar el pensamiento a su vez generando problemas de aprendizaje y memoria.¹¹⁷</p> <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>Una de las descripciones en relación con las actividades de confort indica que pueden desarrollarse de manera directa o indirecta; el tocar, hablar o escuchar son medidas a utilizar al momento de realizar procedimientos que pueden llegar a ser dolorosos, la manipulación del entorno del paciente como la temperatura, el ruido y la luz son otros métodos que brindan confort y apoyan las actividades de cuidado de los pacientes.¹¹⁸</p> <p>Los profesionales de enfermería deben asegurar que las necesidades esenciales de higiene de los pacientes que se cumplan, no solo a expensas de la ejecución correcta de una técnica sino también a partir de intervenciones de enfermería sustentadas desde</p>

¹¹⁷ García Alejandra María Alvarado, Hueso Paula Vanessa Alvarado, Méndez Laura Tatiana Rojas, Tao Paula Andrea Oviedo. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integradora. Reverendo Cuid [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 julio 10] ; 10(3): e813. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300302&lng=es. Epub 20 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813> .

¹¹⁸ Romero Rodríguez David Alejandro, Henao-Castaño Ángela María, Gómez Tovar Luz Omaira. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2022 Mar [citado 2024 Jul 10]; 38(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100018&lng=es. Epub 22-Abr-2022.

<p>Hablar sobre temas de interés del paciente de manera agradable y tranquila.</p> <p>Tocar al paciente con suavidad</p> <p>Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.</p> <p>Mantener un entorno tranquilo</p>	<p>el conocimiento de enfermería, que están de acuerdo con las políticas institucionales y que promueven la dignidad y el respeto a todos los pacientes.¹¹⁹</p>
---	--

¹¹⁹ Carvajal Carrascal Gloria, Montenegro Ramírez Juan David. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2024 Jul 10]; 14(40): 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es.

DOMINIO: <u>04 Actividad/reposo</u> CLASE: <u>5 Autocuidado</u>	DOMINIO: <u>1 Salud funcional</u> CLASE: <u>D Autocuidado</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00110 Déficit de autocuidado: uso del sanitario FACTOR RELACIONADO Disfunción cognitiva CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Dificultad para completar la higiene del sanitario.	RESULTADO ESPERADO: Autocuidados: uso del inodoro ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se implementaron estrategias para el cuidador primario y para la paciente en ayudar y facilitar la higiene tras miccionar y defecar después de terminar en cada eliminación, para así desarrollar el nivel potencial de la persona mayor.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Responde a la repleción vesical oportunamente	2	3	2
	Se quita la ropa	2	3	3
	Se coloca en el inodoro o en el orinal	3	3	3
	Se limpia después de orinar	2	3	3
	Se ajusta la ropa después de usar el inodoro	3	3	3
Entra y sale del cuarto de baño	2	3	3	
Llega al servicio entre la urgencia de orinar y la micción	2	3	2	

CAMPO: | Fisiológico Básico **CLASE:** B Control de la evacuación

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

1804 Ayuda con el autocuidado: micción defecación

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Considerar la edad del paciente al fomentar las de autocuidado.</p> <p>Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.</p> <p>Ayudar al paciente en el inodoro.</p> <p>Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.</p> <p>Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.</p> <p>Controlar la integridad cutánea del paciente.</p>	<p>Realizar intervenciones para desarrollar la capacidad que tiene alterada la persona para completar por él mismo las actividades necesarias para el uso del inodoro ya sea total o parcialmente en función de su situación: desplazamiento, quitarse la ropa, limpiarse y lavarse. El objetivo es que la persona desarrolle al máximo su potencial para conseguir completar en lo posible, de forma segura, las actividades necesarias para el uso del inodoro y alcance el mayor nivel de independencia posible.¹²⁰</p>

¹²⁰ Plan de Cuidados de Enfermería en las Personas con Enfermedades Neuromusculares, Servicio Aragonés de salud 2020

DOMINIO: <u>11 Seguridad/Protección</u> CLASE: <u>2 Lesión física</u>	DOMINIO: <u>2 Salud fisiológica</u> CLASE: <u>L Integridad tisular</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00048 Deterioro de la dentición FACTOR RELACIONADO Dificultad para acceder al cuidado dental, dificultad para el autocuidado oral, conocimiento inadecuado sobre la salud dental, hábitos inadecuados de higiene oral. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Ausencia de dientes, caries dental, halitosis.	RESULTADO ESPERADO: 1100 Salud oral ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se logra orientar al cuidador primario sobre la importancia de la higiene bucal para evitar la acumulación de residuos de alimentos así como la aparición de moniliasis y aparición de gingivitis.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Limpieza de la boca	1	2	2
	Limpieza de los dientes	1	2	2
	Limpieza de las encías	1	2	2
	Limpieza de la lengua	1	2	2
	Caries dental	1	2	2
	Enfermedad periodontal	1	2	2
	Ausencia de dientes	1	1	1

CAMPO: I Fisiológico Básico **CLASE:** F Facilitación del autocuidado

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

1720 Fomentar la salud bucal

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Monitorizar el estado de la boca del paciente (p. eje., labios, lengua, mucosas, dientes, encías, así como aparatos dentales y su ajuste).</p> <p>Determinar la rutina habitual de higiene dental del paciente, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.</p> <p>Instruir al paciente o a su familia sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada, uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado).</p> <p>Ayudar a los pacientes en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, los colutorios y la limpieza con hilo dental, según sea necesario.</p> <p>Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal si es necesario</p>	<p>En el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral.¹²¹</p> <p>La salud bucal es parte integral de la salud general. Las acciones de promoción y prevención constituyen un elemento fundamental para mantener la salud bucal de la población.</p>

¹²¹ Díaz Cárdenas Shyrley, Arrieta Vergara Katherine, Ramos Martínez Ketty. Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam [Internet]. Febrero de 2012 [consultado el 25 de junio de 2024]; 5(1): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003&Ing=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física	DOMINIO: 4 <u>Conocimiento y conducta de salud</u> CLASE: H <u>Seguridad</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ETIQUETA: 00303 Riesgo de caídas en adultos FACTORES RELACIONADO: Trastornos del sueño, factores psiconeurológicos, disfunción cognitiva, miedo a caerse, falta de barandales de seguridad, dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria, levantarse por la noche sin ayuda, personas mayores de 60 años.	RESULTADO ESPERADO: <u>1909 Conducta de prevención de caídas</u> ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se logró que el familiar valorara la importancia de disminuir los factores de riesgo en términos de su capacidad funcional tales como asistirla durante el baño, colocar asideras en el cuarto de baño, mantener bien iluminada la casa y retirar todo aquello que pueda genera un riesgo de caídas (mobiliario, alfombra, etc.) por lo que se modificó parte de la decoración habitual del hogar, además de acompañarla al sanitario.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Utiliza dispositivos de ayuda correctamente	2	3	3
	Proporciona ayuda para la movilidad	2	3	3
	Utiliza alfombrillas de goma en la bañera/ducha	3	3	4
	Proporciona iluminación adecuada	3	3	4

CAMPO: 4 Seguridad **CLASE:** V Control de riesgos

INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Prevención de caídas

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</p> <p>Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, y escaleras sin barandillas)</p> <p>Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo</p> <p>Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad</p> <p>Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha</p> <p>Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes</p>	<p>La elección de la intervención de prevención de caídas puede depender de los valores y preferencias del paciente y del cuidador. Así mismo en la tercera edad se presenta un descenso de las estructuras que se han desarrollado en las diferentes etapas, con lo que se dan cambios a niveles físico, cognitivo, emocional y social.</p> <p>Es importante tener el conocimiento de estrategias, técnicas e intervenciones eficaces que aseguren la prevención de caídas en ancianos, entre ellas destacan la terapia de ejercicio físico por sí solo o combinado, suplementos de calcio, suplementos de vitamina D, proteínas o magnesio, programas de fuerza y entrenamiento, asesoramiento nutricional, promoción de un estilo de vida saludable, atención a las patologías médicas, control de los riesgos ambientales, educación del paciente y del personal, ejercicios para mejorar el equilibrio, mejorar la visión, uso de tecnología.¹²²</p>

¹²² Martínez Pizarro Sandra. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2024 Ago 23]; 33(1): 27-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es. Epub 02-Mayo-2022.

CAMPO: I Fisiológico Básico **CLASE:** F Facilitación del autocuidado

INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Ayuda con el autocuidado:

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Considerar la edad del paciente al fomentar de autocuidado.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p>Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</p> <p>Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas</p> <p>Animar al paciente a realizar las normas de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p> <p>Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</p>	<p>El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.</p> <p>La enfermería se conceptualiza como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.</p> <p>Existen factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.</p> <p>La persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.</p> <p>El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.¹²³</p>

¹²³ Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2024 Mayo 29]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&Ing=es.

DOMINIO: <u>7 Rol/Relaciones</u> CLASE: <u>1 Roles de cuidador</u>	DOMINIO: <u>6 Salud familiar</u> CLASE: <u>X Bienestar familiar</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ETIQUETA: 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador FACTOR RELACIONADO: Cumplimiento inadecuado de las expectativas propias, conocimiento inadecuado sobre los recursos de la comunidad, recreación inadecuada, el desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, actividades de cuidado, responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, descanso inadecuado para el cuidador, procesos familiares.	RESULTADO ESPERADO: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se logro establecer comunicación con familiares para favorecer y fortalecer las redes de apoyo con la paciente, así como para llevar a cabo estrategias de organización referente al cuidado y satisfacción de las necesidades. Así mismo se fomentaron las visitas por los miembros de la familia para relevarse en los cuidados, en la atención médica y se dispuso de otros recursos externos para su cuidado.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo	2	3	4
	Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo	3	3	4
	Los miembros preguntan cómo pueden ayudar	1	2	3
	Piden información sobre la enfermedad del paciente	2	3	4
	Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo	2	3	4

CAMPO: 5 Familia **CLASE:** X Cuidados durante la vida
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:
7140 Apoyo a la familia

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</p> <p>Favorecer una relación abierta de confianza con la familia.</p> <p>Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas</p> <p>Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.</p> <p>Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios.</p> <p>Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.</p> <p>Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda.</p>	<p>El apoyo social es un factor protector de la salud. La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar.</p> <p>La familia debe organizar la manera de interactuar con sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción.</p> <p>Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar</p> <p>El conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en familias con diferentes tipos de funcionamiento familiar.</p> <p>La única red de apoyo social que se relacionó directamente y de manera estadísticamente significativa con el funcionamiento familiar fue la red de apoyo familiar. Las redes de amigos se asociaron a su vez con las redes de apoyo religiosas y de vecinos.¹²⁴</p>

¹²⁴ Medellín Fontes Martha M, Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño ME Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2024 Jun 25]; 35(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.

Iniciar y coordinar derivaciones a servicios sociales, relevos en los cuidados, terapia familiar, consejeros financieros, grupos de apoyo, atención médica domiciliaria y otras agencias de recursos comunitarios si se indica.

Facilitar oportunidades de apoyo por parte de grupos que estén en una situación similar

5.5 EJECUCIÓN

En esta cuarta etapa del Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo la implementación y aplicación del Plan de Cuidados a través de la ejecución de las intervenciones establecidas lo que permitió la toma de decisiones durante la implementación de los cuidados, así como el desarrollo de **habilidades cognitivas** que permitió el desarrollo de un pensamiento crítico lo que permitió verificar las intervenciones y actividades a ejecutar con la paciente, **habilidades interpersonales** con la paciente y familia el equipo de salud a través de la comunicación asertiva, así mismo **habilidades técnicas** como el registro de signos vitales, ministración de medicamentos y la implementación de algunas terapias cognitivas. Con base en lo anterior se logró mejorar el estado de salud de la paciente y el fortalecimiento de sus redes de apoyo para mejorar su calidad de vida.

Intervenciones implementadas:

1. Orientación de la realidad
2. Estimulación cognitiva
3. Entrenamiento de la memoria
4. Manejo de la demencia
5. Cuidados de la incontinencia urinaria
6. Mejorar el sueño
7. Manejo de la demencia baño
8. Ayuda con el autocuidado: micción y defecación
9. Fomentar la salud bucal
10. Ayuda con el autocuidado
11. Prevención de caídas
12. Apoyo de la familia

5.6 Evaluación

La evaluación contribuyó para determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería además de verificar las fortalezas y debilidades y con ello disponer de las bases que permitan la mejora continua de la atención de enfermería.

Se realizó una evaluación diaria del estado mental para detectar factores de riesgo, así mismo se aplican medidas preventivas como identificarse cada uno de los integrantes de la familia, además de la implementación de las terapias cognitivas (orientación de la realidad, reminiscencia, terapias sensitivas, musicoterapia) como estrategias de intervención de enfermería permitieron mantener la salud mental de la persona mayor.

Se oriento a la cuidadora sobre la importancia que debe tener la paciente en la ingesta de alimentos y de nutrientes (plato del bien comer y la jarra del buen beber) para mantener un equilibrio nutricional y poder revertir la pérdida de peso. Mediante las intervenciones y las actividades se limitaron los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda, además de lograr que la paciente avise cuando tiene la necesidad de acudir al baño y se le coloco al lado de la cama un dispositivo (silla cómodo) para que no se levante de manera frecuente al sanitario.

Con la implementación de las terapias cognitivas se logró disminuir las siestas durante el día, así mismo una rutina de ejercicio físico de bajo impacto, además de modificar el ambiente de la habitación, se le asistió su cena dos horas antes de dormir lo que permitió que se relajara, conciliara el sueño y este fuera reparador, Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente

Se aplicó un instrumento para las actividades básicas de la vida diaria para identificar el grado de independencia del paciente así mismo se aplican intervenciones y medidas preventivas para mantener un entorno tranquilo, confortable, y seguro. Se oriento a la cuidadora sobre la importancia de asistirle durante el baño y el vestido.

Se implementaron estrategias para el cuidador primario y para la paciente en ayudar y facilitar la higiene tras miccionar y defecar después de terminar en cada eliminación, para así desarrollar el nivel potencial de la persona mayor.

Se logró que el familiar valorara la importancia de disminuir los factores de riesgo en términos de su capacidad funcional tales como asistirle durante el baño, colocar asideras en el cuarto de baño, mantener bien iluminada la casa y retirar todo aquello que pueda genera un riesgo de caídas (mobiliario, alfombra, etc.) por lo que se modificó parte de la decoración habitual del hogar, además de acompañarla al sanitario.

Así mismo se logró establecer comunicación con familiares para favorecer y fortalecer las redes de apoyo con la paciente, así como para llevar a cabo estrategias de organización referente al cuidado y satisfacción de las necesidades y se fomentaron las visitas por los miembros de la familia para relevarse en los cuidados, en la atención médica y se dispuso de otros recursos externos para su cuidado.

5.7 Plan de alta

NOMBRE DE LA USUARIA: A.A.C

SEXO: Mujer

EDAD: 86 años

SERVICIO: Domicilio

DIAGNÓSTICO MEDICO: Deterioro Cognoscitivo

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la memoria:

- Relacionado con el trastorno de la cognición, personas mayores de 60 años, e/p dificultad para recordar nombres familiares y dificultad para retener nueva información.

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

- Relacionado con desórdenes mentales, trastornos neurocognitivos, e/p peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo, pérdida de peso con una ingesta nutricional adecuada

Deterioro de la eliminación urinaria:

- Relacionado con musculo de la vejiga debilitado, adulto mayor, mujer e/p micciones frecuentes, nicturia

Insomnio:

- Relacionado con las siestas durante el día, adulto mayor, mujer e/p despierta muy temprano así mismo expresa olvido y no logra un ciclo de sueño reparador

Déficit de autocuidado: baño:

- Relacionado con dificultad cognitiva, adultos mayores e/p dificultad para regular el agua del baño

Déficit de autocuidado: inodoro:

- Relacionado con la disminución cognitiva e/p dificultad para completar la higiene del sanitario

Deterioro de la dentición:

- Relacionado con dificultad para el autocuidado oral e/p ausencia de dientes, caries dental

Riesgo de caídas:

- Disposición para mejorar la alfabetización en salud, expresa deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.

RESUMEN:

Paciente femenina de 86 años con deterioro cognoscitivo con dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria, por lo que se orienta al cuidador primario en la higiene y la importancia del acompañamiento en el uso del inodoro.

Debido a que presenta pérdida de la capacidad funcional se trata de evitar al máximo todos aquellos factores de riesgo del exterior para evitar caídas

Se implementan un programa básico sobre terapias cognitivas relacionadas con la orientación de la realidad, estimulación de la memoria, terapias sensitivas, resocialización, musicoterapia, reminiscencia, entre otras.

Promoción del sueño por medio de estrategias de control del ruido ambiental durante la noche, ajuste de los horarios de las intervenciones,

En lo que respecta a la eliminación se disminuyó la ingesta de líquidos dos horas antes de conciliar el sueño para evitar que se levante de manera continua durante la noche.

Con relación a la cuidadora, se implementó un programa de ejercicios de relajación, orientación sobre el cuidado de la paciente y el establecimiento de redes de apoyo tanto con los familiares como externas.

Se estableció un plan para la conciliación de la medicación para el manejo de los horarios y observación de las posibles reacciones, así como interacción medicamentosa.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO Y

TERAPEUTICO:

DIETA: implementación juntamente con la nutrióloga de la dieta blanda debido al edentulismo parcial, también es necesario aumentar el consumo de agua

EJERCICIO: implementar ejercicio de bajo impacto, para mantener a la paciente activa durante el día y evitar las siestas para que durante la noche pueda conciliar el sueño.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Por indicación médica toma los siguientes inductores del sueño: (Formato de conciliación de la medicación)

Revenox (Melatonina) 3mg 1c/24 por las noches (ya suspendido)

Farmapram (Alprazolam) 0.50 mg 1c/24 por las noches (ya suspendido)

Alprazolam tableta 2.0 mg, una tableta vía oral c/24 hrs durante 30 días.

Valproato semisodico comprimidos 250 mg, una tableta vía oral c/12 horas durante 30 días.

Citalopram tableta 20 mg, una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

Olanzapina tableta 10 mg una tableta vía oral c/24 horas durante 30 días.

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

Baño diario

Cambio de ropa diariamente y de pañal cuando se requiera

Higiene bucal enseñando a la paciente y a la cuidadora la técnica correcta

Mantener uñas cortas y limpias de manos y pies.

Asistencia cuando acude al inodoro.

Manejo de la medicación (Polifarmacia)

Acompañamiento durante sus visitas médicas periódicas

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Realizar terapias cognitivas que sean del agrado de la paciente

- Realizar caminatas durante la tarde.
- Asistencia a lugares que le traigan gratos recuerdos
- Llevarla de manera regular a sus consultas médicas
- Convivencia con familiares (resocialización)
- Vigilancia durante la noche

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- No automedicarse
- Ministrar medicación prescrita por indicación médica, en el horario indicado
- Llevar un buen control en la Bitácora de medicamentos
- Consumo de dieta blanda y de líquidos
- En caso de algún cambio en su estado de salud, notificar de inmediato al médico
- Vigilar el riesgo de caídas
- Acompañar en medida de lo posible al baño

SIGNOS DE ALARMA:

Identificar de inmediato signos de alarma tales como somnolencia, vértigo, pérdida del equilibrio, pérdida del estado de ánimo, pérdida del apetito.

RECUERDE:

Acudir a sus consultas programadas por el Médico Familiar y el Área de Psiquiátrica.

Acudir a sus estudios de laboratorio y gabinete.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: Leticia Sánchez Ángel

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Leticia Lisbete García Sánchez

CONCLUSIONES

De acuerdo al Informe Mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud esto se ve reflejado en las necesidades de transformar y modificar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención basada en el concepto de “Envejecimiento saludable”, ya que es entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional y vital, que permite el bienestar en la vejez, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca que son las capacidades físicas y mentales, o permitir que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes.

Con base a lo anterior es importante que el personal de salud en particular el profesional de enfermería implemente estrategias e intervenciones para el cuidado sobre este padecimiento (Deterioro Cognitivo) además de contar con la información necesaria que le permita documentar y desarrollar un pensamiento crítico y reflexivo en relación con la atención de estos pacientes sobre todo por la progresión de este padecimiento.

Por lo que es necesario fortalecer los contenidos de los programas de promoción y educación para la salud encaminados a orientar a las personas mayores y familiares que presenten algún tipo de demencia para el mantenimiento de conductas saludables en cualquiera de las situaciones de salud en las que se encuentren, así como identificar oportunamente factores de riesgo que puedan llevar a la persona Mayor a la aparición de complicaciones.

En lo que respecta al Licenciado en Enfermería y Obstetricia este trabajo escrito permitió profundizar sobre el tema además de aplicar el Proceso Atención de Enfermería (PAE) ya que es uno de los más importantes pilares metodológicos de la profesión que se fundamenta en el método científico y permite al personal de enfermería tener un rol esencial para ayudar a las personas mayores y sus familiares como importantes redes de apoyo, para que continúen siendo personas activas en sus comunidades durante el mayor tiempo posible, en función de su capacidad intrínseca y extrínseca.

Los trastornos mentales van en aumento en las personas mayores y tienen afectaciones progresivas si no se detectan a tiempo generando un nivel de dependencia y deterioro en su estado de salud por lo que cada una de las intervenciones va dirigida a la implementación y reforzamiento de dichas funciones ejecutivas mediante intervenciones independientes e interdependientes para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estas Personas Mayores.

Otro aspecto que no debemos olvidar es el apoyo, por un lado, al adulto mayor que está experimentando el declinar de sus capacidades cognitivas y con ellas, en mayor o menor medida, las funcionales; y por otro, el papel de la familia dentro de la detección, planificación y actuación frente a la progresión del deterioro cognitivo.

Por último, cabe mencionar la importancia que tiene el profesional de salud, en el cuidado de la Persona Mayor y estimular la adopción de medidas que retrasen el deterioro físico, funcional, afectivo y familiar. Para que así con nuestros cuidados pretendamos lograr y mantener un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento en el caso de mayores con algún grado de deterioro cognitivo, esta responsabilidad se va en aumento al depender, literalmente, de nuestros conocimientos, habilidades y capacidad de planificación de cuidados para conseguir detectar y actuar lo más rápido posible ante este problema de Salud Pública para garantizar que el desarrollo de su vejez, a pesar del síndrome cognitivo, se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles.

GLOSARIO DE TERMINOS

Axiología: es la disciplina que se encarga del estudio de los valores.

Bioética: es una herramienta que ayuda a dirigir los esfuerzos del sector público y privado con gran responsabilidad, laicidad y rigor científico técnico, promoviendo mecanismos de justicia.

Care: son cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, de calor, luz o de naturaleza afectiva o psicosocial, aspectos que interfieren entre sí.

Cuidar: es un acto que uno mismo se da cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se puede dar a cualquier persona que lo requiera, ya sea temporal o definitivo para asumir sus necesidades vitales.

Cuidado cultural: se refiere a la similitud o uniformidad y pluralidad en los modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre las culturas.

Cuidado estético: es donde se reconoce la existencia y el desarrollo de las sensaciones y percepciones que posibilitan el sentir, el experimentar la naturaleza humana y la vida.

Cuidado humano: es lo espiritual y lo transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de la enfermería.

Cuidado solidario: es la cualidad de continuar unido con otras personas en creencias, acciones y apoyo mutuo, aún en tiempos difíciles.

Cure: son la continuidad de la vida, para mantener las funciones vitales. Estos cuidados tienen como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar las causas.

Demencia: es un síndrome clínico caracterizado por una disminución adquirida, gradual, progresiva y persistente de varias funciones intelectuales como la memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto y capacidad de juicio, sin alteración del nivel de conciencia.

Deterioro cognoscitivo: es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Disciplina: se define como un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia que explica e implica.

Empírico: es la descripción y clasificación de aquellos fenómenos, que están abiertos a la observación e inspección.

Enfermería: es el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

Envejecimiento: es un proceso gradual y adaptativo de cambios continuos e irreversibles de múltiples transformaciones a través del tiempo, natural y completo.

Epistemología: se define como la teoría del conocimiento, por lo que es importante para enfermería debido a que es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y el método científico.

Explica: conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.

latrogenia: se refiere al efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud, desde los efectos colaterales de los medicamentos, secuelas de los medicamentos, daños ocasionados por la tecnología.

Implica: es una forma determinada de actuar y proceder, en el uso de una técnica y aplicación de un estilo y una ética con carácter propio.

Metas internacionales de seguridad del paciente: son estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias para así brindar una atención médica segura y de alta calidad, basadas en evidencias científicas.

Metodología de la investigación cualitativa: es una herramienta que ayuda a desarrollar habilidades y conocimientos, para implementarla en enfermería como disciplina y profesión.

Modelo de cuidado: es una estructura del conocimiento de enfermería formada por un marco de referencia o marco teórico y una metodología.

Negligencia: se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que provoque daño.

Ocupación: es el trabajo que una persona realiza regularmente.

Oficio: es la ocupación habitual o acostumbrada, basada en actividades rutinarias y modificadas por los ensayos y errores de la práctica habitual.

Ontológico: la palabra griega ontología significa "ciencia de ser", por lo tanto, la ontología es la parte de la metafísica que trata del "ser" como tal.

Práctica del cuidado: es la actividad que realiza una comunidad de enfermeras (os) que comparten las tradiciones de su propia profesión, como son la valoración y solución de problemas y a su vez comparten un lenguaje propio.

Proceso enfermero: es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros y cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados esperados), los cuales contribuyen a que el profesional de enfermería implemente sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente, es un método de organizacional.

Profesión: se define como ocupación con componentes éticos, encaminada a incrementar el bienestar humano y social.

Seguridad del paciente: son un conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de las enfermedades y procedimientos.

Teoría: es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática, de un fenómeno.

Vejez: representa una construcción social y biográfica del último momento del curso vital y que comprende las últimas décadas de la vida de un individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Envejecimiento y Salud. 1ro. de octubre de 2022 disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones.>
2. Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. NRL [Internet]. 2016 [citado julio 8 2024]; 991: 1-8. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213485316302171/1-s2.0-S0213485316302171-main.pdf?_tid=74ad03e8-559f-11e7-a305-00000aacb360&acdnat=1497953080_2f777632c2f99e6cf111ce8cce55950a.
3. Rosales Martínez GM, Perera Lombillo CR, Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valdés Rodríguez D, Pérez Montes de Oca E. Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna / Factors associated with cognitive impairment in the Internal Medicine outpatient department. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2023 [citado 27 Jul 2024];11(2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1113.>
4. Pérez Martínez Víctor T.. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Abr [citado 2024 Jul 08] ; 21(1-2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es.
5. Vallejo Sánchez Jesús Manuel, Rodríguez Palma Manuel. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Jul 09] ; 21(4): 153-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es.
6. MANUAL DE ENFERMERÍA Rol de la Enfermería Gerontogeriatría en el Cuidado Continuo de las Personas Mayores, Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital Oficina Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2023.
7. Camacho Estrada Lilian, Hinostroza Arvizu Gladys Yokebed, Jiménez Mendoza Araceli. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Jul 18] ; 7(4): 35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=es.
8. Revistamedica.imss.gob.mx
9. Segura-Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura-Cardona Ángela, Muñoz-Rodríguez Diana I., Jaramillo-Arroyave Daniel, Lizcano-Cardona Douglas et al . Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichan [Internet]. 2018 June [cited 2024 July 29] ; 18(2): 210-221. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000200210&lng=en. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.8.>
10. Mark Freedman, Perdida de memoria MD, MSc, University of Ottawa Revisado/Modificado oct 2023
11. Fonte Sevillano Teresa, Santos Hedman Damián Jorge. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev cubana med [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Jul 28] ; 59(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. Epub 01-Mar-2020.
12. Intervenciones de Enfermería para el cuidado del Adulto Mayor Con DETERIORO COGNOSCITIVO, Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-775-15

13. Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Ene 24] ; 27(4): 188-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es
14. IDEM 1
15. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado 2024 Ene 27] ; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
16. IDEM 3
17. IDEM 9 p.p 82
18. La construcción de una disciplina, de Esteban, Manuel, universidad de Murcia España, 1994. Responsable: Lic. Severino rubio Domínguez. SUA-ENEO, 1996
19. Construcción disciplinar de enfermería, ENEO-UNAM, Margarita Cárdenas Jiménez, Rosa Amarilis Zarate Grajales
20. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) 2002
21. Fernández Pérez J. A, Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet]. 2001;3(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15503202>
22. Vicedo Tomey Agustín. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educ Med Super [Internet]. 2002 Jun [citado 2024 Feb 01] ; 16(2): 156-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es.
23. Catalina García Martín-Caro, María Luisa Martínez Martín Historia de la Enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero, Elsevier España, S.L, 2001 p.p 174
24. Belinda de la Peña León, Manual de Enfermería Profesional, UNAM, FES Zaragoza, 2018.
25. Françoise Colliere Marie. Promover la Vida. segunda edición. México 2009
26. Ídem (11)
27. De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería 2007; 25 (1): 106-112
28. Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro Vianet, Ramos-Cedeño Leticia, Medina-López Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 Aug [cited 2024 Feb 13]; 9(2): 127-134. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657.
29. Izquierdo Machín Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Sep. [citado 2024 Feb 12]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es.
30. Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Oct [citado 2024 Feb 13] ; 11(28): 316-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es.
31. Ortega C. El cuidado de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (3): 88-89.
32. Lucila Cárdenas Becerril, Beatriz Arana Gómez, Araceli Monroy Rojas, María de Lourdes García Hernández, Cuidado profesional de enfermería, Ed. FEMAFEE, ed. 1ª. Año2009
33. IDEM 18 pág., 87
34. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Leartes; 1999. pp. 29-87.
35. Agramonte del Sol Alain, Leiva Rodríguez Joel. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Rev. Cubana Enfermer. 2007 Mar citado 2024
36. Ídem (19)
37. García Fuentes Carlos Christian Compton, Guillen Velasco Rocío del Carmen. Filosofía y práctica de enfermería. UNAM-ENEO. Marzo 2013

38. Durán de Villalobos, MA. Mercedes. Disciplina de enfermería. En: enfermería desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia. Ed. Unibiblos. Bogotá, Colombia P.p 15-59
39. Ídem (12)
40. Ídem (18) p. 94
41. Ceballos Ramos, Leydis Marien, Rodríguez Flores, Leandro Alberto, & González Corrales, Santa Caridad. (2018). La metodología de la investigación cualitativa como necesidad en la carrera de licenciatura en enfermería. Mendive. Revista de Educación, 16(3), 470-483. Recuperado en 17 de febrero de 2024
42. Ídem (26)
43. Ídem (26)
44. González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso de enfermería en la enseñanza de la práctica clínica con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enfermo. globo. [Internet]. Julio de 2011 [consultado el 18 de febrero de 2024]; 10(23): 89-95
45. Ídem (P.p 213,214)
46. Cruz Riveros Consuelo. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [consultado el 24 de febrero del 2024]; 9(1): 21-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021&lng=es. Publicación electrónica 01-jun-2020. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>.
47. Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A.L., Ramírez M., Ferro N., Alvarado E.. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2017 Sep. [citado 2024 Feb 24] ; 14(3): 191-198. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>.
48. Sancho Cantus D., Prieto Contreras L. Teorías y modelos en la práctica de enfermería: ¿Un binomio imposible? Enfermo. globo. [Internet]. julio de 2012 [consultado el 24 de febrero de 2024]; 11(27): 292-298. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>.
49. Raile Alligood Martha Modelos y Teorías de Enfermería 8va. Edición 2015 Elsevier España
50. Bridgette C. Williams, MSN, MAMS, RN Modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney: un marco para complementar el proceso enfermero Nursing 2015
51. Kuerten Rocha Patricia, Lenise do Prado Marta. Modelo de Atención: ¿Qué es y cómo prepararlo?. Index Enferm [Internet]. Junio de 2008 [consultado el 27 de febrero de 2024]; 17(2): 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es.
52. Ídem (38)
53. Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Feb 27] ; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.
54. Benavent Garces Amparo, Ferrer Ferrandis Esperanza, Francisco del Rey Cristina, Fundamentos de Enfermería Segunda Edición 2003
55. Antología, Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el cuidado especializado, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009
56. Ídem (42)
57. Moreno Fergusson María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 Oct [citado 2024 Mar 15] ; 5(1): 44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=es.
58. Ídem (44)

59. Escobar-Castellanos Blanca, Cid-Henríquez Patricia. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioeth.* [Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Mar 15] ; 24(1): 39-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>.
60. Amaro Cano María del Carmen. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev. Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 Abr [citado 2024 Mar 21] ; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es.
61. Ídem (47)
62. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, 2012
63. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 08-05-2023
64. Ídem (12) P.p 39, 43
65. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD, Última Reforma DOF 02-04-2014
66. LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN LA CIUDAD DE MÉXICO, Última Reforma DOF 19-01-2018
67. <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html>
68. Diario Oficial de la Federación, CÓDIGO de Ética de la Administración Pública Federal, DOF: 08/02/2022
69. Diario Oficial de la Federación
70. <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>
71. Revista CONAMED, vol. 20, núm. 2, abril-junio 2015, págs. 78-82
72. Revista CONAMED, Fecha de publicación: 13 de diciembre de 2023
73. Revista CONAMED, 2005
74. Código de bioética para el personal de salud, 2021
75. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, Secretaria de Salud, México, D.F Diciembre 2001
76. Ídem (12) p.p 57
77. Naranjo Hernández Ydalsys, Rodríguez Larrinaga Miriam, Concepción Pacheco José Alejandro. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Rev. Cubana Enfermería* [Internet]. 2016 Dic [citado 2024 Mar 22]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021&lng=es.
78. Hernández Martín, Cristina, El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera, Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid, 2016
79. Ídem (43)
80. Ramírez P., Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2015 Sep. [citado 2024 Abr 16] ; 12(3): 134-143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300134&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>.
81. Cristina Hernández Martín EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería, grado en enfermería
82. Reina GN C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico* [Internet]. 2010; (17):18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
83. Alfaro-Lefevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero, 5ta edición 2003
84. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Mar 25] ; 13(2): 71-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>.

85. Percepción del Proceso de Atención de Enfermería de los enfermeros de la Clínica la Inmaculada durante el periodo I-2018, XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018
86. Ídem (67)
87. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, Elsevier 12ª Edición, 2021-2023
88. Reina G. N. C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
89. Ídem (73)
90. Quintana Olguín Olguín, Apoyo Psicogerontológico en la Atención del Adulto Mayor. Estrategias para Cuidadores. ed. 1ª Ed. UNAM FES Iztacala. Año 2011
91. Elio Calvo Daniel. EL PACIENTE COMO PERSONA. Rdo. Medicina. La Paz [Internet]. 2022 [consultado el 29 de marzo de 2024]; 28(1): 83-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100083&lng=es. Publicación electrónica 30 de junio de 2022.
92. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion> social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx
93. Eliopoulos Charlotte Enfermería Geriátrica y Gerontológica 9ª Edición Barcelona España
94. Víctor M. Mendoza-Núñez, Envejecimiento y vejez
95. Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Actualización Actualización 2012
96. E. Thomas Carazoay M.J. Nadal Blanco, Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria <https://www.elsevier.es/es>
97. Fuente Sevillano Teresa, Santos Hedman Damián Jorge. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev. cubana med [Internet]. marzo de 2020 [consultado el 21 de abril de 2024]; 59(1): e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. a. Publicación electrónica 01-mar-2020.
98. OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015
99. Benavides-Caro Cristina Alexandra, Deterioro cognitivo en el adulto mayor Volumen 40, No. 2, abril-junio 2017
100. Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, Gómez-Hernández HR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal [Risk factors associated with cognitive impairment in aged: Cross-sectional.
101. Ídem (85).
102. Ídem (4)
103. Mario Ulises Pérez Zepeda, El deterioro cognoscitivo como un síndrome geriátrico Instituto de Geriátrica (INGER), SSA, México DF.
104. Ídem (85).
105. Gobierno de México, Medidas preventivas para reducir los factores de riesgo asociados con la demencia.
106. Ayala San Martín Lorena Soledad. Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2024 Mayo 08]; 14(3): e14304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300004&lng=es. Epub 05-Abr-2021.
107. Mastrapa Y, Gibert-Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 20 Jun 2024]; 32 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>.
108. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Rev.Enferm.Neurol [Internet]. 31 de diciembre de 2012 [citado 20 de junio de 2024];11(3):138-41. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/144>

109. Aguilar Navarro Sara Gloria, Gutiérrez Gutiérrez Lidia, Samudio Cruz, Ma. Alejandra, Estimulación en la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo, Segunda edición 2018 Permanyer.
110. Manual de Estimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2023.
111. Fernández López Regina María, I. de Lima Arrimón Iraní, EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN LOS ANCIANOS Y EFECTOS EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS, Act.Colom.Psicol. vol.19 no.2 Bogotá July/Dec. 2016
112. Alvarado-García A., Lamprea-Reyes L., Murcia-Tabares K.. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Sep [citado 2024 Ago 21] ; 14(3): 199-206. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>.
113. Robles JE. Incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra [Internet]. Agosto de 2006 [consultado el 28 de mayo de 2024]; 29(2): 219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es.
114. Campillos-Cañete M^a Nazaret, González-Tamajón Rosa María, Berlango-Jiménez José, Crespo-Montero Rodolfo. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. Enferm Nefrol [Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Jun 22] ; 24(1): 25-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000100003&lng=es. Epub 26-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021003>.
115. Organización Mundial de la Salud, Demencia, 15 de marzo de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
116. Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J., Oscoz Muñoa G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Mayo 28] ; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
117. García Alejandra María Alvarado, Hueso Paula Vanessa Alvarado, Méndez Laura Tatiana Rojas, Tao Paula Andrea Oviedo. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integradora. Reverendo Cuid [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 julio 10] ; 10(3): e813. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300302&lng=es. Epub 20 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813> .
118. Romero Rodríguez David Alejandro, Henao-Castaño Ángela María, Gómez Tovar Luz Omaira. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2022 Mar [citado 2024 Jul 10] ; 38(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100018&lng=es. Epub 22-Abr-2022.
119. Carvajal Carrascal Gloria, Montenegro Ramírez Juan David. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Oct [citado 2024 Jul 10] ; 14(40): 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es.
120. Plan de Cuidados de Enfermería en las Personas con Enfermedades Neuromusculares, Servicio Aragonés de salud 2020
121. Díaz Cárdenas Shyrley, Arrieta Vergara Katherine, Ramos Martínez Ketty. Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam [Internet]. Febrero de 2012 [consultado el 25 de junio de 2024]; 5(1): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.
122. Martínez Pizarro Sandra. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2024 Ago 23] ; 33(1): 27-31. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&Ing=es. Epub 02-Mayo-2022.

123. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2024 Mayo 29] ; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&Ing=es.
124. Medellín Fontes Martha M, Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño ME Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2024 Jun 25] ; 35(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&Ing=es.

ANEXOS

Escala Dowton

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas Previas	No	✓ 0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	✓ 1
Déficits Sensoriales	Ninguno	✓ 0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Afecciones en extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	✓ 1
Deambulación	Normal	✓ 0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátria

- Interpretación del puntaje
- Valor igual o mayor a 3: Alto riesgo
- **Valor de 1 a 2: Mediano riesgo**
- Valor de 0 a 1: Bajo riesgo

Total de puntaje: 2

Escala de Atenas Insomnio

1. Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado)			
Ningún problema 0	Ligeramente retrasado 1	Marcadamente retrasado <u>2</u>	Muy retrasado o no durmió en absoluto 3
2. Despertar durante la noche			
Ningún problema 0	Problema menor 1	Problema considerable <u>2</u>	Muy retrasado o no durmió en absoluto 3
3. Despertar final más temprano de lo deseado			
No más temprano 0	Un poco más temprano 1	Marcadamente más temprano <u>2</u>	Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto 3
4. Duración total del dormir			
Suficiente 0	Ligeramente suficiente 1	Marcadamente insuficiente <u>2</u>	Muy insuficiente o no durmió en lo absoluto 3
5. Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted)			
Satisfactoria 0	Ligeramente Insatisfactoria <u>1</u>	Marcadamente insatisfactoria 2	Muy insatisfactoria o no durmió en lo absoluto 3
6. Sensación de bienestar durante el día			
Normal 0	Ligeramente disminuida <u>1</u>	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
7. Funcionamiento (físico y mental) durante el día			
Normal 0	Ligeramente Disminuida 1	Marcadamente disminuida <u>2</u>	Muy disminuida 3
8. Somnolencia durante el día			

Ninguna 0	Leve <u>1</u>	Considerable 2	Intensa 3
--------------	------------------	-------------------	--------------

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátría

Puntuación:

Total de puntos: **13 puntos**

- **0-7 puntos:** normal
- **8 puntos o más:** problemas de insomnio

Actividades básicas de la vida diaria

(Índice de Katz)

	SI 1 punto	NO 0 puntos
<p>1) Baño (esponja, regadera o tina)</p> <p>SI: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma del baño).</p> <p>SI: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna).</p> <p>NO: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.</p>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>
<p>1) Vestido</p> <p>SI: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente sin asistencia</p> <p>SI: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.</p> <p>NO: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse</p>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
<p>2) Uso del sanitario</p> <p>SI: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o sillas de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).</p> <p>SI: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por si misma el pañal o cómodo vaciándolo.</p> <p>NO: Que no vaya al baño por sí misma.</p>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>
<p>3) Transferencias</p> <p>SI: 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).</p> <p>SI: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.</p> <p>NO: Que no pueda salir de la cama</p>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>
<p>4) Continencia</p> <p>SI: Control total de esfínteres.</p> <p>SI: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social.</p> <p>NO: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonsa o es incontinente</p>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
<p>5) Alimentación</p> <p>SI: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.</p> <p>SI: Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla</p>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>

NO: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátría

Resultado 4/6

Mini - examen del estado mental

Sabe leer: SI **NO**

Sabe escribir: SI **NO**

Hasta que año estudio: **Ninguno**

I. Orientación

(Tiempo)

¿Qué fecha es hoy?

Respuesta	Real
Día Mes Año	Día Mes Año
12 07 2023	13 03 2024

¿Qué día de la semana es?

Respuesta	Real
Jueves	Miércoles

¿Qué hora es aproximadamente?

Total 0 puntos

Respuesta	Real
11:15	7:30

(Espacio)

	Incorrecto	Correcto	Total 2 puntos
¿En dónde estamos ahora?	0	<u>1</u>	
¿En qué área o departamento estamos ahora?	0	<u>1</u>	
¿Qué colonia es esta?	<u>0</u>	1	
¿Qué ciudad es esta?	<u>0</u>	1	
¿Qué piso es este?	<u>0</u>	1	

II. Registro

Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:

	Papel	Bicicleta	Cuchara	
Ahora dígalos usted:	Incorrecto	Correcto		Total 3 puntos
Papel	0	<u>1</u>		
Bicicleta	0	<u>1</u>		
Cuchara	0	<u>1</u>		
III. Atención y calculo				
Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100				Se Omite
Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir de 20				Se Omite
IV. Lenguaje				
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Solo se las puedo decir una vez:				Total 2 puntos
		Incorrecto	Correcto	
Tome este papel con la mano derecha		0	<u>1</u>	
Dóblelo por la mitad		0	<u>1</u>	
Y déjelo en el suelo		<u>0</u>	1	
(Espacio)				
Por favor haga lo que se dice aquí				Se omite
				Cierre los ojos
Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje (atrás de esta hoja)				
V. Memoria diferida				
Dígame los tres objetos que le mencione al principio:				
	Incorrecto	Correcto		Total 0 puntos
Papel	<u>0</u>	1		
Bicicleta	<u>0</u>	1		
Cuchara	<u>0</u>	1		
Copie, por favor, este dibujo tal como está. (Mostrar atrás de esta hoja)				Se omite
				Total 2 puntos
		Incorrecto	Correcto	
Muestre el RELOJ y diga: ¿Qué es esto?		0	<u>1</u>	
Muestre el LAPIZ y diga: ¿Qué es esto?		0	<u>1</u>	
Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.				
				NI NO, NI SI, NI PERO
				Total 0 puntos

Puntaje Total: 17 puntos

A personas con menos de 3 años de escolaridad formal, darles **8 puntos de entrada** y obviar la respuesta 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).

Interpretación:

Puntaje menor a 24 = Probable deterioro cognitivo

Puntaje mayor a 24 = Sin deterioro cognitivo

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátría

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES

Lugar: Domicilio Fecha: 11/05/2024

Instrucciones: explique a la persona mayor que se requieren respuestas de **si** o **no** para la mayoría de las siguientes preguntas; marque las respuestas en los espacios correspondientes.

Las respuestas **seleccionadas** representan factores de riesgo, márkelos en la tabla de abajo.

Información de la persona mayor

DATOS DE IDENTIFICACION	
Código de identificación: _____	
Nombre(s) y apellidos: <u>A.A.AC</u>	Sexo: <u>Mujer</u>
Fecha de nacimiento: <u>21/07/1937</u>	Edad en años: <u>86</u>
Domicilio: _____	
Estado Civil: <u>Viuda</u>	Teléfono: _____
Ocupación principal: <u>Hogar</u>	Recibe remuneración: <u>Si</u>
Años realizando la ocupación y recibiendo remuneración: _____	
Ultimo grado de estudios: <u>Ninguno</u>	
Años de escolaridad a partir de primaria: _____	

HABITOS DE VIDA
¿Pasa más de 2 horas continuas sentado (a) o acostado (a), durante el día? SI
¿Hace 15 minutos o más de ejercicio físico al menos 3 veces a la semana? NO
¿En los últimos 3 meses se ha sentido más cansado (a) o agotado (a)? SI
¿En los últimos 3 meses ha sentido dificultad para caminar 1 cuadra o 100 metro? NO
¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para subir 1 piso de escaleras sin hacer pausas? NO

¿Ha tenido dificultad para cargar objetos de 5 kg o más (1 bolsa grande de mandado)? SI
¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? SI
Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, pregunte: ¿Toma 5 copas o más cuando bebe? NO
¿Actualmente fuma? NO
¿Se expone a humo de cigarro o leña? NO
¿Considera que su alimentación habitual es saludable? SI
¿En los últimos 3 meses ha tenido con frecuencia dificultad para dormir? SI
¿Duerme durante el día por lapsos de más de 20 minutos? NO
¿Durante las noches se levanta 2 o más veces para ir al baño (orinar)? SI

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
En general, ¿Cómo considera su estado de salud, bueno o malo? Bueno
¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones? No
¿Tiene visión borrosa o le cuesta trabajo enfocar, aun con lentes? No
¿En los últimos 2 años ha perdido 5 kg o más de peso, sin proponérselo? Si
¿Cuánto pesa? (kg) 37,340 ¿Cuánto mide de estatura? (m) 1.43 Índice de masa corporal: 18.3 kg/m ²
¿Sufre algún dolor que limite sus actividades? No
¿En los últimos 2 años ha tenido escapes involuntarios de orina? Si

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted tiene... ...presión alta? No ...diabetes? No ...artritis? No ...alzhéimer u otra demencia? Si ...asma, bronquitis crónica o enfisema pulmonar? No ...osteoporosis? No
¿Alguna vez u otro profesional de salud le ha dicho que usted ha tenido... ...depresión? No ...enfermedad del corazón? No ...una embolia cerebral? No
¿Tiene 20 o más dientes? No
¿Toma 3 medicamentos o más que le haya recetado un doctor? No

ASPECTOS SOCIALES

¿Vive solo? **No**

¿Es propietario (a) de la casa donde vive? **No**

¿En caso de enfermedad tiene alguien que lo(a) asista? **Si**

¿En caso de problemas o necesidad, cuenta con alguien que lo(a) apoye? **Si**

¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades? **Si**

¿Se siente satisfecho (a) con su convivencia familiar? **Si**

¿Tiene la libertad de prever, decir y actuar en sus propios asuntos? **No**

¿Se siente amenazado (a) por alguien? **No**

¿En su comunidad realiza actividades recreativas o de esparcimiento? **No**

¿Mantiene contacto con amistades? **Si**

ASPECTOS PSICOLOGICOS

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido (a)? **No**

¿En las últimas 2 semanas ha perdido interés por las cosas que le agradan? **No**

¿Con frecuencia se siente ansioso (a) o angustiado (a)? **No**

¿Tiene problemas de memoria desde hace 6 meses o más? **Si**

Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, haga la siguiente pregunta:

¿Estos problemas de memoria afectan su capacidad para hacer sus cosas del día a día? **Si**

Factores de riesgo (Identificados)

- ✓ Mujer
- ✓ 75 o mas
- Trabajo remunerado por menos de 10 años
- ✓ Escolaridad menor a 12 años
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Inactividad física

- ✓ Extenuación
 - Dificultad para la marcha
- ✓ Fuerza disminuida
- ✓ Consumo de alcohol
 - Consumo de tabaco
 - Exposición a biomasa
 - Alimentación no saludable
- ✓ Insomnio
- ✓ Somnolencia diurna
- ✓ Nocturia
 - Autopercepción de mala salud
- ✓ Déficit auditivo
 - Déficit visual
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ IMC menor a 18.5 o mayor a 35
 - Dolor crónico
- ✓ Incontinencia urinaria
 - Multimorbilidad
 - (2 o más enfermedades)
- ✓ Edentalismo parcial
 - Polifarmacia
 - Aislamiento
- ✓ Vivienda no propia
- ✓ Red social limitada
 - Ingresos insuficientes
 - Insatisfacción familiar
- ✓ Falta de autonomía
 - Posible maltrato
 - Poca participación social
 - Posibles síntomas depresivos
 - Posible ansiedad

✓ Posible deterioro cognitivo

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátría

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

Puntuación:

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

	Preguntas	Puntuación
1	¿Piensa que su familiar le pide mas ayuda de la que realmente necesita?	2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	2
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	2
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1
5	¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	1
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	3
7	¿Tiene miedo por el miedo de su familiar?	3
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	4
9	¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?	3
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	0
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	0
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	2
13	¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	2
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que la puede cuidar?	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	3
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1

17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	2
19	¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	2
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	3
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	4
22	Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el echo de cuidar a su familiar?	2

FUENTE: INGER Instituto Nacional de Geriátria

Total: 47 puntos

Puntuación entre 47-55 indican sobrecarga leve





CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a 18 Enero 2024
Día Mes Año

A quien corresponda:

Yo Sanchez Ángel Leticia
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería Proceso de Atención de Enfermería Aplicado a Persona Mayor con Deterioro

Relacionado con trastorno de la cognición evidenciado por dificultad para adquirir una nueva

Información y para recordar eventos.

Título del Proceso Atención de Enfermería

Que realiza el pasante de enfermería: Leticia Lisbete Garcia Sanchez
Nombre(s) y apellidos

Que pertenece a la Escuela de Enfermería de la Ciudad de México cuyos objetivos consisten en:

Valorar el estado de salud de la persona buscando evidencias de funcionamiento anormal

o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas

Estoy consciente que la contestación de la entrevista:
Sera confidencial y consistirá en la 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:

No representa ningún riesgo

Entiendo que de esta investigación se derivan los siguientes beneficios:

Identificar las necesidades alteradas de la paciente

Evaluar el plan de enfermería para verificar el logro de los resultados de acuerdo con el estado de salud

Evitar riesgos y daños a la salud

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.

Leticia Sánchez Ángel
Leticia Sánchez Ángel

Nombre y firma

