



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A
UNA PERSONA ADULTA MAYOR CON DIAGNÓSTICO
NOSOLÓGICO DE NEUMONÍA MULTIFOCAL BAJO EL
MODELO DE MARJORY GORDON Y SUS 11 PATRONES
FUNCIONALES.**

ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ANCIANO.

PRESENTA:
L.E. ROCIO DE LOS ANGELES PARDO MENDOZA.

CON LA ASESORÍA DE:
EEA. HERMES EDUARDO RODRÍGUEZ ARISPE.

Ciudad Universitaria, CDMX, Febrero 2020.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A
UNA PERSONA ADULTA MAYOR CON DIAGNÓSTICO
NOSOLÓGICO DE NEUMONÍA MULTIFOCAL BAJO EL
MODELO DE MARJORY GORDON Y SUS 11 PATRONES
FUNCIONALES.**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ANCIANO.**

**PRESENTA:
L.E. ROCIO DE LOS ANGELES PARDO MENDOZA.**

**CON LA ASESORÍA DE:
EEA. HERMES EDUARDO RODRÍGUEZ ARISPE.**

Ciudad Universitaria, CDMX, Febrero 2020.



AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y a su Programa Único de Especialización en Enfermería por brindarme las herramientas necesarias para mejorar mi calidad como proveedor del cuidado.

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” por ser sede en este momento importante de mi vida profesional y por el que tuve la fortuna de encontrarme a personas admirables y brillantes que fortalecieron y dieron vida a nuevos conocimientos.

Al Maestro David Moctezuma Herrera por su admirable conocimiento y potencialización del talento enfermero con humanismo, humildad y amor a la profesión que me fue transmitido para mejorar la visión de enfermería.

Al EEA Hermes Eduardo Rodríguez Arizpe quien aún sigue siendo mi guía en este camino profesional predicando el ejemplo de constancia, disciplina, entrega y pasión por la profesión de enfermería impulsándome no sólo a ser una mejor profesional sino un mejor ser humano.

A mis padres Fernando Pardo Olvera y Amparo de los Ángeles Mendoza Rodríguez por ser mis ejemplos de vida, dándome una enseñanza con valores y por el enorme amor al estudio que sembraron en mí, siendo esta mi mejor arma para lograr mis sueños.

A mi hermano Edgar Pardo Mendoza quien me ha enseñado a tener paciencia y siempre darme ánimos para seguir y terminar lo que empecé con lo mejor de mí. A mi Hermano David Pardo Mendoza que día a día se esfuerza por enseñarme a amar cada aspecto de la vida.

A Erick Gabriel Espinoza Guadarrama quien estuvo siempre conmigo siendo un gran amor, compañero y amigo en esta etapa de mi vida académica.

DEDICATORIA

A ti....

Persona que dejaste crecer y que ahora no dejan que tú crezcas.

A ti...

Persona que te dicen necia y que no comprenden hasta donde tu cuerpo y mente han cambiado.

A ti...

Persona que vives a un ritmo diferente sin que te importe lo que piensen, pero que por dentro sientes que no lo haces bien.

A ti....

Persona que lloras por las noches o cuando nadie te ve, porque tú percibes que los tiempos no son los mismos de antes y rezas por las vidas de quien amas sin saber que habrá para ti.

A ti...

Mí querida religiosa que sin haberte conocido no hubiese entendido tu respuesta ante la vida, ante el prójimo y ante Dios.

A ti...

Persona a quien llaman **Adulta Mayor**.

CONTENIDO

| | | |
|------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. | OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO..... | 2 |
| | 2.1 OBJETIVO GENERAL | 2 |
| | 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 2 |
| III. | FUNDAMENTACIÓN | 3 |
| | 3.1 ANTECEDENTES Y EBE | 3 |
| IV. | MARCO CONCEPTUAL..... | 5 |
| | 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA..... | 5 |
| | 4.2 PARADIGMAS | 6 |
| | 4.3 METAPARADIGMAS | 7 |
| | 4.3.1 PERSONA | 7 |
| | 4.3.2 ENTORNO..... | 7 |
| | 4.3.3 SALUD | 8 |
| | 4.3.4 ENFERMERÍA..... | 8 |
| | 4.4 TEORIA DE MARGORY GORDON..... | 8 |
| | 4.4.1 BIOGRAFÍA DE MARGORY GORDON..... | 9 |
| | 4.4.2 PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON..... | 10 |
| | 4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA | 13 |
| | 4.5.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS..... | 13 |
| | 4.5.2 ETAPAS DEL PROCESO | 15 |
| | 4.6 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)..... | 17 |
| | 4.6.1 CONCEPTO | 17 |
| | 4.6.2 VALORACIÓN EN EL ANCIANO..... | 17 |
| | 4.7 DESCRIPCIÓN DE ESCALAS GERIÁTRICAS | 22 |
| | 4.7.1 VALORACIÓN CLÍNICA..... | 22 |
| | 4.7.2 VALORACIÓN FUNCIONAL | 23 |
| | 4.7.3 VALORACIÓN COGNITIVA..... | 26 |
| | 4.7.4 VALORACIÓN EMOCIONAL..... | 28 |
| | 4.7.5 VALORACIÓN SOCIAL | 28 |
| V. | MARCO TEÓRICO..... | 29 |
| | 5.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LOS CAMBIOS EN LA RESPIRACIÓN..... | 29 |
| | 5.2 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD | 30 |

| | |
|--|----|
| 5.2.1 CONCEPTO | 30 |
| 5.2.2 ETIOLOGÍA | 31 |
| 5.2.3 EPIDEMIOLOGÍA..... | 31 |
| 5.2.4 ATIPICIDAD FISIOLÓGICA EN EL ANCIANO..... | 32 |
| 5.2.5 FISIOPATOLOGÍA | 33 |
| 5.2.6 NEUMONIA MULTIFOCAL..... | 33 |
| 5.2.7 ABORDAJE | 34 |
| 5.2.8 ABORDAJE ADYUVANTE..... | 35 |
| 5.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU COMPORTAMIENTO FRENTE A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS..... | 38 |
| 5.3.1 FISIOPATOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN LA DIABETES MELLITUS | 39 |
| 5.3.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA DIABETES MELLITUS | 40 |
| VI. COMPONENTES NORMATIVOS QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA HUMANA. 40 | |
| 6.1 SÍNDROME GERIÁTRICO: DELIRIUM | 42 |
| 6.2 SÍNDROME GERIÁTRICO: DÉFICIT SENSORIAL | 42 |
| VII. MARCO ÉTICO Y JURÍDICO..... | 43 |
| 7.1 ASPECTOS ÉTICOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 43 |
| 7.2 PRINCIPIOS BIOÉTICOS | 43 |
| 7.3 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO..... | 45 |
| En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras..... | 45 |
| 7.4 CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES..... | 46 |
| VIII. METODOLOGÍA | 48 |
| 8.1 SELECCIÓN DE ESTUDIO DE CASO..... | 48 |
| IX. PROCESO DE ATENCIÓN | 49 |
| 9.1 ANTECEDENTES DE LA PERSONA | 49 |
| 9.2 DESCRIPCIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON | 49 |

A la inspección el abdomen está ligeramente distendido, ombligo en adecuada posición cicatriz en hipocondrio derecho por antecedente de colecistectomía abierta en 1981 se observa otra cicatriz en fosa iliaca derecha por antecedentes de Apendicectomía abierta en 1964, refiere además ser postoperada de drenaje de quiste pancreático en el año

| | |
|---|-----|
| 2003. Durante la percusión no se encuentran anomalías, los ruidos son tipo mate, en mesogastrio, ruidos timpánicos en flancos. A la palpación no se muestran megalias. Al auscultar se presentan ruidos intestinales normales 30x'..... | 51 |
| 9.3 JERARQUIZACIÓN DE PATRONES ALTERADOS..... | 58 |
| 9.4 PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..... | 59 |
| 9.5 Plan de Cuidados..... | 59 |
| 9.6 Evaluación del proceso..... | 72 |
| 9.7 Valoraciones Focalizadas..... | 72 |
| 9.8 PLAN DE ALTA..... | 78 |
| X. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... | 83 |
| ANEXOS..... | 84 |
| GLOSARIO..... | 88 |
| XI. BIBLIOGRAFÍA..... | 114 |

I. INTRODUCCIÓN

Un estudio de caso está basado en la aplicación del proceso atención enfermería, siguiendo las líneas de acción para el desarrollo y aplicación de planes de cuidados especializados derivados de la presentación clínica de enfermedad en la persona como lo marca la Normativa Oficial Mexicana. En el caso de esta especialidad el uso de herramientas como la Valoración Geriátrica Integral (VGI) permite identificar problemáticas reales y potenciales que tipifican el cuidado en el anciano bajo el concepto de atipicidad.

En desfortuna se tiene la percepción de que el envejecer es sinónimo de enfermedad, sin embargo los cambios a través del tiempo han permitido la evolución y el desarrollo de fundamentos científicos que demuestran en gran medida el hacer de enfermería para educar sobre estilos de vida que fomentan la salud, así como identificar deficiencia en el autocuidado por la falta de orientación adecuada y la voluntad de cada paciente para mantenerse equilibrado en salud.

El presente estudio fue realizado con fecha del 1 al 5 de abril del 2019, durante la práctica clínica en el INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN”, en rotación por el servicio de Clínica de Geriatria, se eligió una persona adulta mayor ubicada en la cama 550, con diagnóstico Médico Nosológico de Neumonía Multifocal donde la religión toma un papel importante en la respuesta humana de la persona perteneciente a una comunidad de religiosas que se rige bajo dogma católico y la disciplina está manifestada por el código de Catecismo quien rige la convivencia y las líneas de acción en las religiosas del México actual, dejando de lado las prácticas relacionadas a la prevención; la paciente se convierte entonces en una persona más que engrosa la línea a la alza en la estadística de Neumonía extra hospitalaria en México.

Por mencionar el presente representa una contribución al profesional de enfermería como apoyo en consulta del mismo gremio generando a partir de dudas investigación y fortalecimiento del saber ser de enfermería.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de caso bajo el modelo de Patrones Funcionales de Margory Gordon a una persona adulta mayor con Diagnóstico Nosológico de Neumonía Multifocal, identificando la funcionalidad cognitiva, física y social así como los patrones alterados, permitiendo la estructuración de plan de cuidados individualizado y con ello fortalecer el potencial rehabilitador y rehabilitatorio.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI) por patrones funcionales con la finalidad de identificar los patrones alterados.
- Detectar síndromes geriátricos y su potencial riesgo predictor de dependencia en la funcionalidad de la paciente.
- Elaborar diagnósticos de enfermería utilizando formato PES (problema, etiología, signos y síntomas), que permitan brindar intervenciones especializadas para mejorar o resolver los patrones alterados.
- Crear un plan de alta integrando acciones que permitan incorporar al paciente a AVD, procurando la continuidad de los cuidados y la rehabilitación pulmonar.
- Integrar intervenciones adecuadas a los patrones alterados en la persona adulta mayor con fundamento en Enfermería Basada en Evidencia.
- Contribuir al profesional de enfermería un producto de consulta para resolución de dudas, generación de nuevo material de investigación así como de conocimiento para el gremio y área especializada.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES Y EBE

Se realizó la búsqueda de diferentes artículos referentes a Neumonía multifocal en adultos mayores buscados en la base de datos BIDIUNAM y artículos indexados; en el presente se consultan varios artículos y se eligen tres debido a su relación y relevancia con este trabajo; como el de García-Zenón y Cols (2013) que menciona: “La neumonía es una de las principales entidades responsables de hospitalización en ancianos y es la principal causa de muerte de etiología infecciosa en mayores de 65 años de edad. Existen factores que ponen en riesgo a los pacientes con esta entidad, particularmente a los ancianos, tales como son alteraciones inmunológicas relacionadas con el envejecimiento, colonización de la orofaringe, etcétera.”¹

La American Diabetes Association (ADA 2014) menciona: “La gripe y la neumonía son enfermedades infecciosas comunes, evitables y asociadas con alta morbimortalidad en el anciano y en personas con enfermedades crónicas. Aunque los estudios en personas con DM son limitados, los estudios observacionales realizados en pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la DM, muestran que están asociadas con un aumento de hospitalizaciones para la gripe y sus complicaciones. Los diabéticos pueden tener un riesgo aumentado de la bacteriemia por infección neumocócica y bacteriemia nosocomial, que llega a tener una mortalidad de hasta el 50 %.”²

El Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores de la asociación española de Geriátría y Gerontología (2013) nos comparte: “La eficacia protectora de la vacuna frente a las formas graves invasoras de enfermedad alcanza el 60-70% en adultos de edad avanzada inmunocompetentes y adultos en condiciones médicas subyacentes, lo que apoya las recomendaciones de aplicación en estos

¹ García-Zenón T, Villalobos-Silva JA, Trabado-López ME Neumonía comunitaria en el adulto mayor Evid Med Invest Salud 2013; 6 (1) [internet] consultado el 24 de abril 2019 disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43097&id2=>

² Iglesias González Rosario et al. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus, Diabetes Práctica 2014; 05(Supl Extr 2): p 14. [internet] consultado el 24 de abril 2019 disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>

colectivos. No existen estudios concluyentes sobre la efectividad en la prevención frente a Neumonía no bacteriémica en los mismos grupos poblacionales. La vacunación frente al Neumococo demostrada (2013), es para la prevención de la enfermedad Neumococcica invasora.”³

Al estrechar lazos desde diferentes perspectivas se encuentra que las enfermedades inmunoprevenibles, son enfermedades de origen infeccioso que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas. Está demostrado que la utilización de la vacuna es la forma más eficiente de prevenir estas enfermedades, pues modifica la prevalencia y la incidencia de las mismas, hasta lograr en algunos casos, como la viruela su erradicación. Aun existen creencias erróneas respecto a las vacunas, como que su administración sistemática es exclusiva de la población pediátrica, cuando en realidad las personas mayores tienen mayor necesidad que otros de protegerse mediante la vacunación por el propio envejecimiento, ya que les confiere mayor vulnerabilidad frente a las infecciones por el fenómeno de la inmunosenescencia, que origina una respuesta frente a la infección, por descenso de la inmunidad natural y la adquirida por vacunas, generando respuestas menos intensas y duraderas que en los adultos en jóvenes.

³ Gil Gregorio et al., Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátrica de Gerontología Coordinación editorial IMC International Marketing & Communication S.A. (2013) pp 211,216 [Internet] consultado el 24 de abril 2019. Disponible en: http://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

En referencia a la campaña Nursing Now a través del Documento: "Triple Impacto (2016). Cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico, nos deja la definición de una enfermera bajo diferentes teorías del pensamiento crítico de enfermería: "La función única de las enfermeras en el cuidado de personas, enfermas o bien, es evaluar sus respuestas a su salud estado y ayudarlos a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud, a la recuperación o a la muerte digna que realizarían sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y hacer esto de tal manera que les ayude a obtener el pleno rendimiento o independencia parcial lo más rápido posible."

Más recientemente, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) amplió esta definición y agregó: "La enfermera es una persona que ha completado un programa de educación básica y generalizada de enfermería y está autorizada por la autoridad reguladora correspondiente para practicar la enfermería en su país.

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o bien en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y moribundas. La defensa, la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la configuración de la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la educación también son funciones clave de enfermería.⁴

Estas definiciones abarcan la totalidad de la profesión de enfermería, ya sea que las enfermeras trabajen en hospitales, clínicas, servicios comunitarios o en cualquiera de una amplia gama de otros entornos, como escuelas, fábricas, otros lugares de trabajo, servicios sociales, hogares residenciales para personas con demencia y afecciones a largo plazo, hospicios, prisiones, en las calles con

⁴ Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth; London, 17 October 2016; (internet) Consultado el día: 22 de Julio 2019 Disponible en: https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1

personas sin hogar y sexo trabajadores, en las fuerzas armadas en zonas de conflicto, o en organizaciones humanitarias que cuidan a las víctimas del conflicto, refugiados y desplazados internos, y aquellos afectados por desastres humanos y naturales.

4.2 PARADIGMAS

Martínez-Olivares, et al (2015) en su artículo: “Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud” nos argumenta de forma concisa la definición y características de un paradigma así como su relación con el actuar de enfermería citando lo siguiente:

...”De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macro estructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia. De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas, el Paradigma de categorización (1850- 1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el Paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.”⁵

En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas

⁵ Marilyn Victoria Martínez-Olivares, Blanca Elsi Cegueda-Benítez, Guillermina Romero-Quechol, María Estela Galarza-Palacios, María Guadalupe Rosales-Torres Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Medigraphic (Internet) Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):3-8

definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos.

4.3 METAPARADIGMAS

En el artículo de García García (2015), Metaparadigma modelo y Teoría en Enfermería cita lo siguiente: “El metaparadigma es la perspectiva más global y abstracta de la disciplina. La necesidad de definir la disciplina enfermera ha dado lugar a que se determinaran por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos son la persona, el entorno, la salud y el cuidado que forman el metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.”⁶

La función del metaparadigma, es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo de una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal.

Además las autoras nos mencionan las siguientes definiciones que integran el paradigma en enfermería:

4.3.1 PERSONA

Incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.

4.3.2 ENTORNO

Identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.

⁶ García García Mari Carmen. Metaparadigma Modelo y Teoría en Enfermería Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Internet] 2015 [consultado 01 Agosto 2019]; 7 (8):1. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>

4.3.3 SALUD

Estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.

4.3.4 ENFERMERÍA

La propia definición de Enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”.⁷

Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

4.4 TEORIA DE MARGORY GORDON

Un profesional es competente en la medida que utiliza sus conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociado a su profesión, para desenvolverse de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de su práctica.

Martínez et al (2017) nos vuelve a compartir argumentos que respaldan el modelo de M. Gordon argumentando: “En el área de enfermería se requiere gran capacidad en la resolución de problemas, se debe crear un ambiente de organización con el fin de ejercer una práctica asistencial con plenitud que impacte en la salud del paciente. En este contexto, la práctica de enfermería se basa en el desarrollo de diversas competencias para brindar una atención integral con un enfoque holístico del paciente.”⁸

⁷ IDEM 6, pág.1

⁸ Vergara G.M. Proceso Atención Enfermería aplicada a Taller de Lactancia Materna Basada en los patrones Funcionales de Margory Gordon (Tesis de grado), Universidad Nacional Autónoma de México CDMX Noviembre 2017. consultado el día 22 de julio 2019, disponible en:

Por lo tanto un modelo es una representación esquemática de ciertos aspectos de la realidad que son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre esos conceptos. Además permiten que los conceptos sean operados en el papel antes de ser confrontados con la realidad. Además de eso, sirven para auxiliar a las enfermeras en el sentido de que les ofrecen una explicación observable de los elementos que integran una teoría. Por lo tanto, los modelos de Enfermería son conceptos, definiciones y proposiciones que especifican sus interrelaciones para llegar a formar una perspectiva organizada, con el fin de observar los fenómenos específicos de la disciplina y proponen distintas maneras de pensar en la enfermería y de tratar los amplios conceptos de meta-paradigmas que son fundamentales para su significado.

4.4.1 BIOGRAFÍA DE MARGORY GORDON

Nació en 1914 en Baltimore, Maryland. Muere: un 22 de junio del 2007 alrededor de los 94 años de edad. Su carrera de enfermera inició en la escuela de enfermeras del Providence Hospital en Washington D.C. fue una teórica y profesora que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA. Miembro de la Academia de Enfermería (ANA) en 1977. Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Obtuvo la Licenciatura y la Maestría por la Universidad de Nueva York. Doctorado por la Universidad de Boston. Autora de 4 libros, incluyendo el Manual de Diagnósticos de Enfermería.⁹

Margory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de

http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8CK6GU6BCGMLKIDN24IY6AK6UKEB8PVVV5QDGR7QIRPHVKQHT19686?func=findac&acc_sequence=002434105

⁹ IDEM 8, pág.18

Gordon, fue líder internacional en esta área del conocimiento en enfermería, donde la valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

4.4.2 PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro del su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de estos, permite una valoración de enfermería sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes del paciente (físico, psíquico, social y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta. Además enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

- Patrón 2: Nutricional-metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

- Patrón 3: Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

- Patrón 4: Actividad – ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

- Patrón 5 Sueño-descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- Patrón 6: Cognitivo – perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este

patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

- Patrón 7: Auto percepción-auto concepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

- Patrón 8: Rol – relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

- Patrón 9: Sexualidad – reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

- Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- Patrón 11: Valores – creencias.

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

El modelo de M. Gordon busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados o en peligro de alteración en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación, manejando al paciente en forma holística, dando paso a la recolección de toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.¹⁰ (Ver Figura 1)



Figura 1. Sobre la integración holística del paciente.

4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

4.5.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El proceso de enfermería se caracteriza por ser una serie determinada de acciones diseñadas para preservar el bienestar de la persona no solo enferma sino que además nos encargamos de evaluar la calidad de los cuidados y las recomendaciones para reforzar el autocuidado. Teniendo de plataforma la

¹⁰ IDEM 8, pág. 19

aplicación de un modelo teórico, el entender que la enfermera debe llevar un método dentro de su disciplina y hacer práctico no ha sido del todo aceptado científicamente, sin embargo ha sido realizado con el paso del tiempo de manera empírica, aunado a esto podría decir que el proceso enfermero es aquel aplicado en el paciente que cursa enfermedad desde el inicio de su padecimiento, el transcurrir de él y su desenlace en vida óptima o muerte, para que a través de sus etapas (Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación) facilite a bien su progreso a desenlace con la vida o el fortalecimiento y reincorporación a actividades cotidianas, recuperando así el orden y función adecuados en su sistema.

Boaventura et al (2010) en su artículo “Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería” menciona que: “El PE es una actividad profesional específica que demanda una serie de acciones interrelacionadas fundamentada en el conocimiento técnico-científico y los valores histórico-culturales del profesional enfermero. Actividades inherentes y exclusivas de la profesión son consideradas partes del PE como las acciones e intervenciones de enfermería (Planificación e Implementación de Enfermería), teniendo como base el estudio de las necesidades humanas específicas (diagnósticos de Enfermería), para el alcance de resultados (resultados de Enfermería)”.¹¹

En todo caso la implementación de este proceso se ha dado desde tiempos remotos es por ello que lo redactado con anterioridad es el resultado de la evolución en la aplicación empírica del proceso donde se contenían los elementos para desarrollarlos de manera trifásica muy diferente a lo que ahora conocemos, sin embargo hay que reconocer que el tiempo toma partida en los avances sobre este proceso y con el pasar de los años el conocimiento y aplicación de este refuerza aquello que no se identificaba como objeto de estudio.

¹¹ Reina NC. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Redalyc [Internet] 2010 [consultado el 21 de Oct de 2018] 17 (1) pág. 18-23 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

4.5.2 ETAPAS DEL PROCESO

-Valoración

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta. Es el primer paso que se debe realizar; puesto que todo el plan de cuidados se basa en los datos recogidos; es muy importante que la información obtenida del paciente, familia, historia clínica, etc., sea validada, completa y esté bien organizada. Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- a) Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona), permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.
- b) Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial, cuyo objetivos son:
 - recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
 - Realizar revisiones y actuaciones del plan.
 - Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- a) Valoración General, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- b) Valoración Focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.
- c) Valoración urgente, se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente. Su objetivo es identificar problemas que amenazan la vida.

-Diagnóstico

Indica problemas reales y potenciales del paciente. Describe la respuesta humana a problemas de salud, describe problemas reales o potenciales. Es un problema que refleja un juicio de enfermedad que procede de la valoración y se refiere a afecciones que pueden ser tratadas de forma independiente.

La NANDA-I recomienda el uso del formato PES, que consta de tres partes, correspondientes a:

P (Problema), E (Etiología), S (Signos /Síntomas).

-Planificación:

Consiste en la elaboración del plan de cuidados para lograr los objetivos esperados, mediante el establecimiento de prioridades, formulación de objetivos y determinación de actividades, identificar las posibles soluciones, establecer patrones de evaluación, determinar las acciones necesarias o estratégicas y brindar información al resto del equipo.

-Ejecución:

Es la puesta en marcha del plan de cuidados. Las actividades o intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico, espiritual así como fomentar, conservar y restaurar la salud.

-Evaluación:

Es un proceso de identificación del progreso dirigido hacia la consecución de objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración de estado del paciente al comparar la situación real con los objetivos que se habían fijado previamente. Sólo se dará por concluido el proceso clínico cuando

se hayan cumplido todos los objetivos, asegurando de esta manera el hecho de proporcionar a los pacientes unos cuidados de calidad.¹²

4.6 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

4.6.1 CONCEPTO

La VGI se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos con los cuales afrontarlos.¹³

4.6.2 VALORACIÓN EN EL ANCIANO

Para que la valoración sea útil, se debe establecer un plan de seguimiento evolutivo que constate los beneficios de la aplicación de los determinados planes o tratamientos instaurados, aunado a esto se puede decir que la VGI es el mejor instrumento del cual se dispone para la correcta atención geriátrica tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, con resultado positivo en la calidad asistencial.

Al buscar el soporte teórico que ayuda a reforzar el concepto de Valoración Geriátrica Integral en el artículo “El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado” de Nadia Carolina Reyna cita que “Para la adecuada aplicación de este modelo es necesario utilizar métodos “clásicos” (como Historia clínica y exploración física) e instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva. Las Escalas de valoración incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración, además de ayudar a la comunicación y el entendimiento entre los diversos profesionales que atienden al paciente. Se distinguen como pilares fundamentales en el proceso de valoración que consideran las características descritas con anterioridad en los

¹² Arribas Chachá Antonio, et al., (2016). FUDE Observatorio de Enfermería. Valoración de Enfermería estandarizada. Madrid. 11-14pp. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf

¹³ IDEM 12, pág. 20-22

adultos mayores: valoración clínica, funcional, afectiva y cognitiva, psicosocial y nutricional.”¹⁴

La valoración geriátrica integral (VGI) se ha consolidado como una herramienta que, junto con la historia clínica de la persona adulta mayor, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, de capacidad mental, la nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia, lo cual permite diseñar estrategias de intervención. Asimismo, nos hace recordar que la atención multidisciplinaria es un camino centrado en el cuidar, donde las actividades que se realizan están orientadas a mantener la salud, controlar los factores de riesgo presentes; tienden a conservar la autonomía de la persona, y a mantener y mejorar la funcionalidad física, psicológica, social y familiar.

He considerado que si a la brevedad durante el proceso de envejecimiento, se realiza una VGI marca el inicio de hacer planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida en forma global, produciendo en consecuencia mayor éxito de las intervenciones ejecutadas.

Dhyver (2017), ha determinado que un paciente geriátrico es aquel que reúne 3 o más de los siguientes criterios:

1. Edad superior a los 60 años de edad (algunos consideran más de 75 años debido a las expectativas de vida de cada país).
2. Presencia de múltiples patologías relevantes.
3. Presencia de enfermedad que posee características incapacitantes.
4. Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental.
5. Problemática social relacionada con su condición de salud.

Cabe mencionar que al interpretar la idea de Dhyver sobre estos criterios resalta la atipicidad característica en la población perteneciente a este grupo etario, en los últimos 3. Aunque a simple vista podría interpretarse que no son criterios de exclusividad en el anciano y pudieran ser característicos de otros grupo vulnerables.

¹⁴ IDEM 12, pág. 23-25

Además Dhyver (2017) propone lo siguientes objetivos de la VGI:

1. Mejorar la exactitud del diagnóstico (contempla áreas clínicas, funcionales, mentales y sociales).
2. Identificar problemáticas relacionadas no diagnosticadas previamente.
3. Establecer un manejo integral (cuádruple) adecuado y adaptado a las necesidades particulares de la persona.
4. Mejorar la funcionalidad física y mental, con mediciones objetivas.
5. Mejorar la calidad de vida.
6. Conocer y reconocer los recursos del paciente y su entorno social, accesibilidad a las actividades que promuevan la salud.
7. Situar al paciente en el nivel médico social adecuado a sus necesidades. Para determinar qué profesionales de la salud deben involucrarse.
8. Reducir ingresos hospitalarios e institucionales, manteniendo en el hogar las mejores condiciones de vida para el paciente.
9. Determinar la situación actual del cuidador, su actividad y problemas.

Esto nos lleva a tener una serie de metas claras y precisas:

1. Generar nuevos diagnósticos, reconociendo problemas antes no considerados.
2. Al egresar, obtener mejores resultados con base en la evaluación del estado funcional y evaluación cognitiva/afectiva.
3. Disminuir los días de estancia en instituciones de salud.
4. Disminuir costos de atención médica, reducir el número de medicamentos al manejar la intervención multidisciplinaria.
5. Mejorar la calidad y supervivencia del paciente. ¹⁵

En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han integrado

¹⁵ Carlos D'Hyver de las Desesa, Valoración Geriátrica Integral, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [internet] 2017 [consultado 06 Febrero 2020]; 60 (3): pp. 39 -40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>

síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc., esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario.

La exploración física no difiere de la que se realiza en un adulto. Se inicia con la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración. Se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y se consignan peso y talla).

Aunado a esto Dhyver sugiere hacer una revisión topográfica, donde en el anciano resalta:

- Cabeza: evaluación de arterias temporales, boca (estado dental, prótesis, micosis, tumoraciones), ojos (capacidad visual y presencia de cataratas, entropión y ectropión), capacidad auditiva.
- Cuello: presencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, soplos, rigidez cervical.
- Tórax: auscultación cardíaca, pulmonar, palpación de mamas en la mujer y presencia de deformidades en columna (xifosis dorsal).
- Abdomen: igual que el adulto (inspección, palpación, percusión y auscultación).
- Tacto rectal: en busca de hemorroides, impacto fecal y revisión prostática en el hombre.
- Extremidades: fuerza y tono muscular, presencia de pulsos y reflejos, y búsqueda intencionada de edema o deformidades articulares (incluyendo dedos de los pies)
- Neurológico: Trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia, equilibrio, marcha, sensibilidad.
- Piel: lesiones tróficas, úlceras, tumoraciones.¹⁶

¹⁶ IDEM 15, pp. 41

En el artículo de Domínguez Ardila “Valoración Geriátrica Integral”, cita que: “La importancia de la valoración geriátrica integral nos brinda la información necesaria para realizar correctamente intervenciones.” Por ejemplo, si el paciente tiene una demencia severa, básicamente interactuaremos y orientaremos a la familia; debemos conocer el estado funcional de la persona para que la familia organice los cuidados y no se genere un desgaste inapropiado. Esto implica conocer a la familia, sus fortalezas y debilidades, para ofrecerle la información pertinente y entrenarla en el cuidado de su familiar, y que de acuerdo a sus preferencias se definan los objetivos del cuidado, tanto en el aspecto de las decisiones avanzadas, como sobre el manejo de las patologías médicas, ya que serán los familiares quienes, bajo la orientación médica, decidirán qué se va a priorizar: el mantenimiento de la calidad de vida o prolongar la vida.¹⁷

Finalmente, la valoración geriátrica integral no debe ser solo un listado de problemas, riesgos y déficits; necesariamente debe incluir y promover los aspectos positivos de la salud de la persona mayor, no solo en el ámbito físico, como darle la seguridad y confianza de que no tiene una enfermedad física grave o incapacitante y que, por tanto, sus problemas no deberían afectar su calidad de vida y que puede ser una persona útil a su familia y a su comunidad, sino también los aspectos mentales y anímicos, que son fortalezas que pueden ayudar decisivamente a la prevención o a la recuperación del daño. Se debe resaltar que cuando se dispone de buenas condiciones familiares y de actividad, de ocio o tiempo libre, de ayuda a la familia o voluntariado e incluso laborales, estas van a permitir que la persona mayor disfrute de su tiempo y experimente un envejecimiento activo, saludable; incluso, exitoso.¹⁸

¹⁷Domínguez-Ardila Ángela María, García-Manrique Juan Gabriel, Valoración Geriátrica Integral, Medicina, (2014), Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia. Bidiunam, volumen 21 número 1, pp.21

¹⁸ Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (2) [Internet] consultado el 04 Abril 2019 disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/321-327>

4.7 DESCRIPCIÓN DE ESCALAS GERIÁTRICAS

4.7.1 VALORACIÓN CLÍNICA

El cimiento fundamental de conocimiento en esta esfera es la historia clínica y la exploración física especialmente en la persona adulta mayor, debido a que las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han agregado síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc., esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario. Además hay que recordar que el propio envejecimiento fisiológico eleva la incidencia de enfermedades y éstas repercuten en aspectos funcionales, lo que favorece la incapacidad.

Para la correcta identificación de un estado nutricional en deficiencia u óptimo contamos con una herramienta de tamizaje predictivo que sirve de auxiliar para la detección del síndrome Geriátrico de Malnutrición.

- MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) (Ver anexo 1)

El objetivo de esta escala es establecer si existe desnutrición mediante la aplicación del instrumento. Dicho instrumento está conformado por 18 preguntas, de las cuales 6 pertenecen al tamizaje y 12 a la confirmación. La puntuación va de 0.0 a 30 con un máximo de 30 puntos en total: 14 para el tamizaje y 16 para la confirmación de desnutrición. Cabe destacar que hay dos líneas de corte uno en el tamizaje y otro en el estudio. La línea de corte en el tamizaje es 12 teniendo en consideración de importancia que al obtener esta cifra no se continúa con el estudio.

Recoge índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Clasifica al individuo en bien nutrido, riesgo de mal nutrición o malnutrido. Su realización es simple; toma menos de 15 minutos. La puntuación máxima es de 23 a 30 puntos; los diferentes diagnósticos del estado de nutrición se presentan mediante la puntuación: <17 puntos: desnutrición, 17-23.5: riesgo de desnutrición, ≥24 puntos: estado nutricional adecuado.

4.7.2 VALORACIÓN FUNCIONAL

Nos permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria básicas (AVDB), que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) (que son las actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero), y algunos consideran las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) (aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso). A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales.

-ÍNDICE DE KATZ (Ver anexo 2)

El índice de actividades de la vida diaria de Katz es uno de los más estudiados y validados. Considera 6 puntos:

- Baño. • Vestirse/desvestirse. • Uso del retrete. • Movilidad. • Continencia.
- Alimentación.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas:

Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto. Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos. ¹⁹

Existen dos formas en que puede evaluar el índice de Katz, la forma original cualitativa y la forma numérica. La forma original, propuesta por los desarrolladores de la herramienta, asignaba una letra de la A a la H de acuerdo con las actividades que se encontraban afectadas en el adulto mayor. Esta forma de evaluación es confusa, sobre todo en el personal de salud que no está familiarizado con la herramienta, además de dificultar la interpretación de los cambios en las evaluaciones subsecuentes. La forma numérica asigna un punto como máximo a

¹⁹ IDEM 15, pp. 41

cada una de las actividades en las que el adulto mayor es independiente, mientras que si requiere asistencia para alguna de ellas, de acuerdo con los posibles escenarios, no se le asignará puntos. Se puede obtener una puntuación máxima de 6 puntos, considerando independiente o con pérdida de la autonomía al paciente con 0 puntos.

-LAWTON Y BRODY (Ver anexo 3)

Para las AVDI, el índice de Lawton y Brody⁶ toma información de 8 ítems:

- Usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transporte.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

Tiene una puntuación dicotómica que varía entre 0 y 8 puntos, a mayor puntuación, mayor independencia. Existen muchas otras escalas y cada persona o centro deberán seleccionar la que más se adapte a sus actividades. Es importante utilizar siempre la misma para poder comparar resultados entre pacientes y como estadística del mismo centro.²⁰

Cuando los varones evaluados requieren asistencia para la preparación de alimentos. La limpieza de su domicilio o el lavado de la ropa, se deberá interrogar si en etapas previas de su vida fue responsable de realizar dichas actividades o jamás las realizó por el contexto cultural donde vivió. Se asignará un punto a cada una de las actividades en que el paciente no requiera de asistencia. Existen distintos escenarios para cada una de las actividades con las cuales el personal de salud puede decidir si considere independientemente o dependiente en cada una de ellas al adulto mayor, se puede obtener una puntuación máxima de 8 puntos, siendo independiente el adulto mayor con 8 puntos y dependientemente el paciente con 0 puntos.

-ESCALA DE ROSOW BRESLAU MOVILIDAD (Ver anexo 4)

Publicada en 1966 por Rosow y Breslau, esta herramienta pretende detectar la limitación para realizar una serie de actividades cotidianas que se pueden

²⁰ IDEM 15, pp. 42.

asociar con dependencia funcional y desarrollo de discapacidad en los adultos mayores en comunidad. Las actividades evaluadas son la capacidad para recorrer 500 metros sin asistencia y sin detenerse; la capacidad de subir y bajar escaleras para llegar a otro piso sin asistencia; y la capacidad para realizar trabajo en casa ejemplificado, como el lavar las paredes o realizar actividades de jardinería. Forma de aplicación: aunque fue diseñada para autoaplicación, es recomendable que sea aplicada por el personal de salud. Requiere de la participación del adulto mayor, sus cuidadores y familiares, particularmente en aquellos pacientes con deterioro cognitivo o funcional importante. Se les cuestionará si pueden o no realizar cada una de las actividades sin requerir asistencia. En caso de requerir asistencia en alguna de ellas, es recomendable indagar los motivos.

Interpretación: se le asigna un punto por cada una de las tres actividades que pueda realizar de forma independiente, con un máximo de tres puntos en total para la escala, considerándose con bajo riesgo de alteraciones en la movilidad si logra los tres puntos o con alta probabilidad de alteraciones serias en la movilidad si no logra obtener ningún punto (cero puntos). Esta no es una escala cuantitativa continua, por lo que se debe especificar en el expediente del paciente cuál de las actividades se encontraba afectada y por qué motivo requería de asistencia, para poder ser comparado con evaluaciones previas o futuras. En el cuadro 4 se encuentra un formato para la aplicación de esta escala.²¹

-ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD) (Ver anexo 5)

Muestra como objetivo el establecimiento de la capacidad funcional física del individuo a través de actividades de la vida diaria. Está integrado por nueve actividades físicas que valoran la flexibilidad, elasticidad, fuerza y resistencia del aparato musculo esquelético. La puntuación va de 1 a 5, con un máximo de 5 puntos. Cada actividad se califica con 1 si ésta es realizada.

²¹ Organización Panamericana de la Salud, Módulos de Valoración Clínica, Evaluación Funcional del Adulto Mayor, (2015) pp 32-45 [Internet] Consultado el día: 31 de Marzo 2019. Disponible en: <https://es.slideshare.net/yoshuazapata/evaluacion-funcional-adulto-mayor>

Las preguntas del cuestionario están divididas en 9 actividades: 1° extender los brazos por debajo de los hombros (elasticidad); 2° extender los brazos por arriba de los hombros (elasticidad); 3° levantar objetos de un peso menor de 5 kg (fuerza y resistencia); 4° permanecer sentado por más de una hora; 5° tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos (fuerza y resistencia); 6° permanecer parado por más de 15 minutos; 7° Mover objetos grandes (fuerza y resistencia); 8° levantar objetos de un peso mayor de 5 kg (fuerza y resistencia) y 9° agacharse y arrodillarse (flexibilidad). Para su calificación existen dos opciones, cualitativa y cuantitativa: en la primera opción se debe especificar la (s) actividad (es) en la que el individuo es capaz de realizarlo sin dificultad, con dificultad, o no es capaz de realizarlo, no existe línea de corte es una evaluación descriptiva, a pesar de que exista ponderación.

4.7.3 VALORACIÓN COGNITIVA

La parte cognitiva depende de muchos factores, entre otros están los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona (hipertensión, diabetes, problemas tiroideos, etc.), los factores de riesgo para las distimias del anciano y, la más frecuente, la depresión. La prevalencia de problemas en la esfera mental es muy grande, cerca del 25% de las personas sufren de algún trastorno psiquiátrico, y se suma un porcentaje similar de problemas demenciales a los 80 años de edad (20% sufren de demencias); este tipo de problemas conlleva a la aparición de una gran cantidad de síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impacto fecal, úlceras de decúbito). Todo nos lleva a tener que evaluar el compromiso en esta área, ya que desde el hecho de hacer un diagnóstico hasta el de dar indicaciones terapéuticas tendrán como base la comprensión por parte del paciente o de su cuidador-familiar.

- MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE) (Ver anexo 6)

Es una prueba de tamizaje que valora la orientación temporoespacial, la memoria reciente y la fijación de la misma, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis. Una puntuación por abajo de 24 indica deterioro cognitivo, aunque se debe recordar que se ajusta en función de la escolaridad. La puntuación entre 30 y 27 tamiza sin deterioro cognitivo, entre 26 y 25 tamiza dudoso o posible deterioro,

entre 24 y 10 tamiza demencia leve a moderada, entre 9 y 6 tamiza demencia moderada a severa, menos de 6 tamiza demencia severa.²²

-PRUEBA DE DIBUJO DE RELOJ (Ver anexo 7)

Esta prueba fue desarrollada originalmente para la evaluación de habilidades visuo-constructuales. Sin embargo las funciones cognitivas evaluadas son: Memoria a corto plazo, Memoria semántica, Capacidad de abstracción, Síntesis visuoespacial, Proceso hemiatencionales, Capacidad de planear, organizar, secuenciar y verificar (funciones ejecutivas).

Al tamizar en el paciente esta prueba se pueden encontrar errores comunes pero sugerentes a enfermedad de Alzheimer como: a) errores conceptuales: el dibujo no parece reloj, ni parecen manecillas, dirigir manecilla minuterero hacia el 10 en lugar del 2 (escribir 20 en lugar de dirigir manecilla al 4); b) errores espaciales: círculo pequeño, números fuera del círculo, amontonados en un lado; c) errores perseverativos: secuencia numérica más allá del 12, más de dos manecillas, repetición de números.

En deterioro vascular los errores comunes se dan en funciones ejecutivas: a) gráficos: círculo pequeño o líneas difusas y números ilegibles; manecillas no diferenciadas por tamaño, intentos de corrección; b) dificultades de espaciamiento de números. El punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 6, se considera positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad, especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9. Por lo tanto se considera el test como positivo si el valor de la suma de las 3 (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las

²² IDEM 15, pp.44.

puntuaciones es superior a 8. El punto de corte de mayor eficacia del test de reloj a la orden más el test de reloj a la copia es de 15 (TRO +TRC= 15).²³

4.7.4 VALORACIÓN EMOCIONAL

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; puede encontrarse en 20% de los hombres y hasta en 40% de las mujeres, y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida. El diagnóstico aparece muchas veces en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, labilidad emocional, anergia, anhedonia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas.

-GDS (YESAVAGE) (Ver anexo 8)

Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la Escala de Depresión de Yesavage¹¹⁻¹², que comprende 30 ítems; existe una versión corta de 15 ítems, que es la más recomendada para tamizaje. Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en 5/6: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión.²⁴

4.7.5 VALORACIÓN SOCIAL

A pesar de que la valoración se considera parte de la labor de una trabajadora social, se debe considerar algunos aspectos para conocer la relación del adulto mayor con su entorno. Los aspectos relacionados con el hogar y la familia deben considerarse en el plan de cuidados y atención. ¿Qué debemos conocer?

- Estado civil (casado, viudo o divorciado, soltero).
- ¿Tiene hijos?, en su caso cuántos y si vive cerca de ellos.
- ¿Con quién vive?
- ¿Tiene familiares, amigos, vecinos?, y con qué frecuencia los ve.
- Cómo es el domicilio donde vive.
- ¿Hay escaleras o elevador?
- ¿Precisa algún tipo de ayuda en su cuidado?
- ¿Quién es la persona que le ayuda preferentemente, y si ésta tiene un problema de salud?
- ¿Tiene ayuda informal?

²³ Mimenza Alvarado Alberto, Aguilar Navarro Sara, Guía Práctica de Demencias primera edición, México DF. (2013).

²⁴ IDEM 15, pp.44-46

Lo anterior da una idea de cómo ayudar a la persona, con quién se cuenta, o de la necesidad de buscar una institución que brinde el apoyo necesario para mantener una calidad de vida lo más cercana al ideal de la persona.

-ZARIT &ZARIT (Ver anexo 9)

Cuando exista algún grado de dependencia del adulto mayor y éste cuente con un cuidador primario, es necesario valorar si se encuentra en buen estado para continuar con el apoyo, ya que la sobrecarga de trabajo que reciben –tanto física como mental– puede inducir al maltrato; identificar que exista una sobrecarga es importante para que, en caso de existir, se tomen las medidas generales y, en caso de no existir, continuar con el plan terapéutico. La escala nos ayuda a identificar estos casos cuando se tamiza se evalúa la sobrecarga del cuidador de acuerdo con su percepción de las circunstancias. La puntuación va de 0 a 4. Las respuestas se presentan en una lista de afirmaciones, categorizadas como “nunca”, “rara vez”, “algunas veces”, “bastantes veces” y “casi siempre”, las cuales reflejan la percepción cómo se siente la persona que cuida a otra persona. LA línea e corte es 46; si el resultado es igual o mayor a 47 es probable que la persona presente sobrecarga del cuidador.²⁵

V. MARCO TEÓRICO

5.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LOS CAMBIOS EN LA RESPIRACIÓN.

El sistema Respiratorio del anciano sufre modificaciones según van pasando los años, fundamentalmente en su función, al igual que otros órganos y sistemas. Las modificaciones musculo esqueléticas, que ocasionan alteraciones en la columna y tórax, el contacto continuo con las sustancias nocivas del ambiente, la reducción de la función pulmonar unida a la disminución de eficacia de otros mecanismos inmunológicos, neurológicos, etc., van a propiciar la presencia de problemas

²⁵ Muñoz Silva Carolina. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención primaria en Chile. Rev Med Chile 2015;143-612-619 [Internet] Consultado el día 18Marzo 2019 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>

relacionados con la respiración y el aumento de la vulnerabilidad de a estos procesos en la vejez.

Los cambios que se producen con el paso del tiempo se manifiestan de forma bastante constante en las vías respiratorias superiores, entre los cuales cabe destacar:

- En la nariz se presentan modificaciones en el tejido conjuntivo, lo que puede dificultar el paso del aire al desviarse el tabique nasal.
- Se reduce la secreción nasal por la pérdida de eficacia de los cilios, se enlentece la capacidad de excreción del moco.
- Disminución del reflejo de la tos, lo que dificulta el intercambio gaseoso.
- Disminución de la capacidad de distensión de los músculos que intervienen en la respiración, dificultando una respiración eficaz.
- En la tráquea se produce un endurecimiento debido a la calcificación del cartílago.
- Los pulmones se reducen en tamaño y peso.
- Los alveolos pulmonares son menos elásticos, se reducen y desarrollan tejido fibroso y hay menos capilares funcionales.

Por todo ello la persona anciana tiene una mayor prevalencia de enfermedades respiratorias que en el adulto más joven.²⁶

5.2 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

5.2.1 CONCEPTO

La organización mundial de la Salud (2009) ha definido a la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La NAC es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla

²⁶ García López M^a Victoria, Rojas Ocaña M^a Jesús, Enfermería del anciano, 2017, DAE, pp.163- 182, (internet) consultado el 29 de abril 2019 disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/617/183/#zoom=z>

en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.²⁷

5.2.2 ETIOLOGÍA

Las personas mayores son especialmente propensas a contraer una neumonía, sobre todo si concurren una serie de circunstancias: la presencia de EPOC, insuficiencia cardíaca, neoplasias pulmonares, infecciones respiratorias, etc. Otra causa importante la constituye el propio proceso de envejecimiento, con la disminución de eficacia de los reflejos de la deglución y del tusígeno, que favorece la aspiración, especialmente durante el sueño.²⁸

Los agentes etiológicos van a ser diferentes dependiendo del lugar de adquisición:

- Neumonía adquirida en la comunidad o medio inmediato del anciano, en la que el agente etiológico más frecuente es el neumococo en un 50 – 60% de los casos.
- Neumonía hospitalaria y en centros de larga estancia, donde los responsables son los bacilos gram(-) en un 40-60%, seguidos de los anaerobios en un 35% y el neumococo, que solo es productor en un 20%.²⁹

5.2.3 EPIDEMIOLOGÍA.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa respiratoria aguda con una incidencia que oscila entre 3 y 8 casos por 1.000 habitantes por año. Esta incidencia aumenta con la edad y las comorbilidades. El 40% de los pacientes con NAC requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10% necesitan ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La mortalidad global de la NAC alcanza el 10%, aunque la mortalidad de la NAC que requiere hospitalización parece haber disminuido en los últimos años.

²⁷ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos Secretaría de Salud 2009. [Internet] consultado el 29 abril 2019, disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

²⁸ Prevención, diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

²⁹ IDEM 26 pág. 173.

Hay pocos estudios poblacionales que evalúen su incidencia, pero se estima que puede oscilar entre 1,6 y 13,4 casos por 1.000 habitantes/año, dependiendo del área geográfica analizada, y con cifras más elevadas en varones y en grupos de edad en ambos extremos de la vida.³⁰

El Universal publicó el 13 de Noviembre del 2017 que en lo relacionado a la Neumonía la subdirección de atención Médica de Neumología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Ismael Cosío Villegas señala que las neumonías representan la tercera causa de morbilidad (entre el 20 y el 35% de los casos atendidos por año), así como de mortalidad en la misma institución.

De igual forma, se señala que en el INER entre 2010 y 2016, se observa una concentración de casos graves de neumonía en la población entre 40 y 60 años de edad.³¹

5.2.4 ATIPICIDAD FISIOLÓGICA EN EL ANCIANO

En el paciente anciano es común que, en lugar del cuadro típico de Neumonía, esta se manifieste de forma insidiosa y atípica, con una sintomatología inespecífica.

Puede aparecer:

- Fiebre no demasiado elevada (en ocasiones es posible se presenten picos febriles, sobre todo a última hora de la tarde) y escalofríos.
- Alteración en el nivel de conciencia (Delirium)
- Leucocitosis o leucopenia, debilidad, anorexia.
- Cianosis en los labios y lechos ungueales, aunque es un signo que en ocasiones puede estar enmascarado.
- Disnea, taquipnea, taquicardia, etc.³²

³⁰ IDEM 28 pág.7.

³¹ Neumonía. Una de las primeras causas de atención de salud en México. El Universal, 13/11/17. Ciencia y Salud. Salud

³² IDEM 26. pág. 173

5.2.5 FISIOPATOLOGÍA

Los componentes anatómicos, mecánicos e inmunológicos del sistema respiratorio logran mantener estéril el tracto respiratorio inferior, pero cuando un agente infeccioso lo invade por proceso respiratorio, se prolifera una combinación de factores tales como un inóculo bacteriano muy grande, demasiado virulento o también puede generarse por un déficit del mecanismo de defensa.

Los microorganismos llegan a las vías respiratorias bajas, en diversas formas, la más frecuente es la aspiración desde la orofaringe, entonces, cuando los microorganismos llegan a los alveolos por inhalación, su mecanismo de defensa esta suprimido por el agente invasor, los macrófagos alveolares tratan de proteger al organismo de la infección a través de las proteínas locales (proteínas A y D de las sustancias tensioactivas) que poseen actividad antibacteriana o antivírica. Cuando es rebasada la capacidad de los macrófagos alveolares para fagocitar los microorganismos, se manifiesta la NAC.

Cuando hay complicaciones la respiración se ve comprometida en forma característica provocando grados variables de hipoxemia relacionada con el desarrollo de alteraciones ventilación-perfusión cuyas manifestaciones son consecuencia de la respuesta inflamatoria local, la reacción sistémica a la infección y las enfermedades asociadas.³³

5.2.6 NEUMONIA MULTIFOCAL

El proceso de enfermedad presente en la paciente en estudio esta catalogada como una entidad nosológica derivada de la NAC por lo que la información emitida en nuestro país es escasa para lograr clasificarla; la paciente fue sometida a tamizajes que sugieren la causa, uno de ellos fue reflejada a través de estudios de imagenología para la correcta identificación, como lo menciona Báez-Saldaña et al (2013) en su artículo: *Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica* cuya emisión es:

³³ Báez-Saldaña Renata et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica, 2013 Neumol Cir Torax, Vol. 72, Suplemento 1, pp 17-18. disponible en: <http://www.medigraphic.com/neumologia>.

“Los patrones radiográficos básicos de neumonía en el paciente inmunocompetente incluyen consolidación lobar (no segmentaria), **bronconeumonía (neumonía lobular)** y neumonía intersticial. El patrón radiográfico es sólo una orientación, ya que hay una gran variación por los diferentes microorganismos que pueden causar la neumonía y por otros factores como enfermedad subyacente. Aunque los hallazgos radiográficos de neumonía no permiten establecer el diagnóstico etiológico, el diagnóstico diferencial sí es posible conociendo el tipo de afección radiográfica. El *Streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico que con más frecuencia produce consolidación lobar completa. La bronconeumonía ocurre con más frecuencia cuando el mecanismo de la infección es por aspiración de secreciones de una tráquea colonizada. Este tipo de neumonía es típicamente **multifocal** y centrada en las vías aéreas periféricas. Las opacidades radiográficas son habitualmente heterogéneas y se distribuyen a lo largo de las vías aéreas. Las opacidades se tornan más homogéneas conforme la infección progresa y las causas más frecuentes son debidas a microorganismos como por *S. aureus* y *H. influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* y otras bacterias Gram negativas mismas que posiblemente colocaron en vulnerabilidad a la paciente por no realizar prevención a través de la vacunación. Este tipo de afección ocurre cuando los microorganismos infectantes que se depositan en el epitelio bronquial producen inflamación bronquial con ulceración y formación de exudado fibrinopurulento, esto facilita la diseminación a través de las paredes de la vía aérea seguido de los lobulillos contiguos”.³⁴

5.2.7 ABORDAJE

En el abordaje del tratamiento en un paciente con neumonía adquirida en la comunidad es fundamental considerar los siguientes elementos: la presencia o ausencia de comorbilidad, la gravedad de la enfermedad al momento de la presentación y la necesidad de hospitalización o ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Una vez considerados dichos elementos se procede a elegir el esquema antibiótico más apropiado para el caso particular. En el caso de la persona adulta mayor el tratamiento empírico debe orientarse hacia la neumonía neumocócica con

³⁴ IDEM 33 pág.16

bacteremia y también hacia la infección por *H. influenzae*, bacilos entéricos Gram-negativos o infección grave por *Legionella* o *Chlamydia*. Las recomendaciones de tratamiento para este grupo de pacientes son: beta lactámico: amoxicilina 1 g c/8 horas o cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima 1 g c/6 horas, ceftriaxona 1-2 g c/24 más macrólido (claritromicina 500 mg c/12 horas o azitromicina 500 mg c/24 horas), otro esquema puede ser amoxicilina-ácido clavulánico 1,000/200 mg c/8 horas más macrólido. Otra alternativa de elección es monoterapia con fluoroquinolona respiratoria (moxifloxacino 400 mg c/24 horas o levofloxacino 750 mg c/24 horas). El tiempo de tratamiento es de 10 a 14 días.³⁵

5.2.8 ABORDAJE ADYUVANTE

La guía de Práctica clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos (2009). Evidencias y recomendaciones, en su apartado Tratamiento Farmacológico menciona: “una saturación de oxígeno por debajo de 94% en un paciente con NAC es un factor pronóstico y una indicación de oxigenoterapia.”³⁶

Más allá del tratamiento antibiótico, otras medidas bien conocidas son necesarias para el tratamiento de la neumonía en el anciano: la rápida instauración de la oxigenoterapia y su control clínico con fármacos inhalados como Salbutamol o Bromuro de Ipratropio, la correcta hidratación y nutrición de los pacientes, la profilaxis del tromboembolismo, la toracocentesis en los derrames pleurales significativos, el drenaje de los empiemas, el tratamiento del shock séptico o la indicación de ventilación mecánica.³⁷

El tratamiento con corticoides en los pacientes ingresados es motivo de debate ya que existen estudios con resultados contradictorios. Parece que en la mayoría de los casos ayudan a acelerar la resolución de los síntomas, especialmente en

³⁵ IDEM 33 pág. 32

³⁶ Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos. Evidencias y recomendaciones [Internet] Consultado el día 15/11/18 disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf

³⁷Olga H. Torresa, Eva Gilb, Cristina Pachob, Domingo Ruiza, Actualización de la neumonía en el anciano, 2013, Revista Española de Geriátría y Gerontología, Vol. 48. Núm. 2. Páginas 72-78 [internet] Consultado el día: 04 septiembre 2019 disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12001540>

neumonías graves o cuando se desarrolla insuficiencia respiratoria. Si se considera su utilización, debe valorarse el equilibrio riesgo-beneficio en cada paciente, iniciarse en las primeras 12h de tratamiento y vigilar el perfil glicémico. Como ejemplo, algunas pautas con resultados beneficiosos son: bolus de dexametasona de 5mg durante 4 días o prednisolona 40mg/d iv en dosis única durante 3 días.

La movilización precoz de los pacientes ingresados desde el primer día de ingreso (sentar a los pacientes fuera de la cama un mínimo de 20min y aumentar diariamente la movilización de forma progresiva) demostró disminuir la estancia hospitalaria en un estudio aleatorizado.

Las técnicas de fisioterapia respiratoria se dividen en 2 tipos básicamente: técnicas facilitadoras de la expectoración y ejercicios respiratorios. Las primeras están indicadas en procesos hipersecretorios, en las alteraciones de las propiedades del moco, disfunción ciliar y alteraciones del mecanismo de la tos, para mantener la vía aérea libre de secreciones. En los pacientes con EPOC su aplicación rutinaria no suele ser necesaria, pero sí son útiles en pacientes con abundante producción de secreciones o en caso de reagudización. Técnicas de la respiración como de labios fruncidos y los ejercicios respiratorios diafragmáticos, aunque populares entre los pacientes, no son rutinariamente recomendados porque no han demostrado tener efectos beneficiosos sobre la disnea. La respiración diafragmática tiene el inconveniente de que aumenta el trabajo respiratorio y en gran parte de los pacientes no llega a automatizarse o es usada sólo temporalmente. Sin embargo la Terapia ocupacional Facilita la transformación de las mejoras fisiológicas alcanzadas con la RR (rehabilitación respiratoria), en beneficios relevantes en las actividades de la vida diaria, lo que es crucial para el éxito final del programa. Incluye entrenamiento funcional de las actividades de la vida diaria, estrategias para la conservación de energía y uso de ayudas para deambulación. Recientemente, se ha demostrado que el uso de un andador para pacientes muy severos aumenta la capacidad ventilatoria y la eficiencia al caminar.

La prevención, detección precoz y tratamiento de las complicaciones cardíacas en los ancianos con neumonía requiere especial atención. Se han descrito en el 2% de

los pacientes ambulatorios y el 26,7% de los ingresados (19,2% insuficiencia cardíaca, 9,5% arritmias y 7% infarto agudo de miocardio), en una tercera parte de los casos en pacientes sin antecedentes cardiológicos. Se presentan generalmente en la primera semana tras el diagnóstico de neumonía y en más de la mitad de los casos en las primeras 24h. Como la clínica se solapa puede ser difícil su identificación y ser precisa la utilización de biomarcadores para el diagnóstico (péptido natriurético o marcadores de lesión miocárdica). El desarrollo de complicaciones cardiacas se asocia independientemente con un incremento del 60% del riesgo ajustado de mortalidad a los 30 días. Por tanto, es importante mantener la alerta ante estas posibles complicaciones y considerar si está indicada la utilización de fármacos como la aspirina o las estatinas que recientemente se han asociado con un mejor pronóstico de la NAC.

La prevención de aspiraciones debe iniciarse en el propio ingreso. Junto a las medidas posturales (elevación de la cabecera de la cama), de consistencia de la dieta y de prevención del reflujo gastroesofágico, cada vez hay más estudios sobre posibles potenciadores del reflejo deglutorio (comida a temperatura $<30^{\circ}\text{C}$ o $>40^{\circ}\text{C}$ o la utilización de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, capsaicina, mentol o incluso el vino tinto y el olor de pimienta negra).

Una correcta higiene oral ha demostrado un nivel de evidencia 1A en la prevención de las NAC: los estudios incluyen pautas de cepillado de dientes y encías durante 2min, 2 veces al día, cepillado de lengua y posteriormente enjuagues con clorhexidina al 0,12%.

Otras medidas preventivas muy importantes son la abstención tabáquica, la vacunación antigripal anual y la antineumocócica. La vacunación antineumocócica ha demostrado su papel en la enfermedad neumocócica invasiva y cada vez disponemos de más resultados que muestran su beneficio, especialmente en la prevención de ingresos por neumonía. Ya disponemos de estudios que confirman

la eficacia y seguridad de revacunar a los ancianos cada 5 años, siendo lo recomendado por las principales sociedades internacionales.³⁸

5.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU COMPORTAMIENTO FRENTE A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS.

México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes. Datos de Ensanut mencionan que en el 2012 la prevalencia en Diabetes fue de 9.2%, esta tendencia creciente concuerda con las proyecciones para prevalencia de diabetes diagnosticada, realizadas por Meza-Rodríguez y colaboradores (2010), a partir de datos de las encuestas nacionales referidas; estimaron que, para 2030, dicha prevalencia alcanzaría de 12 a 18%, y para 2050, de 14 a 22%.

El aumento en la prevalencia de diabetes puede deberse al envejecimiento de la población, al incremento en la prevalencia de la obesidad relacionada con cambios en los estilos de vida (aumento en la densidad calórica de la dieta, reducción en la actividad física), así como a cambios en otros factores relacionados con la diabetes. En México, la diabetes tipo 2 es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas, y es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos. Además, aumenta el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral, y explica 30% de la mortalidad general. Teniendo el conocimiento de estas cifras estadísticas y la relación compartida con el crecimiento poblacional en este grupo etario, es necesario mostrar cómo es que se asocia la Diabetes Mellitus con una infección principalmente respiratoria.³⁹

³⁸ IDEM 36 pág. 29-33.

³⁹ Arredondo López Abel Armando et al. Asumiendo el control de la Diabetes, México, 2016, Fundación Mídete, pp 47 (Internet) consultado el día 30 d abril de 2019, disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf

5.3.1 FISIOPATOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN LA DIABETES MELLITUS

La relación entre infecciones y DM es frecuente, ocasiona un gran coste económico y puede relacionarse con enfermedades concomitantes. Además, es conocido que las infecciones en pacientes con DM pueden ser más graves y pueden evolucionar a sepsis con mayor probabilidad.

A pesar de ello, no se conoce con absoluta certeza por qué mecanismos se produce esta asociación entre DM y las infecciones. Se sugiere que diversos factores específicos del huésped y de los microorganismos están implicados. Por citar algunos:

Alteración de la acción de los polimorfonucleares.

Los polimorfonucleares (PMN) son células con diversas funciones. Tienen un rol defensivo esencial como barrera ante los microorganismos. Los PMN que intervienen con acción defensiva son los neutrófilos (por activación de gránulos) y los macrófagos (por activación de lisosomas), especialmente con la liberación de productos tóxicos para las bacterias mediante el aumento del consumo de oxígeno durante el proceso de la infección (el estrés oxidativo). Se relaciona su disfunción con la aparición de infecciones y con el aumento de las complicaciones de estas. Esta asociación se relaciona con la mayor secreción de interleucina 1, interleucina 6 y factor de necrosis tumoral.

Del mismo modo, se sugieren posibles alteraciones de la correcta actuación de los linfocitos. Así, algunos estudios sugieren que las HbA1c por debajo del 8% no alteran la función de los linfocitos CD4.

Alteración de la función del complemento

La unión de la glucosa al sitio bioquímicamente activo del tercer componente del complemento C3 inhibe la unión de esta proteína a la superficie microbiana y, por lo tanto, perjudica la opsonización (unión de una opsonina a un receptor en la membrana celular del patógeno). La Hiper glucemia genera un factor de inmunosupresión resultado de un aumento en la fagocitosis, produciendo una angiopatía en el paciente con DM. De hecho, se ha sugerido que la alteración de

los PMN en la DM puede ser a consecuencia de la hiperglucemia. Actualmente, parece que la presencia de hiperglucemia asociada a vasculopatía sí altera el correcto funcionamiento de los PMN, pero no ocurre lo mismo si la hiperglucemia se presenta sin alteración vascular previa. Por otro lado, la propia hiperglucemia permite expresar a los gérmenes proteínas que facilitan la adherencia y dificultan la fagocitosis.

5.3.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA DIABETES MELLITUS

Un estudio realizado en Dinamarca (Casqueiro, 2017) ha determinado que los pacientes con DM que ingresan por NAC presentan más mortalidad que los pacientes sin DM, aunque no aumenta el riesgo de complicaciones ni bacteriemia. La hiperglucemia al ingreso es el principal predictor de mortalidad entre los pacientes con y sin DM. Otros estudios confirman que la HbA1c predice el riesgo de padecer neumonía y EPOC en pacientes con DM.

Por lo tanto es conveniente proceder a la vacunación antineumocócica y antigripal estacional en los pacientes con DM. Con las vacunas se reducen las infecciones respiratorias, la duración y frecuencia de hospitalización y las muertes asociadas a infecciones respiratorias en pacientes con DM.⁴⁰

VI. COMPONENTES NORMATIVOS QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA HUMANA.

Desde que inicia nuestra vida a través de nuestra cultura se nos inculca una religión misma que es precedida por nuestras familias de generación en generación, al crecer nos encontramos ante la situación de definir si continuamos en ella o no, si seguimos el camino trazado como nos lo indica el texto Bíblico o bien si creemos o no. En ocasiones hablar de religión es entrar en controversia sobre quien tiene la razón, o quién se equivoca, que tipo de cuestionamientos engrandecen la secuencia lógica y caemos en la necesidad de querer demostrar con evidencias todo el comportamiento y la respuesta humana.

40 Albert Boada Valmaseda, Atención al paciente con diabetes y neumonía en Atención Primaria, 2017;08(01):1-48, [Internet] consultado el 29 abril 2019, disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1495108237.04_casos_dp_8-1.pdf

En lo referente a la paciente que presentaré me gustaría mencionar ante todo que respeto la religión y lo que lleva su creencia por lo que al indagar sobre esto se busca información directa por medio de una entrevista con religiosas, mismas que piden discreción y anonimato para dar a conocer lo que escribiré.

« Nosotras nos damos a la tarea de servir al prójimo en todo lo que se puede, nuestro código de catecismo nos dice que debemos de llevar una vida en Cristo de servicio y amor, las relaciones de amistad, la cooperación en el mismo apostolado y el mutuo apoyo en una vida de comunidad, escogida para seguir mejor a Cristo, son todos ellos otros tantos valiosos factores en el diario caminar»

Por lo tanto al analizar la información dada por las hermanas católicas, se puede decir que la religión juega un papel importante en la respuesta humana. La paciente en este estudio pertenece a una comunidad de religiosas que se rige bajo dogma católico y la disciplina está manifestada por el código de catecismo donde estipulan deberes específicos a cada una de ellas. Por mencionar algunas tenemos:

- Asignación de ministración de fármacos de todas las personas enfermas dentro de la comunidad.
- Instruir clases en nivel básico.
- Realización de tareas domésticas
- Labor en la cocina
- Postula (petición económica en las calles para colecta en beneficio del orfanato).

Además nos mencionan que para la ejecución de actividades de promoción y prevención a la salud no pueden ser impartidas dentro de su comunidad, requieren que las autoridades eclesíásticas lo autoricen debido al apego que se tiene al código, pueden ser aplicadas cuando no se encuentren dentro de la comunidad por ejemplo en hospitales donde los apegos a códigos en salud son diferentes y proveerán de calidad y cuidado para la recuperación de la paciente, siendo disciplinada a la terapéutica propuesta, sin embargo ejercicio y terapias con cuadernillos de estimulación cognitiva son rechazados por el permiso que deben otorgar las autoridades eclesíásticas.

Por lo tanto me permito concluir que la respuesta humana en este caso en específico si esta manifestada por la religión, sus reglas y sobre todo la creencia.

6.1 SÍNDROME GERIÁTRICO: DELIRIUM

Se realiza el abordaje de esta entidad debido a la presencia previa al síndrome clínico de la Neumonía en la paciente días previos a su ingreso a hospitalización. Por lo que se toma lo enunciado por la GPC (2016) como una falla cerebral aguda que se presenta como un repentino decline de la función cognitiva y atención, de etiología multifactorial, con un inicio agudo o súbito en respuesta a estímulos nocivos lo cual arroja datos sobre la reserva cognitiva. En este contexto, el delirium podría ser un marcador de vulnerabilidad cerebral.⁴¹

El DSM V (2018) caracteriza al delirium o síndrome confusional agudo como una alteración de la atención y la conciencia que aparece en poco tiempo habitualmente unas horas o pocos días con fluctuaciones a lo largo del día, además de una alteración cognoscitiva adicional, no explicándose mejor por otra alteración neurocognoscitiva preexistente, teniendo evidencia de ser una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por sustancias, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías. De acuerdo al tiempo de evolución, éste se clasifica como agudo si presenta una duración de horas o días y persistente si tiene una duración de semanas a meses.⁴²

6.2 SÍNDROME GERIÁTRICO: DÉFICIT SENSORIAL

Se entiende por “Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor” a la afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida.⁴³

Las alteraciones sensoriales en los adultos mayores tienen una importancia especial, no sólo por su alta prevalencia, si no por las repercusiones en el ámbito funcional, médico, psicológico y social. Los déficit visual y auditivo se deben abordar

⁴¹Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.

⁴² IDEM 41 pág.12

⁴³ Detección y Manejo del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud, 2013.

como “síndromes geriátricos” debido a que repercuten en todos los componentes de la esfera bio-psico-social, además de limitar el funcionamiento del adulto mayor, tanto para las tareas básicas como las instrumentales de la vida diaria, poniéndolo en riesgo de dependencia, reduciendo la movilidad, aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas.⁴⁴

VII. MARCO ÉTICO Y JURÍDICO

7.1 ASPECTOS ÉTICOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

7.2 PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Los principios bioéticos surgen de la emergente necesidad de proteger y salvar la vida de los pacientes que están a nuestro cuidado, vale la pena mencionar que la protección va más allá de un juramento realizado al culminar nuestra carrera universitaria, sin embargo al tener mayor conocimiento nos comprometemos a potenciar la aplicabilidad de los principios para mejorar el cuidado en el paciente. Dichos principios se enuncian a continuación.

Principio de la autonomía: se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que éste no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia.

Principio de beneficencia: es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista el/la profesional podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del/a paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del/a otro/a: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de las personas y las comunidades, este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño:

⁴⁴ IDEM 43 pág. 10.

por ejemplo, el experimentar en humanos por el “bien de la humanidad”, no se puede hacer sin contar con el consentimiento de las personas, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño.

Principio de no maleficencia: consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional “primum non nocere”, pero lo relativiza y actualiza: el/ la profesional no está obligado/a a seguir la voluntad del/a paciente si la juzga contraria a su propia ética. Generalmente coincide con la buena práctica médica que le exige al/a profesional darle al/a paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte. No obstante, la posición moral del/a profesional se inspira también en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes no comparten, pero tiene la obligación moral de referir a otro/a colega no objetor/a.

Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada persona no atente a la vida, libertad 35 “lo primero es no hacer daño” y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes.⁴⁵

⁴⁵ Pio Iván Gómez Sánchez, OBJECIÓN DE CONCIENCIA, PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOÉTICA Y EL COMPROMISO DE CONCIENCIA, Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 21, número 1, enero-marzo 2016. pp. 27

7.3 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras.

El código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- 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 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 se vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria el principio de Beneficencia y no maleficencia que se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Como lo marca el código de ética en su Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas se destacan los siguientes artículos:

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.⁴⁶

7.4 CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES.

- Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

⁴⁶ Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México ISBN-970-721-023-0, México, D.F. diciembre, [2001] [internet] consultado el 8/11/18 disponible en: www.ssa.gob.mx

- Otorgar o no su Consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo interior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
- Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- Contar con un expediente clínico (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.
- Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.⁴⁷

⁴⁷ Carta de Derechos de los Pacientes, Comité de ética en investigación, SSA, [internet] consultado el día 09/noviembre/2018, disponible en:
<http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cartaderechospacientes.html>

VIII. METODOLOGÍA

8.1 SELECCIÓN DE ESTUDIO DE CASO

El presente estudio de caso con metodología PES (Problema-Etiología-Signos y Síntomas), se realizó en un periodo de 5 días, durante la práctica clínica en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

1. Se selecciona a una persona adulta mayor hospitalizada en Sector 5 de hospitalización, con diagnósticos nosológico de Neumonía multifocal + DM + HAS
2. Se brinda orientación sobre los objetivos de la clínica de Geriátrica y explicación de abordaje en tipo entrevista, así mismo se otorga consentimiento informado (Ver Anexo 10).
3. Se aplicó una valoración Geriátrica Integral mediante los 11 patrones funcionales de Margory Gordon (Ver Anexo 11) de las cuales se obtienen datos de manera indirecta por expediente clínico y directo al interrogatorio a paciente y cuidador. Derivado de esta valoración se enuncian juicios clínicos para el abordaje enfermero en la paciente.
4. Las valoraciones focalizadas de manera directa (interrogando a la paciente) e indirecta (con base al expediente clínico) se realizaron a las 24 horas posteriores a la valoración inicial de ingreso por parte de la clínica de Geriátrica.
5. Se realiza la planificación de los cuidados específicos para la paciente, en conjunto con el equipo multidisciplinario.
6. Se ejecutan los cuidados planeados con anterioridad y se realiza la evaluación.
7. Se revalora constantemente, y en caso necesario se implementa orientación y sensibilización a paciente y cuidador sobre las acciones específicas para la mejora y recuperación de la paciente.
8. Se concluye encontrando en su mayoría un apego adecuado a las acciones propuestas y se sugiere la práctica preventiva a través de la vacunación y la

adecuada ministración de medicamentos, así como el seguimiento a través de consultas subsecuentes para su estado de salud.

IX. PROCESO DE ATENCIÓN

9.1 ANTECEDENTES DE LA PERSONA

Femenina de 83 años de edad cuyo nombre es JBPC ubicada en la cama 150 de hospitalización sector 5 del Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) ingresada con el diagnóstico médico nosológico de Neumonía Multifocal con alto riesgo de Multidrogoresistencia + DM e Hipertensión Arterial; cuya escolaridad es preparatoria, ocupación actual Religiosa realiza labor social (orfanato), de religión Católica, radica en CDMX Tlalpan con presencia de discapacidad visual corregida con uso de lentes y auditiva no corregida.

- Mediciones Basales referentes a la funcionalidad.
 1. Valoración Katz 6/6 puntos A Independiente en todas sus funciones.
 2. Índice de Lawton 5/8 puntos, sugiere dependencia moderada.
 3. Escala Daniels (MCR) 5/5 puntos en miembros pélvicos, 5/5 puntos en miembros superiores.
 4. Índice Nagi 5/5 puntos
 5. Escala Rosow-Breslau 3/3puntos

9.2 DESCRIPCIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Percibe su estado de salud como bueno pero positiva a que puede mejorar. No realiza acciones preventivas apropiadas para su edad como: vacunación anual de Influenza y Neumococo. Con inadecuado apego a tratamientos Farmacológicos. Niega alergias y consumo de sustancias que afecte su estado de salud.

LISTA DE MEDICAMENTOS (Indicados en hospitalización)

| GRUPO | MEDICAMENTO (dosis) | INTERVALO | TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN |
|--|--|------------------|-------------------------------------|
| Paraminofenoles | Paracetamol 500mg VO | C/6 hrs | PRN |
| Antitrombóticos | Heparina No Fraccionada 5 000 | C/ 12 hrs | subcutáneo |
| Betalactámico | Tazocin 2.25 gr | C/ 6 hrs | Para 3 horas |
| Insulina de acción intermedia | Insulina NPH 8ui (8am) 5ui (20pm) | C/ 12 hrs | subcutáneo |
| Macrólido | Claritromicina 500mg 10 am | C/24 hrs | Vía oral |
| MEDICAMENTOS DE CONSUMO POR MORBILIDAD (en casa) | | | |
| Biguanida | Metformina 750 mg | Por la mañana | Todos los días VO |
| Antagonistas de receptores de Angiotensina II/ Bloqueadores de canales de Calcio. | Ibesartan, Amlodipino (300/5mg) 1 tab. | Por la mañana | Todos los días |
| Salicilatos | Aspirina protec 1 tab. | Por la mañana | Todos los días |
| Insulina/análogos de acción prolongada. | Insulina Glargina 20 ui | ----- | ----- |

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Peso actual: 53Kg. Talla actual: 1.57 Mt. IMC: 23.2 (Normal para la edad)
 Glucemia capilar: 343 mg/dl se ministran 10 ui de IAR.

Como antecedentes patológicos refiere comorbilidades DM e Hipertensión Arterial. Sin embargo tiene control inadecuado de la glucemia y conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.

Refiere 5 comidas por día, porcentaje de ingesta de alimentos: solido 80%, líquido 20%, capacidad para beber 100% masticar 100% prótesis fija parcial (incisivos maxilar superior) en cavidad oral.

Goza de buen apetito, al momento de la valoración refiere adecuada tolerancia de vía oral, sin síntomas agregados que dificulten esta ABVD.

De tez blanca, con pérdida de elasticidad, turgencia y tono de la piel, adecuada hidratación en mucosas orales. A la exploración física se encuentra con palidez tegumentaria generalizada, y lentigo senil en miembros torácicos.

Cavidad oral con encías rosadas, prótesis dental fija parcial (maxilar superior) sin presencia de caries o enfermedad ginivoperiodontal, mismo que ayuda al proceso de masticación y deglución adecuada, refiere ingesta de alimentos variada.

A la inspección el abdomen está ligeramente distendido, ombligo en adecuada posición cicatriz en hipocondrio derecho por antecedente de colecistectomía abierta en 1981 se observa otra cicatriz en fosa iliaca derecha por antecedentes de Apendicectomía abierta en 1964, refiere además ser postoperada de drenaje de quiste pancreático en el año 2003. Durante la percusión no se encuentran anormalidades, los ruidos son tipo mate, en mesogastrio, ruidos timpánicos en flancos. A la palpación no se muestran megalias. Al auscultar se presentan ruidos intestinales normales 30x´.

Escalas aplicadas en este patrón:

MNA 27.5 puntos, bien nutrida.

Vulnerabilidad para presentar úlceras por presión: Braden 18 puntos, sin riesgo.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

MICCIÓN

Refiere una frecuencia urinaria de 4 veces al día Vogel 2 sin referir molestias. La paciente es continente, sin embargo presenta nicturia 2 veces por semana con 2 a 3 episodios durante la noche, realizar ejercicios de suelo pélvico de manera constante, durante su estancia en hospitalización refiere acudir al sanitario en la misma frecuencia basal de manera espontánea.

EVACUACIONES

Refiere frecuencia al evacuar de 2 veces al día de manera habitual, con Bristol de 4 puntos, con características físicas color café de manera normal, durante la valoración la paciente refiere una evacuación por la mañana en Bristol 4 puntos sin alteraciones evidentes.

CUTANEA

No presenta sudoración excesiva, ligera exposición a humedad.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Refiere practicar lectura y oración constante le gusta la música sin embargo es aquello que va en contra de sus deseos por lo tanto no la escucha. Ama caminar.

Como antecedentes heredofamiliares, madre desconoce patologías incluso causa de muerte, Padre sin morbilidades muerte natural, como antecedentes patológicos la paciente fue diagnosticada con HAS en 1976 y DM en 2004, EVC hemorrágico en núcleos basales sin secuelas en 1988 se le realizó un clipaje de aneurisma intracraneal. Refiere caída hace 5 años sin alteración en funcionalidad. Grupo sanguíneo perteneciente O+.

A la valoración se encuentra con las siguientes constantes vitales:

T/A 100/ 60 mm/hg. **FC** 62 lx'. **FR** 18x'. **Temp.** 36 °C. **SatO2** 90% al medio ambiente, se suspende oxígeno suplementario para valoración durante la tarde, se toma pulsioximetría continua y digital de 88-91%. Llenado capilar 2 seg en miembros

torácicos y en pélvicos 3 seg, momentánea extenuación física solo a la movilidad, reflejo tusígeno activo con poca dificultad a la expulsión de flemas mala técnica de mejora de la tos, secreciones amarillo-hialinas, expectoración inadecuada. En relación a Delirium no cumple con criterios de CAM. Sin embargo la manifestación atípica de la neumonía en la paciente debuta con cuadro de delirium hiperactivo.

Pulmones ventilados, simetría en tórax bilateral, conformación ósea clara, clavículas prominentes, esternón aplanado, frecuencia normal sin esfuerzo inspiratorio, al espirar manifiesta estertores basal y medio en pulmón derecho, pulmón izquierdo con ruidos bronco vesiculares. A la percusión caras anterior y posterior de tipo mate y resonante.

En cuanto a los ruidos cardiacos a la inspección en el cuarto espacio intercostal izquierdo no se percibe el latido de la punta, por el tamaño de las mamas, foco aórtico con R2 con bajo tono y presencia de desdoblamiento de R2 y P2 (P2 encontrándose fuera del foco pulmonar siendo tardío), pulsos presentes rítmicos.

En relación a antecedentes Musculo esqueléticos no patológicos se encuentra sin eventualidades, refiere mantener bipedestación sin apoyo de dispositivos para la deambulaci3n suele caminar grandes distancias y mantenerse mucho tiempo en pie. Se observa ligera curvatura xifosis escapular, sin dolor al palpar, amplitud de la base de sustentaci3n para realizar ortostatismo se encuentra con sensibilidad y movilidad digital distal conservada.

Inicia su padecimiento el día martes 26 de Marzo de 2019 con rinorrea hialina, tos productiva y fiebre de 39°C, por lo que recibió tratamiento con ampicilina IM por 5 días con lo que presentó mejoría sin embargo el día 30 de Marzo se agregaron alteraciones conductuales, caracterizadas como desorientaci3n y comportamientos extravagantes (vestimenta inadecuada) asociado a fiebre por lo que se decide acudir a urgencias de este instituto. En urgencias la paciente mostraba la siguiente desviaci3n en signos vitales T/A 90/60 mmHg FC 104x' FR16x' Saturaci3n de oxígeno al 84% aire ambiente y 94% por puntas nasales a 3 ltx' se toma placa de Rx observándose zonas de ocupaci3n alveolar y datos de consolidaci3n bilateral, compatible con proceso infeccioso. Conclusi3n: Neumonía de Focos Múltiples.

No presenta datos de hipotensión ortostática. Densitometría ósea con osteopenia.

Escalas aplicadas:

Riesgo de caídas mediano en escala Crichton 3/5 puntos

Valoración Katz 6/6 puntos A basal y actual 3/6 H sugiere dependencia en dos funciones pero no clasifican en C, D, E, F

Índice de Lawton basal 5/8 puntos, sugiere dependencia moderada. Y actual 5/8 puntos sugiere dependencia moderada.

Escala Daniels (MCR) 5/5 puntos en miembros pélvicos, 5/5 puntos en miembros superiores.

Tinneti no aplicable por la condición de la paciente, con Boorg de 2 puntos y accesorios que dificultan la deambulación (tripie).

Nagi: 5/5 puntos basal y actual 4/5 puntos.

Rosow-Breslaw: 3/3 puntos Basal y actual 2/3 puntos.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Normalmente inicia sueño fisiológico a las 21:00, y termina a las 6:00 am de manera continua, refiere tiempo de conciliación inmediata, cuando se siente muy cansada toma siestas de manera muy ocasional de alrededor de 20 minutos. Considera que el entorno en donde duerme es el adecuado para lograr su descanso y conciliar el sueño.

Niega tratamiento farmacológico para conciliar el sueño, y desconoce medidas de higiene del sueño.

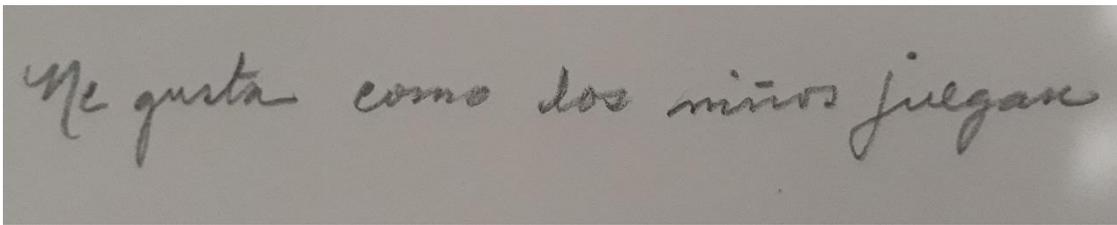
En el hospital refiere que su patrón es igual al que vive en la comunidad y considera adecuado el espacio para dormir.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL

Refiere hablar dos idiomas inglés y español no existen barreras en comunicación, expresión verbal adecuada y se muestra con buen sentido del humor; presenta déficit sensorial visual corregido con lentes, déficit auditivo no corregido, al valorar sentido del tacto existe reconocimiento adecuado de las texturas como: suave, rígido y rasposo.

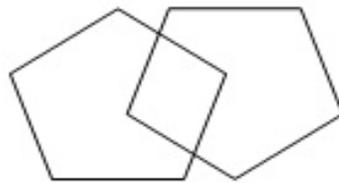
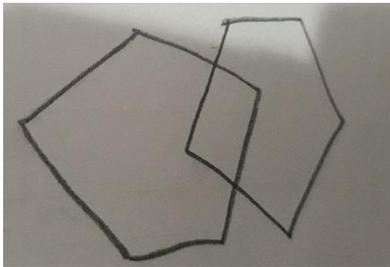
Se aplican las siguientes escalas:

Escala Glasgow 15 puntos, EVA en 0/10 puntos, cuidador refiere queja de memoria por lo que se aplica MMSE 19/30 puntos con fallo en preguntas de memoria corto plazo, sugiere en tamizaje deterioro cognitivo, se muestran algunos datos extraídos de esta prueba.

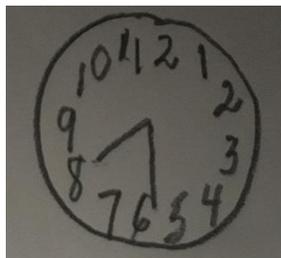


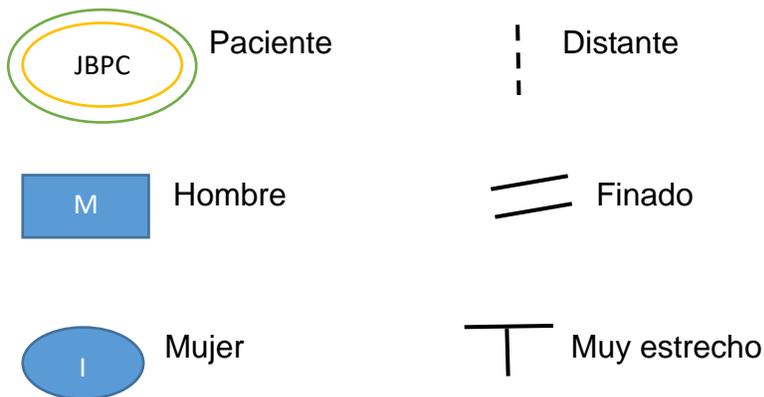
Frase: Me gusta cómo los niños juegan.

Al dibujar los pentágonos:



PRUEBA DE RELOJ





Interpretación de Familiograma: se trata de paciente que familiarmente tiene una red de apoyo deficiente, misma que se ve debilitada en presencia física por distancia, sin embargo actualmente la comunidad a la que pertenece está integrada por 14 religiosas quienes hacen la labor de cuidadoras primarias a través de una rotación y la apoyan económicamente.

Resultado de Apgar Familiar

Se evalúa la red de apoyo en comunidad la cual arroja el siguiente resultado e interpretación: 10/10 puntos refiere tener una buena red de apoyo su comunidad se convertido en su familia, a pesar de que en su mayoría son adultas mayores quienes pueden estar con ella, y a pesar de extrañar a sus hermanas considera que es bueno lo que posee ahora.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Inicio de menarca a los 14 años, nunca tuvo problemas menstruales siempre fue regular en su periodo. Refiere realizar actividades de prevención como Mastografía anual hasta los 60 años. Tamizajes como Papanicolau y colposcopia refiere no realizarlos actualmente al igual que la mastografía. Menopausia a los 63 años.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere cursar episodio de reflexión en los que los pensamientos sobre su familia detonan sentimientos como soledad e inseguridad debido a la distancia, a pesar de ello refiere ser momentáneo y comparte que el acercamiento de su comunidad es la que le da fuerza para seguir viva.

Cuando ha tenido dificultades se ha mantenido positiva y pide a Dios, entiende que la obediencia es el sacrificio a sus deseos personales y con ello se resuelven los problemas.

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

Practica religión católica, realiza oración por las mañanas antes de salir a la postula, esto la mantiene en misión y le permite resolver dificultades.

9.3 JERARQUIZACIÓN DE PATRONES ALTERADOS

Derivados de la valoración se encuentran los siguientes patrones alterados:

| Patrón | Nivel de Independencia-dependencia |
|---|------------------------------------|
| Patrón 1: percepción- manejo de la salud. | Nivel 3 |
| Patrón 4: actividad ejercicio | Nivel 1 |
| Patrón 2: nutricional metabólico | Nivel 3 |
| Patrón 6: cognitivo-perceptual | Nivel 2 |

9.4 PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

9.5 Plan de Cuidados

PATRON 1

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | |
|----------------------------------|--|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
| Autocuidado deficiente. | Creencias | Renuencia a aplicación de esquema de vacunación. |
| OBJETIVO (S) | <ul style="list-style-type: none"> Fomentar la implementación de sugerencias relacionadas a la inmunización durante su hospitalización. | |
| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES | |
| Instruir sobre vacunación | Se brinda información sobre el esquema de vacunación correspondiente a edad cronológica y estado de salud actual. Además de orientación sobre riesgos asociados a la NO inmunización. | |
| Evaluación | La paciente se encuentra atenta a la información dada tras aplicar las actividades educativas y de riesgo la paciente se mantiene con una respuesta de aceptación personal sin embargo refiere ser necesaria la autorización de sus autoridades eclesiósticas la aplicación de los biológicos correspondientes a la edad | |

| | |
|---|--|
| | <p>cronológica, por lo que se logra sensibilización mas no la implementación de inmunización.</p> |
| <p>Enfermería Basada en Evidencia EBE</p> <p>Niveles de evidencia (CEBM) 5</p> <p>Nivel de recomendación A</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): Ia+</p> <p>Nivel de recomendación A</p> | <p>• Un panel con expertos internacionales en influenza que compartieron su comprensión de la enfermedad y las medidas de control disponibles, mencionan: Después de la introducción de la vacuna, se observó un 57% de reducción en las muertes, lo que representa casi 1,000 muertes por año y 70% de reducción en las tasas de hospitalización (más de 3,700 hospitalizaciones por año).⁴⁸</p> <p>La vacunación anual contra la influenza, disminuye la incidencia, riesgo de hospitalización y muerte hasta en un 50%. La vacunación contra el Neumococo disminuye la infección bacteriana así como la forma invasiva de esta.⁴⁹</p> |

⁴⁸ Falleiros Arlant LH, Ferro Bricks L. Hacia un mejor control de la influenza mediante la vacunación. Rev. Chil de Infectología [Internet] 2015 consultado el 14 Mayo 2019; (2):198 Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&bd=edssci&AN=edssci>

⁴⁹ Guía de Práctica Clínica para la valoración gerontogeriatrica integral en el adulto mayor ambulatorio. México: Secretaria de Salud 2011.

PATRON 4

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | |
|---|--|---|
| PROBLEMA | ETIOLOGIA | SIGNOS Y SINTOMAS |
| Obstrucción de vía aérea | Proceso infeccioso pulmonar de focos múltiples | <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno 88-91% • Estertores basal y medio en pulmón derecho • Extenuación física Borg 2 puntos (Leve) • Rx con zonas de ocupación alveolar y datos de consolidación bilateral. |
| OBJETIVO (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir estertores e incrementará la saturación 3% en las próximas 24 horas. • Realizará actividades para mejorar extenuación física en las próximas 72 horas. | |
| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES | |
| Implementación Medidas de terapia respiratoria como: Fisioterapia pulmonar. | Tras los resultados obtenidos en la valoración inicial se realizan las siguientes actividades verificando el cumplimiento de las mismas: <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza sobre técnica de respiración diafragmática y labios fruncidos. • Valoración de Disnea con escala Mahler. | |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de estado extenuación física con escala Borg (asistencia en la deambulaci3n) • Se explican riesgos de infecciones por micro aspiraci3n faringea y adecuada expectoraci3n de secreciones. • Orientaci3n sobre posturas adecuadas. • Facilitar Movilizaci3n fuera de cama. • Se verifica apego a programa de ejercicios durante su hospitalizaci3n. • Fomento de ingesta de lquidos para recuperar p3rdidas insensibles y favorece la expuls3n de secreciones traqueobronqueales. • Enseanza sobre t3cnica de mejora de tos. • Instrucci3n adecuada para uso de inspir3metro incentivo. |
| Oxigenoterapia | <p>Para esta intervenci3n se debe instruir sobre los cambios en el envejecimiento que condicionan el uso de dispositivos para la oxigenaci3n suplementaria as3 como los riesgos latentes para complicar o generar neumon3a por lo que se realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocaci3n de ox3geno suplementario intermitente vigilando que la saturaci3n al ambiente sea superior al 94%. |
| Monitorizaci3n continua para reducir el riesgo de Polifarmacia y cascada | <p>Para esta intervenci3n se revisa el tratamiento farmacol3gico en 3rea de hospitalizaci3n. Realizando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la posible interacci3n medicamentosa. |

| | |
|--|--|
| <p>de la prescripción inadecuada</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre los efectos adversos a la medicación. • Evaluar la respuesta a medicación. • Verificar el apego a Alimentación adecuada, actividad física y descanso. • Prevención de Delirium. • Adecuar en coordinación con área asistencial de Enfermería los horarios adecuados para la medicación donde no afecte el sueño. • Prevención de automedicación. • Se realiza la adecuada valoración de efectos: <ul style="list-style-type: none"> • Fármaco- Fármaco • Fármaco- Enfermedad • Fármaco-Alimentos • Fármaco-Hierbas. |
| <p>Evaluación</p> | <p>La paciente se encuentra con reflejo tusígeno inadecuado para la correcta expectoración sin embargo al realizar las actividades asistenciales, de orientación y riesgo relacionado a la mejora de este patrón se encuentra con buena comprensión, aceptación y tolerancia. Logrando así el objetivo planteado. Saturación de 94% e incrementa la ABVD sin alteración sin oxigenodependencia.</p> |
| <p>Enfermería Basada en Evidencia EBE</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Según el Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Reyna Sofía España menciona: “El objetivo de la terapia respiratoria es mejorar el estado respiratorio, ayudar en la ventilación y acelerar la recuperación mediante la remoción de |

| | |
|---|---|
| <p>de recomendación: A, I-A.</p> <p>Niveles de evidencia (CEBM) 3^a Nivel de Recomendación II, II-B</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A, I-A.</p> | <p>las secreciones de las vías respiratorias en las enfermedades pulmonares asociadas con hipersecreción y la resistencia de la vía aérea reducida. Esto mejora el intercambio gaseoso, y reduce el trabajo respiratorio.”⁵⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ En el artículo “Técnicas de fisioterapia respiratoria y tolerancia a la actividad física en adultos mayores con enfermedad respiratoria crónica” menciona: “La aplicación de las técnicas de fisioterapia respiratoria mejora significativamente la tolerancia a la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. Es necesario considerar la participación de la enfermera en actividades de prevención y rehabilitación en esta población, dado los cambios demográficos y epidemiológicos en la sociedad.”⁵¹ ❖ La guía de Práctica clínica: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos. Evidencias y recomendaciones en su apartado Tratamiento Farmacológico menciona: una saturación de oxígeno por debajo de 94% en un paciente con NAC es un factor pronóstico y una indicación de oxigenoterapia.⁵² |
|---|---|

⁵⁰ 50. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Reyna Sofía España octubre 2015, [internet] Consultado el día: 10 Noviembre 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2015/d4_terapia_respiratoria.pdf

⁵¹ Hernández-Martínez, Liz AU - Ochoa, Kattia, Técnicas de fisioterapia respiratoria y tolerancia a la actividad física en adultos mayores con enfermedad respiratoria crónica, Revista Enfermería Herediana, 2015, 5(2):105-113 [Internet] Consultado el 30 de abril del 2019, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/297679942_Tecnicas_de_fisioterapia_respiratoria_y_tolerancia_a_la_actividad_fisica_en_adultos_mayores_con_enfermedad_respiratoria_cronica

⁵² Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos. Evidencias y recomendaciones (Internet) Consultado el día 15/11/18 disponible en:

| | |
|--|---|
| <p>Niveles de evidencia (CEBM) 3^a Nivel de Recomendación II, II-B</p> <p>I (E. Shekelle) Spinewine A, 2007.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ En una revisión Cochrane (Cooper, 2015) para determinar la efectividad de las intervenciones, solas o en combinación, en reducir la polifarmacia inadecuada en adultos mayores, se revisaron doce estudios, donde todos incluyeron un trabajo multidisciplinario compuesto por farmacéuticos, enfermeras y personal médico asistencial en diversos escenarios, y las medidas comprendían estrategias de revisión de medicinas, recomendaciones terapéuticas, monitoreo de medicación, educación al paciente y a los profesionales de la salud, conferencias multidisciplinarias, desarrollo de listas de problemas y protocolos de manejo. Todas mostraron beneficio en reducir la prescripción inapropiada, mas no hubo certeza en si estas medidas tuvieron mejoría clínica significativa.⁵³ ❖ La GPC Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor menciona: No se ha determinado la influencia a largo plazo de la “Calidad de la prescripción” en los resultados de la atención médica. Enfoques para mejorar la prescripción inadecuada en los ancianos incluyen las intervenciones educativas, enfoques multifacéticos, entrada de pedidos computarizados, apoyo a las decisiones, atención por un equipo multidisciplinario liderado |
|--|---|

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf

⁵³Casas-Vásquez Paola, Ortiz-Saavedra Pedro, Penny-Montenegro Eduardo. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Feb 18] ; 33(2):335341. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2153>.

| | |
|--|--|
| | <p>por farmacéuticos clínicos, geriatras o no geriatras. Los resultados de estas intervenciones, en general muestran mejoras significativas en la disminución de la prescripción inapropiada.⁵⁴</p> |
|--|--|

PATRON 2

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | |
|---|---|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGIA | SIGNOS Y SINTOMAS |
| Inestabilidad glucémica | Proceso Infeccioso en el parénquima pulmonar | Hiperglucemia en rangos de 260-343 mg/dl. CRB-65 de 1/4 puntos en riesgo moderado 5.2% de mortalidad. |
| OBJETIVO (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Evitar progresión a complicaciones por hiperglucemia durante su estancia hospitalaria. | |
| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES | |
| Valoración e identificación de la probabilidad de aumentar la mortalidad por Neumonía (CRB-65). | <p>Para la implementación de esta intervención se realiza en coordinación con el equipo de enfermería asistencial la Aplicación de escalas de ratificación de riesgo con la escala CRB-65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfermo presenta confusión • Frecuencia respiratoria mayor o igual que 30/m. • T.A. sistólica < 90 mm Hg o T.A. diastólica menor o igual a 60 mm Hg. • Edad es igual o mayor que 65 años. | |
| Valoración del riesgo de interacciones medicamentosas en el tratamiento de la NAC. | <p>Se realiza la adecuada valoración de efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármaco- Fármaco • Fármaco- Enfermedad • Fármaco-Alimentos • Fármaco-Hierbas | |

⁵⁴ Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor, México: Secretaría de Salud 2010.

| | |
|---|---|
| <p>Manejo de la hiperglucemia</p> | <p>Para esta intervención se define una línea de asistencia directa por lo que se interviene de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control glucémico a través de toma de glucemias capilares pre y postprandiales. • Documentar en los registros clínicos de enfermería. • Manejo de insulinas. • Cotejar con laboratorios de control glucosa en sangre, en caso de estar disponible. • Vigilancia del tratamiento farmacológico en Diabetes • Vigilancia de hipoglicemia súbita. • Mantener meta de tratamiento. |
| <p>Evaluación</p> | <p>La paciente se mantiene con picos hiperglucemicos (320 mg/dl pre prandial).</p> <p>En cuanto a las actividades asistenciales para prevenir complicaciones relacionado este patrón se encuentra con buena comprensión, aceptación y disciplina para cooperar adecuadamente en las intervenciones que se lleven a cabo dentro del área hospitalaria.</p> |
| <p>Enfermería Basada en la Evidencia EBE</p> | <p>❖ La Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en adultos menciona: El índice de severidad de Neumonía (CURB-65), es el modelo más ampliamente usado para clasificar los pacientes con NAC. Además recomienda que en los pacientes que tienen CRB-65 con puntajes de 0-2 incrementa el riesgo de mortalidad por lo que deben ser referidos al hospital, principalmente aquellos con puntaje de 2. Los pacientes que tienen CRB-65 con puntaje de</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A, I- A.</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A, I- A.</p> | <p>3 o más tienen alto riesgo de muerte y requieren admisión urgente al hospital. Considerar como criterios de estabilidad clínica la mejoría en: temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, presión sistólica, saturación de oxígeno, estado mental, o ingesta por vía oral.⁵⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La Guía de Práctica Clínica de “Interacciones farmacológicas potenciales en la atención del Adulto Mayor menciona que: La vulnerabilidad a las interacciones medicamentosas en los ancianos se potencializan por la coexistencia de enfermedades y la necesidad de la utilización simultanea de varios medicamentos. Además pone en evidencia que las interacciones farmacológicas pueden presentarse de una manera inusual o no específica en los adultos mayores al no tener cautela en valorar correctamente las interacciones que puedan presentar (por ejemplo el inicio gradual de confusión), lo que retrasa su reconocimiento.⁵⁶ ❖ La terapia Farmacológica en los Diabéticos mayores de 65 años debe estar individualizada y basada en la funcionalidad del paciente y sus enfermedades asociadas “empezar lento y continuar lento”, es un buen principio en el seguimiento e inicio de medicación en estos pacientes. Sin embargo la Guía de Práctica Clínica |
|---|--|

⁵⁵ Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en adultos, Secretaría de Salud, 2009. [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/ER_IMSS_234_9.pdf

⁵⁶ Guía de Práctica Clínica de “Interacciones farmacológicas potenciales en la atención del Adulto Mayor”, México, Secretaría de Salud 2010. [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-688-INTERACCIONES_FARMACOLOGICAS_ADULTO_MAYOR/IMSS-688-13-GER-INTERAC_FARMAC_EN_ADULTO_MAYOR.pdf

| | |
|--|---|
| <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A, I- A.</p> | <p>Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable nos menciona: que el tratamiento con insulina es el más eficaz para disminuir la glucemia. Cuando se emplea en dosis adecuadas, puede disminuir los niveles de HbA1c hasta conseguir las metas deseadas. No existe dosis máxima para lograr este efecto. La terapia con insulina tiene efectos benéficos en el control de dislipidemia (Triglicéridos y colesterol HDL) aunque se asocia con aumento de peso, que es proporcional a la corrección de glucemia. Cuando los fármacos orales no alcanzan la meta de glucemia se recomienda administrar insulina como monoterapia o en combinación con Metformina. Los análogos de insulina de acción prolongada (insulina glargina o detemir) son igualmente efectivos para disminuir los niveles de HbA1c, pero con menor riesgo de hipoglucemia en comparación con la insulina NPH. Un régimen de insulina basal puede ser más seguro en términos de riesgo de hipoglucemia que un régimen de insulina basal y bolos de insulina rápida o la formula premezclada. Se recomienda iniciar tratamiento con análogos de Insulina de Acción prolongad a dosis de: 0.1-0.2 ui/kg de peso por la noche antes de acostarse y ajustar de acuerdo a los niveles de glucosa capilar matutina. En Adultos Mayores Diabéticos vulnerables se recomienda que por cada 20mg/dl por encima de la meta deseada de glucemia capilar se agregue 1 ui a la dosis previa, con</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | ajustes cada 3 días para evitar el riesgo de hipoglucemia. ⁵⁷ |
|--|--|

PATRON 6

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | |
|----------------------------------|--|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGIA | SIGNOS Y SINTOMAS |
| Queja de Memoria | Riesgo cardiovascular y enfermedad metabólica. | 19/30 puntos en Mini mental (fallo en inatención y evocación) y 2/14 puntos de prueba reloj. |
| OBJETIVO (S) | <ul style="list-style-type: none"> • El cuidador primario comprenderá e implementará las estrategias básicas de la estimulación cognitiva. | |
| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES | |
| Estimulación cognoscitiva | <p>Se realiza una valoración sobre el conocimiento que tiene el cuidador primario respecto a las terapias de estimulación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se favorece la implementan terapias cognitivas como: ❖ Orientación a la realidad. ❖ Aplicación de estímulos sensorio perceptuales y técnicas utilizando apoyo lúdico como terapia recreativa, (iluminar). ❖ Se proporciona orientación y sensibilización a cuidadores primarios sobre estrategias de | |

⁵⁷ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable, Guía de referencia rápida: Catálogo Maestro de GPC: IMSS 657-13, México 2013 [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxt_txde_dm_en_adultovulnerablegrr.pdf

| | |
|---|--|
| | prevención para retrasar la progresión del deterioro cognitivo. |
| Evaluación | La cuidadora primaria comprende la importancia de implementar la estimulación cognitiva, así como cada una de las estrategias que ayudarán a la paciente a retrasar el progreso de la enfermedad y le permitirán tener una mejor calidad de vida. |
| Enfermería Basada en Evidencia EBE EBE Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A Niveles de evidencia (SIGN) 3 Nivel de recomendación D | <ul style="list-style-type: none"> ❖ En el estudio de revisión: Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve por Javier Olivera-Pueyo, Carmelo Pelegrín-Valero mencionan: “Las intervenciones de estimulación cognitiva, el ejercicio físico, la dieta y el estilo de vida mediterráneos, y el control de los factores de riesgo vascular son algunas de las medidas que pueden mejorar y prevenir el deterioro cognitivo”... “La estimulación cognitiva puede enlentecer la progresión del deterioro cognitivo en las personas mayores”.⁵⁸ ❖ En el artículo Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia menciona: “el estudio arrojó que el 75% (45) de los adultos mayores intervenidos tenían contacto con sus familias”... “Por tanto, es indispensable involucrar las personas cercanas a los adultos mayores, para alcanzar los |

⁵⁸ Javier Olivera-Pueyo, Carmelo Pelegrín-Valero, Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve, Psicogeriatría 2015; 5 (2): 45-55 [Internet] Consultado el día 15/11/18 disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf

| | |
|--|---|
| | objetivos propuestos en los planes de cuidados instaurados por el profesional en enfermería”. ⁵⁹ |
|--|---|

9.6 Evaluación del proceso

Al revisar la fundamentación científica se implementan medidas estructuradas para el plan de cuidados bajo su logística solicitada, misma que sirve para mejora de la paciente, tomando en cuenta la aplicación de AESP, recomendaciones de Guías de práctica clínica y diversidad de artículos que hacen que la aplicación del proceso sea benéfica para la paciente y su red de apoyo (Comunidad de religiosas). Se cumplió con los objetivos en mayoría y se considera una mejor vigilancia en días posteriores para vigilar la evolución adecuada bajo la supervisión de todo el equipo multidisciplinario.

9.7 Valoraciones Focalizadas

Se encuentran en la paciente las siguientes características para su focalización posterior a las 72 horas de la primera valoración en el servicio de hospitalización. Es valorada durante las 4 primeras horas del turno matutino del día 3 de abril 2019 encontrando los siguientes diagnósticos de enfermería:

Patrón 6 Queja de Memoria r/c Riesgo cardiovascular y enfermedad metabólica m/p 19/30 puntos en Mini mental (fallo en inatención y evocación) y 2/14 puntos de prueba reloj.

Patrón 2 Riesgo de inestabilidad glucémica r/c Aumento de tolerancia a la glucosa.

Patrón 4 Mejora de la sensibilidad en la vía aérea m/p Saturación de oxígeno al 94% al medio ambiente y Borg de 0 puntos.

⁵⁹ Camargo-Hernández K del C, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Rev Univ. Salud. 2017; 19(2):163-170. [Internet] consultado el 22 Febrero 2019, disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>

PATRON 6

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | |
|----------------------------------|---|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
| Queja de memoria | Riesgo cardiovascular y enfermedad Metabólica | 19/30 puntos en Mini mental (fallo en inatención y evocación) y 2/14 puntos de prueba reloj. |
| OBJETIVO (S) | ❖ Reforzar las medidas de estimulación cognitiva para fomentar la reintegración a sus ABVD. | |
| INTERVENCIONES | | ACTIVIDADES |
| Entrenamiento de la memoria | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación de ejercicios para activación de memoria (Complete el refrán). ❖ Se Orienta al cuidador primario sobre estrategias de cuidado para reducir el riesgo de Demencia Vascular. |
| Reminiscencias | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se Implementa terapia con imágenes de personajes religiosos para estimulación de memoria a largo plazo. |
| Evaluación | | El cuidador primario y la paciente se encuentran con respuesta favorable tras aplicar las medidas educativas, asistenciales y de riesgo. Se mantiene con una respuesta de aceptación personal y apego durante su |

| | |
|--|---|
| | <p>hospitalización, sin embargo refiere ser necesaria la autorización de sus autoridades eclesiásticas la implementación de cuadernillos de estimulación cognitiva dentro de su comunidad, por lo que el objetivo se limita solo en hospitalización.</p> |
| <p>Enfermería Basada en Evidencia EBE</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ El entrenamiento de la memoria, implica mayor activación neuronal y aumento de la irrigación cerebral, reduciendo evidentemente el progreso del deterioro cognoscitivo.⁶⁰ ❖ Realizar terapia de reminiscencia apoyándose de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional, afectiva y social.⁶¹ |

⁶⁰ Cardona García N, Granada Ramírez JC, Tapasco Y pia MA, Tonguino Rosero S. Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(4): 516-525. [Internet] consultado 14 Marzo 2019 disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016010>

⁶¹ Intervenciones de Enfermería para el Cuidado del Adulto Mayor con Deterioro Cognoscitivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 02/12/2015 [Internet] consultado 19 Marzo 2019 disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

PATRON 2

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | |
|--|---|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA |
| Riesgo de inestabilidad glucémica | Aumento de tolerancia a la glucosa. |
| OBJETIVO(S) | ❖ Reforzar los cuidados para un buen control de niveles de glucosa. |
| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES |
| Control glucémico a través de un programa de ejercicio estructurado. | ❖ Implementación de programa de ejercicio isométricos e isotónicos en el cual se trabajaron grupos musculares de extremidades superiores e inferiores así como de tronco cabeza y cuello apoyado de la utilización de bandas elásticas, pelotas de mano, ejercicios acostados (flexión), de pie (deambulación). |
| Evaluación | La paciente se encuentra con respuesta favorable tras aplicar las medidas educativas y asistenciales, se mantiene con una respuesta de aceptación personal y apego durante su hospitalización, sin embargo refiere ser necesaria la autorización de sus autoridades eclesiásticas la implementación de un programa de ejercicios estructurados para el control de DM dentro de su comunidad, por lo |

| | |
|--|--|
| | que el objetivo se limita solo en hospitalización. |
| <p>Enfermería Basada en Evidencia</p> <p>EBE</p> <p>Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A</p> | <p>❖ La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención menciona: “Los programas de ejercicio estructurados tienen un mayor impacto sobre el control glucémico al compararlos con la sola recomendación de realizar actividad física.”⁶²</p> |

PATRON 4

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | |
|---|---|
| PROBLEMA | SIGNOS Y SINTOMAS |
| <ul style="list-style-type: none"> Mejora de la función respiratoria | <ul style="list-style-type: none"> Saturación de oxígeno al 94% al medio ambiente y Borg de 0 puntos. |
| <ul style="list-style-type: none"> OBJETIVO (S) | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer medidas de ejercicios respiratorios aprendidas durante su estancia en hospitalización para dar continuidad al egreso hospitalario. |

⁶² Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.[Internet] Consultado el 22 Enero 2019 Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gp>

| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES |
|---|---|
| Enseñanza sobre Ejercicios respiratorios. | <p>Se realiza la evaluación correspondiente con escala Borg y se refuerza nuevamente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perfeccionamiento de técnica de Respiración diafragmática. ❖ Reorientación de uso correcto de inspirómetro incentivo ❖ Perfeccionamiento de técnica de Mejora de la tos. ❖ Implementación de un programa de ejercicios respiratorios (expansión pulmonar). |
| Evaluación | <p>La paciente se encuentra con respuesta favorable tras aplicar las medidas educativas se mantiene con una respuesta de aceptación personal y apego durante su hospitalización, sin embargo refiere ser necesaria la autorización de sus autoridades eclesiásticas la implementación de un programa de ejercicios respiratorios (expansión pulmonar) dentro de su comunidad. Por lo que el objetivo se limita solo en hospitalización.</p> |
| <p>Enfermería Basada en Evidencia EBE Nivel de evidencia (USPSTF): III A grado de recomendación: A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Estudio cuasi-experimental, longitudinal-prospectivo. Se incluyeron 28 adultos mayores de 60 años distribuidos en dos grupos: acuático y terrestre, quienes recibieron por igual un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos durante 10 semanas, concluyeron que Un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos realizado en medio acuático y |

| | |
|--|---|
| | terrestre demostró un aumento significativo en la expansibilidad torácica y mejoría en la percepción de la calidad de vida. ⁶³ |
|--|---|

9.8 PLAN DE ALTA

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Para el adecuado manejo de la paciente se realiza recomendaciones que van relacionadas a mejorar su estado de salud siguiendo las siguientes recomendaciones, cabe señalar que la información concedida a la paciente fue de forma oral y se refuerza la información con su cuidador primario para realizar actividades como: Prevención de contagios a través de lavado de manos con la técnica aprendida durante su tiempo en hospitalización. Implementación de un programa de rehabilitación respiratoria personalizada aplicando medidas de higiene respiratoria donde las sesiones de entrenamiento deben repetirse de 3-5 veces por semana, y la duración total óptima del programa de ejercicio será necesaria por un mínimo de 8 semanas para alcanzar efectos sustanciales, se recomienda una duración estándar del programa de RR de unas 12 semanas siendo ésta aprobada por sus autoridades eclesiásticas. Así mismo no podemos dejar de lado la prevención de caídas en el hogar con las siguientes recomendaciones en el hogar:

- ❖ Baje y suba escaleras siempre con la luz encendida y asegurándose del barandal
- ❖ Quite de en medio las cosas que puedan hacerle caer: papeles, ropa, zapatos, cables eléctricos, alfombras, juguetes y animales.
- ❖ Mantenga en buen estado los barandales, los suelos, los escalones y la iluminación de la casa.
- ❖ Por la noche, deje siempre una lámpara de bajo consumo encendida, por si tiene que levantarse.

⁶³ Cardona Garcia N, Granada Ramirez JC, Tapasco Ypia MA, Tonguino Rosero S. Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(4): 516-525. [Internet] consultado el 19 Marzo 2019 disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016010>

- ❖ No utilice productos de limpieza para los suelos que hagan resbalar, como por ejemplo las ceras.
- ❖ La bañera y el baño son lugares peligrosos: pegue un antideslizante en el suelo e instale barras para agarrarse al salir del baño o levantarse de la bañera
- ❖ En invierno, mantenga la temperatura de la casa en 22°C (evitando las caídas secundarias al frío).
- ❖ No se levante de golpe de la cama o de una silla, puede marearse y caerse.
- ❖ En la cocina, hay que tener los utensilios de uso habitual al alcance; ni demasiado arriba, ni demasiado abajo.
- ❖ Evite la acumulación de vapor en el baño, puede causar lipotimias (mareo) y es causa frecuente de resbalones.
- ❖ No utilice sillas ni taburetes como escalera, ni escaleras plegables para subirse.
- ❖ Si se derrama algún líquido y cae al suelo, séquelo inmediatamente, para evitar resbalones fatales.

Usted:

- ❖ Lleve los zapatos bien ajustados, con suela de goma y goma grabada.
- ❖ haga una dieta rica en calcio y vitamina D (leche y queso).
- ❖ Se recomienda caminar al aire libre diariamente.
- ❖ Si presenta algún problema de vista, oído o pies, consulte a su médico o enfermera/o.
- ❖ Si empieza a utilizar gafas bifocales, recuerde que pueden ser inseguras para andar, los primeros días,
- ❖ Si lleva bastón o andadera, aprenda a usarlo correctamente. Revise la goma de la punta y cámbiela cuando esté gastada.
- ❖ Haga revisar la medicación que tome, hasta los medicamentos sin receta, por su médico o farmacéutico.
- ❖ Practique ejercicio o ande regularmente, para mejorar la circulación y la coordinación de movimiento.

- ❖ Si se siente inseguro e inestable o pierde el equilibrio a menudo, consulte a su médico.

Cosas a Evitar:

- No andar descalzo con medias o calcetines, porque puede resbalar.
- No llevar zapatos de suela muy gruesa y sobre todo desabrochada o mal ajustados. De preferencia utilice zapatos cerrado sin agujeta tanto en casa como al salir.
- No apoyarse del lavabo para salir del baño o de la bañera; no están hechos para aguantar peso.
- No usar sillas o bancos para subirse en vez de utilizar una escalera. (Es mejor que pida ayuda con otra persona ya que después de los 60 años el equilibrio disminuye de tal manera que podría generarle una caída al subir o alguno de estos objetos como silla o banco de altura.

Recuerde: Es recomendable tener más de un aparato telefónico en casa, para poder llamar desde cualquier lugar próximo a donde se haya producido una caída y poder pedir ayuda.

Se informa sobre medidas para Higiene y protección de la piel por mencionar algunas se enlistan a continuación:

- Se recomienda realizar baño si se acostumbra diariamente o en caso contrario mínimo cada tercer día.
- Evitar permanecer demasiado tiempo bajo el agua, no más de 10 minutos; ya que esto genera que la poca grasa que su piel conserva se pierda y su piel se reseca y esté en riesgo de lesionarse.
- Hay que evitar usar jabones que resequen la piel, de preferencia utilice jabones neutros.
- Evite que el estropajo o sacate tenga una textura aspera que pudiera lastimar la piel.
- Al terminar de balarse, se debe secar perfectamente la piel teniendo principal cuidado en genitales y pies.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

Se instruye a la paciente y cuidador primario sobre Delirium esta entidad fue manifestada por ella antes de ser diagnosticada con Neumonía multifocal por lo que se hace necesario orientar sobre un nuevo episodio bajo esta condición atípica:

Medidas antidelirium:

1. Llevar a cabo medidas de higiene del sueño. (Sólo en caso necesario permitir que realice únicamente una siesta de 20 minutos en todo el día.
2. Permitir que realice actividades diarias por sí mismo dentro de lo posible por ejemplo: comer por sí mismo, cepillarse los dientes, peinarse, ponerse crema, vestirse, etc.
3. Ofrecerle o motivarlo a que realice alguna actividad durante el día a corde a sus gustos: Manualidades, lectura, ver televisión, resolver crucigramas etc.
4. Realizar programa de ejercicios de acuerdo a las indicaciones del personal de rehabilitación.

Se realiza en la paciente las siguientes recomendaciones para estimulación cognitiva:

Terapia intergeneracional:

Favorecer la convivencia con los niños del orfanato, que ellos le platiquen como ha ido en el día y que aprendieron en clases y las relaciones amistosas.

Reminiscencias:

Cronología personal (adaptación de la biografía personal), motivarla a que nos platique los mejores momentos de su vida, eso le ayudará a mejorar el estado de ánimo y a recuperar la confianza en sí misma por la confusión mental o desorientación que pueda estar presentando, podemos auxiliarnos de fotografías música, objetos y videos del pasado.

PATRÓN 2 NURICIONAL-METABÓLICO

Se recomienda implementar Control glucémico mediante glicemias capilares, apego a tratamiento farmacológico, apego a programa de ejercicios con previa autorización de sus autoridades eclesiásticas. Además manejar el plato del bien comer y jarra del buen beber sin contar los líquidos en los alimentos, así como manejo de dieta en quintos. Acompañamiento y valoración constante del estado bucal y un Diario farmacológico de autocuidado en Diabetes que nos permita un mejor apego al tratamiento y disminuya los errores en el manejo y la administración de los mismos.

La paciente egresará con la continuidad de su tratamiento para DM e HAS por lo que se realiza la siguiente recomendación a su cuidador primario para la correcta medicación en la comunidad de religiosas.

Por ejemplo:

| Hora | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Mañana (8:00) | ½ Enalapril |
| Tarde (16:00) | 1 Metformina |
| Noche (21:00) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

PATRÓN 1 PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Bajo la aprobación de las autoridades eclesiásticas se sugiere la aplicación del biológico correspondiente al esquema de vacunación para su edad cronológica lo más pronto posible, esto con la finalidad de prevenir posibles reingresos a hospitalización.

Se sugiere Interconsulta y seguimiento con enfermería en atención el hogar.

X. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La realización de este estudio de caso bajo el modelo de Patrones Funcionales de Margory Gordon a una persona adulta mayor con Diagnóstico Nosológico de Neumonía Multifocal permitió la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral, la implementación de estrategias para brindar una atención prioritaria con calidad y calidez que logra resolver algunos problemas reales y potenciales relacionados con los patrones funcionales alterados por la patología presente en la paciente, por lo que se identifican 3 esferas principalmente: Clínica, Cognitiva y Social jerarquizándolas de tal manera que la estructuración de plan de cuidados individualizado en conjunto con la multidisciplinariedad del equipo son considerados los recursos primordiales de la paciente para mejorar su calidad de vida, con ello se tiene la oportunidad de ver la evolución favorable y no favorable de la paciente así como el apego a las actividades propuestas.

El hacer de enfermería es una parte fundamental del tratamiento por ello se debe considerar el proporcionar cuidados con fundamento en evidencia científica para el ejercicio adecuado y la colaboración de la recuperación de la paciente.

La aplicación del modelo de los 11 patrones de Margory Gordon en la persona adulta mayor toma relevancia y encabeza las líneas de acción efectiva para desarrollar una adecuada valoración, cumpliendo así con el ser de enfermería.

La construcción de los diagnósticos en formato PES, nos permite identificar, dirigir planear y ejecutar las intervenciones centradas en las necesidades de la paciente, además de apegarnos a la EBE la creatividad y el enfoque específico, nos son de gran utilidad para la evaluación de la respuesta humana en la paciente, así como la consideración de la reestructuración del plan de cuidados.

Para finalizar y en consideración a la disciplina holística de enfermería se concluye que el egreso dado en la paciente en 7 días se debe a la acción del trabajo en equipo que integra esta noble institución.

ANEXOS

Anexo 1

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIO (MNA)

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| 1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL 0 = < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 | [] | 11. ¿CUANTAS COMIDAS COMPLETAS HACE AL DÍA? (EQUIVALENTE A DOS PLATOS Y POSTRE) 0 = UNA COMIDA 1 = DOS COMIDAS 2 = TRES COMIDAS | [] |
| 2. CIRCUNFERENCIA MEDIA BRAQUIAL 0 = CMB < 21cm 0.5 = 21cm ≤ CMB ≤ 22cm 1 = CMB > 22cm | [] | 12. ¿CONSUME USTED? 1. UNA O MAS RACIONES DE PRODUCTOS LACTEOS AL DIA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. UNA O DOS RACIONES DE LEGUMINOSAS O HUEVO POR SEMANA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. CARNE, PESCADO O AVES DIARIAMENTE Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 0 = 0 ó 1 AFIRMATIVO 0.5 = 2 AFIRMATIVOS 1 = 3 AFIRMATIVOS | [] |
| 3. CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA 0 = CP < 31cm 1 = CP ≥ 31cm | [] | | |
| 4. PERDIDA RECIENTE DE PESO (< 3 MESES) 0 = PÉRDIDA > 3KG 1 = NO LO SABE 2 = 1 A 3 KG 3 = NO HA PERDIDO PESO | [] | | |
| 5. ¿EL PACIENTE VIVE EN SU DOMICILIO? 0 = NO | [] | 13. ¿CONSUME UD. DOS O MAS RACIONES DE FRUTAS O VERDURAS AL DIA? 0 = NO | [] |
| 6. ¿TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS AL DÍA? 0 = SI 1 = NO | [] | 14. ¿HA PERDIDO EL APETITO? ¿HA COMIDO MENOS POR FALTA DE APETITO, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DIFICULTAD PARA MASTICAR O DEGLUTIR EN LOS ULTIMOS TRES MESES? 0 = ANOREXIA SEVERA 1 = ANOREXIA MODERADA 2 = SIN ANOREXIA | [] |
| 7. ¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES, HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O SITUACIÓN DE ESTRES PSICOLOGICO? 0 = SI 2 = NO | [] | 15. ¿CUANTOS VASOS DE AGUA U OTROS LIQUIDOS CONSUME DIARIAMENTE? (CAFE, LECHE, JUGOS, VINO, ETC.) 0 = < DE 3 VASOS 0.5 = 3 A 5 VASOS 1 = > DE 5 VASOS | [] |
| 8. MOVILIDAD 0 = DE LA CAMA AL SILLON 1 = AUTONOMIA EN EL INTERIOR 2 = SALE DEL DOMICILIO | [] | 16. FORMA DE ALIMENTARSE: 0 = NECESITA AYUDA 1 = SE ALIMENTA SÓLO CON DIFICULTAD 2 = SE ALIMENTA SOLO Y SIN DIFICULTAD | [] |
| 9. PROBLEMAS NEUROPSICOLOGICOS 0 = DEMENCIA O DEPRESION SEVERA 1 = DEMENCIA O DEPRESION MODERADA 2 = SIN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS | [] | 17. ¿EL PACIENTE SE CONSIDERA, ASI MISMO, BIEN NUTRIDO? (PROBLEMAS NUTRICIONALES) 0 = DESNUTRICIÓN SEVERA 1 = DESNUTRICIÓN MODERADA 2 = NINGUN PROBLEMA DE NUTRICION | [] |
| 10. ¿ULCERAS O LESIONES CUTÁNEAS? 0 = SI 1 = NO | [] | 18. ¿EN COMPARACION CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, COMO CONSIDERA USTED SU SALUD? 0 = PEOR 0.5 = NO LO SABE 1 = IGUAL 2 = MEJOR | [] |

Anexo 2

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Baño (Esponja, regadera o tina) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). 1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). 0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte. | | |
| 2. Vestido | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. 0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse. | | |
| 3. Uso del Sanitario | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). 1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo. 0: Que no vaya al baño por sí mismo. | | |
| 4. Transferencias | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: 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). 1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. 0: Que no pueda salir de la cama. | | |
| 5. Continencia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: Control total de esfínteres. 1: Que tenga accidentes ocasionales. 0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente. | | |

(a) Urinaria (Tipo): _____

(b) Fecal (Tipo): _____

¿Utiliza pañal o protector?

Sí No Tiempo: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 6. Alimentación | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 1: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. 1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. 0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral. | | |

TOTAL

/6 []

CALIFICACIÓN DE KATZ

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

Anexo 3.

| ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON) | | |
|---|-----------------------------|--|
| 1) Capacidad para usar el teléfono 1: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema. 1: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. 1: Contesta el teléfono pero no llama. 0: No usa el teléfono. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2) Transporte 1: Se transporta solo. 1: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. 1: Viaja en transporte colectivo acompañado. 0: Viaja en taxi o auto acompañado. 0: No sale. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3) Medicación 1: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. 0: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. 0: Es incapaz de hacerse cargo. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4) Finanzas 1: Maneja sus asuntos independientemente. 0: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. 0: Es incapaz de manejar dinero. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5) Compras 1: Vigila sus necesidades independientemente. 0: Hace independientemente sólo pequeñas compras. 0: Necesita compañía para cualquier compra. 0: Incapaz de cualquier compra. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6) Cocina 1: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. 0: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. 0: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. 0: Necesita que le preparen los alimentos. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7) Cuidado del Hogar 1: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. 1: Necesita ayuda en todas la actividades. 0: No participa. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8) Lavandería 1: Se ocupa de su ropa independientemente. 1: Lava sólo pequeñas cosas. 0: Todos se lo tienen que lavar. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| TOTAL | | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> / 8 |

Activi
Ve a Co

Anexo 4

ESCALA DE ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Es capaz de caminar 500 metros. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. lavar paredes). | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

TOTAL

| |
|---------|
| _____/3 |
|---------|

Activar Windows
Vea la Configuración para

Anexo 5

ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)

¿Es el paciente es capaz de ?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Inclinarsse, agacharse, arrodillarse (ej. recoger objetos) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Levantar los brazos por arriba de los hombros | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. monedas) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Empujar o jalar objetos (ej. silla) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Levantar y cargar objetos de 5kg o más | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

TOTAL

| |
|---------|
| _____/5 |
|---------|

Anexo 6

| | | |
|--|--|---|
| EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL (MMSE) | 1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación) | _____ /5 |
| | 2. ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país) | _____ /5 |
| | 3. ¿Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO) | _____ /3 |
| | 4. Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65) Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés | _____ /5 |
| | 5. ¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente? | _____ /3 |
| | 6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique | _____ /2 |
| | 7. Repita la siguiente frase: "NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS" | _____ /1 |
| | 8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): "Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso" | _____ /3 |
| | 9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice "CIERRE LOS OJOS" | _____ /1 |
| | 10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir | _____ /1 |
| | 11. Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados) | _____ /1 |
| TOTAL | | <div style="text-align: right;">Ac _____ /30 Ve</div> |

Anexo 9

Escala de Zarit

| Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) | | |
|---|--|------------|
| Ítem | Pregunta a realizar | Puntuación |
| 1 | ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? | |
| 2 | ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? | |
| 3 | ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? | |
| 4 | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | |
| 5 | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| 6 | ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? | |
| 7 | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | |
| 8 | ¿Siente que su familiar depende de usted? | |
| 9 | ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? | |
| 10 | ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | |
| 11 | ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? | |
| 12 | ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? | |
| 13 | ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar? | |
| 14 | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? | |
| 15 | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | |
| 16 | ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? | |
| 18 | ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas? | |
| 19 | ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? | |
| 20 | ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? | |
| 21 | ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? | |
| 22 | En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? | |

| Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado): | |
|--|------------|
| Frecuencia | Puntuación |
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 1 |
| A veces | 2 |
| Bastantes veces | 3 |
| Casi siempre | 4 |

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Anexo 10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS POSGRAD

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO

SEDE

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio de Caso con intervenciones especializadas a una Persona Adulta Mayor con Diagnóstico Nosológico de Neumonía Multifocal bajo el Modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Objetivo:

Obtener una valoración geriátrica integral, realizando una entrevista bajo testimonio del paciente o cuidador primario para la adecuada extracción de información, aplicación de escalas de valoración Geriátrica, exploración física, aplicación del proceso atención enfermería y aplicación de plan de cuidados especializados.

Según el Reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en su título segundo que trata de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (Capítulo I), para este programa de estudio se consideran los siguientes artículos: **ARTÍCULO 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. **ARTÍCULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Encontrándose en la categoría del apartado I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por lo tanto yo: _____
(nombre del entrevistado) en pleno uso de mis facultades mentales autorizo que se realice la entrevista, se obtenga información de mi expediente clínico, realización de exploración física, aplicación del proceso atención enfermería y plan de cuidados para fines de programa de estudio en el paciente adulto mayor entendiendo de manera clara las instrucciones que se dieron por parte del entrevistador.

Firma del entrevistado:

Firma del testigo:

Fuente: L.E. Rocío de los Ángeles Pardo Mendoza.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL ANCIANO

GUÍA DE VALORACIÓN

Nombre: _____ . Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico(s) médico(s): _____

Escolaridad _____ Sabe leer y escribir _____

Ocupación _____ Estado civil _____

Religión _____ Discapacidad visual o auditiva _____

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

¿Cómo percibe su estado de salud? _____

Grupo sanguíneo _____ Enfermedades conocidas _____

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo?

se vacuna _____ realiza autoexploraciones mamarias _____

Es alérgico: sustancia _____ alimento _____ medicamento _____

¿Tiene apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico? _____

¿Cuántos ingresos hospitalarios ha tenido? _____

¿Ha recibido transfusiones? _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

| GRUPO | MEDICAMENTO(dosis) | INTERVALO | TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN |
|-------|--------------------|-----------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| BENZODIAZEPINAS, SEDANTES E HIPNÓTICOS | | | | Sí No |
|--|--|--|--|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Peso: _____Kg. Talla: _____Mt. IMC: _____

Núm. de comidas por día _____ Porcentaje de ingesta de alimentos:
solido _____ liquido _____

Capacidad para beber _____ masticar _____

tragar _____ Adoncia _____ corregida _____

¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad? _____

¿Cómo es el apetito? Anorexia _____ hiporexia _____ hiperfagia _____

Otros síntomas (vomito, nausea, regurgitaciones, reflujo acidez, etc.)

¿Cuál es el estado de la piel y mucosas (coloración, hidratación, fragilidad, temperatura)? _____

¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? _____

¿Existen lesiones en la piel? _____

A. Boca: encías: rosadas _____ blancas _____ gingivitis _____ periodontitis _____

Piezas dentales: completa _____ incompleta _____ prótesis _____ caries _____

B. Consistencia de la dieta que consume: _____

C. ¿Se nutre a través de otra vía (enteral o parenteral)? Sí _____ No _____

Especifique _____

D. ¿Presenta intolerancia a algún tipo de alimento? Sí _____ No _____

Especifique _____

MNA (Mini Nutritional Assessment)

1. IMC:

IMC<19=0 puntos. IMC 19-21=1punto IMC=21-23=2puntos. IMC>23=3puntos

2. Circunferencia del brazo (CB) en cm.

CB<21=0puntos. CB=21-22=0.5puntos. CB=>22=3puntos.

3. Circunferencia de la pantorrilla (CP) en cm.

CP<31=0puntos. CP>31=1punto.

4. Pérdida de peso durante los últimos tres meses

Mayor de 3 kg=0puntos. No lo sabe=1punto. Entre 1 y 3kg=2puntos. Sin pérdida de peso=3puntos.

5. Vive independiente (no en residencia u hospital)

No=0puntos. Si=1punto.

6. Toma más de tres medicamentos al día

Si=0puntos. No=1punto.

7. Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad reciente

Si=0puntos. No=2puntos.

8. Movilidad

Tiene que estar en cama o en una silla=0puntos. Capaz de levantarse de la cama o silla, pero no de salir=1punto. Puede salir=2puntos.

9. Problemas neuropsicológicos

Demencia o depresión grave=0puntos. Demencia leve=1punto. Sin problemas=2puntos.

10. Ulceras por presión

Si=0puntos. No=1punto.

11. ¿Cuántas comidas completas toma diariamente?

1comida=0puntos. 2comidas=1punto. 3comidas=2puntos.

12. ¿Toma la menos un lácteo (leche, queso, yogurt) diario? ¿Come legumbres o huevo al menos dos veces a la semana? ¿Come carnes, pescado o pollo a diario?

0 ó 1 Si=0puntos. 2 Si=0.5puntos. 3Si=1punto.

13. ¿Consume frutas o verduras más de dos veces al día?

No=0puntos. Si=1punto.

14. ¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses por falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o al deglutir?

Ha comido mucho menos=0puntos. Ha comido menos=1punto. Ha comido igual=2puntos.

15. ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche) consume diariamente?
(1taza=250ml)

<3tazas=0puntos. 3-5tazas=0.5puntos. >5tazas=1punto.

16. Forma de alimentarse

Incapaz de comer sin ayuda=0puntos. Se autoalimenta con dificultad=1punto.

Come solo=2puntos.

17. ¿Cree que tiene problemas nutricionales?

Importante=0puntos. No sabe o desnutrición moderada=1punto. Sin problemas=2puntos.

18. Comparándose con gente de su misma edad, ¿Cómo considera su estado de salud?

Peor=0puntos. No sabe=0.5puntos. Igual=1punto. Mejor=2puntos.

VALORACION TOTAL (máx. 30 puntos.)

>24puntos: bien nutrido, 17-23.5puntos: riesgo de desnutrición, <17puntos: desnutrición.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

MICCIÓN

Frecuencia urinaria (No./día) _____

Características (color, olor, aspecto, turbidez) _____

Molestias (disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria, Oliguria, Anuria, Hematuria, piuria, retención, tenesmo) SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

Incontinencia urinaria SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

Tratada SI _____ NO _____ con que _____

Drenajes (absorbentes, colectores, sondas, urostomías) SI _____ NO _____
¿Cuál? _____

EVACUACIONES

Frecuencia (no./día) _____

Consistencia (formada, blanda, pastosa, semipastosa, líquida, semilíquida, constipado) _____

Características (color, con parásitos, con moco, con sangre, con resto de alimentos) _____

Síntomas (dolor, fisuras, hemorroides, etc.) SI _____ NO _____

¿Cuál?

Presencia de ostomias SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

CUTANEA

Sudoración excesiva SI _____ NO _____

Drenajes/ heridas muy exudativas SI _____ NO _____

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

T/A _____ . FC _____ . FR _____ . Temp. _____ . SatO2 _____ .

Llenado capilar _____ Extenuación física _____

Reflejo tusígeno _____ secreciones _____

Expectoración _____ oxígeno suplementario _____

Fuerzan para Moverse y mantener postura: Deambula_____ uso de
auxiliares_____ tipo_____ Inmovilidad_____
tiempo_____Edema_____Delirium_____
¿Realiza actividades de ocio?_____

Antecedentes de caídas previas_____

Riesgo de caídas_____

Vulnerabilidad para presentar úlceras por presión_____

Como es su visión_____ uso de auxiliar _____

Como escucha_____ uso de auxiliar_____

Estado Cardiovascular_____

Pruebas DX (ECO, ECG, Prueba de Esfuerzo)_____

Datos de hipotensión ortostática_____

INDICE KATZ

Baño (Esponja, regadera o tina) ()

1 No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño)

1 que reciba asistencia durante el baño en una sola parte el cuerpo (ej.
Espalda o pierna)

0 Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.

Vestido ()

1 Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente sin asistencia

1 que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en
abrocharse los zapatos

0 que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse

Uso de sanitario ()

- 1 sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo)
- 1 que reciba asistencia para ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por si mismo el pañal o comodo vaciándolo
- 0 que no vaya al baño por sí mismo

()

Transferencias

- 1 Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia
- 1 Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia
- 0 Que no pueda salir de la cama

Continencia

- 1 Control total de esfínteres
- 1 Que tenga accidentes ocasionales
- 0 Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente

()

Alimentación

- 1 Que se alimente por si solo sin asistencia alguna
- 1 que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla
- 0 que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral

()

Total ___/6

Clasificación

- A** Independiente en todas las funciones
- B** Independiente en todas las funciones menos en una
- C** Independiente en todo menos en bañarse y otra función adicional
- D** Independiente en todo menos en bañarse, vestirse y otra función adicional
- E** Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra función adicional
- F** Dependencia en el baño, vestido, uso de sanitario, transferencias y otra función adicional
- G** Dependiente en las seis funciones

H Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en C, D, E, F.

ÍNDICE DE LAWTON

1) Incapacidad para usar el teléfono ()

1 Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema

1 Marca solo unos cuantos números bien conocidos

1 Contesta el teléfono pero no llama

0 No usa el teléfono

2) Transporte ()

1 Se transporta solo

1 Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos

1 Viaja en transporte colectivo acompañado

0 Viaja en taxi o auto acompañado

0 No sale

3) Medicación ()

1 Es capaz de tomarla a su hora y dosis correcta

0 Se hace responsable solo si le preparan por adelantado

0 Es incapaz de hacerse cargo

4) Finanzas ()

1 Maneja sus asuntos independientemente

0 Solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras

0 Es incapaz de manejar dinero

5) Compras ()

1 Vigila sus necesidades independientemente

0 Hace independientemente solo pequeñas compras

0 Necesita compañía para cualquier compra

0 Incapaz de cualquier compra

6) Cocina ()

1 Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente

- 0 Prepara los alimentos solo si se le provee lo necesario
- 0 Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada
- 0 Necesita que le preparen los alimentos

7) Cuidado en el hogar ()

- 1 Mantiene la casa solo con ayuda mínima
- 1 Efectúa diariamente trabajo ligero efectivamente
- 1 Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia
- 1 Necesita ayuda en todas las actividades
- 0 No participa

8) Lavandería ()

- 1 Se ocupa de su ropa independientemente
- 1 Lava solo pequeñas cosas
- 0 Todos se lo tienen que lavar

Total ____/6

| Puntuación | Dependencia | Puntuación | Dependencia |
|------------------------|-------------|------------|-------------|
| 0-1 | Total | 4-5 | Moderada |
| 2-3 | Severa | 6-7 | Ligera |
| 8 Independencia | | | |

ESCALA DE DANIELS (MCR)

| Puntuación | Interpretación |
|------------------|---|
| 0 Ningún | Ni Contracción muscular visible sin movimiento. |
| 1 Mínima. | Contracción muscular voluntaria |
| 2 Escasa. | Realiza contracción muscular voluntaria y completa el arco de movilidad sin efecto de la gravedad |

| | |
|--|--|
| 3 Regular. | Realiza contracción muscular con arco de movimiento completo a favor de la gravedad |
| 4 Buena | Realiza contracción muscular con arco de movimiento completo y vence gravedad |
| 5 Normal. Movimiento completo contra resistencia total. | Realiza contracción muscular con arco de movilidad completa y vence resistencia máxima |

Total Miembros Superiores ___/5

Total Miembros Pélvicos ___/5

CRICHTON

Valoración de escala de funcionalidad de Crichton

| Valoración del riesgo | Puntuación |
|---|------------|
| 1. Limitación física | 2 |
| 2. Estado mental alterado | 3 |
| 3. Tratamiento Farmacológico que implica riesgo | 2 |
| 4. Problemas de idioma o socioculturales | 2 |
| 5. Problemas sin factores de riesgo evidentes | 1 |
| Total | 10 |

Determinar el riesgo de caída

| Nivel | Puntos | Código |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| Alto riesgo | 4 a 10 | Rojo |
| Mediano riesgo | 2 a 3 | Amarillo |
| Bajo riesgo | 0 a 1 | Verde |

TINETTI

Parte 1 Equilibrio

| Equilibrio sentado | Puntuación |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se inclina o desliza la silla • Firme y seguro | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |
| Levantarse | |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz sin ayuda • Capaz utilizando los brazos como ayuda • Capaz sin utilizar los brazos | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Intentos de levantarse | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz sin ayuda • Capaz, pero necesita más de un intento • Capaz de levantarse con un intento | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Equilibrio inmediato (5) al levantarse | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balance del tronco) • Estable pero usa andador, Bastón, muletas u otros objetos • Estable si usar bastón u otros soportes | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Equilibrio en bipedestación | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inestable • Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 0 cm) o usa bastón, andador u otro soporte • Base de sustentación estrecha sin ningún soporte | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Empujon (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiende a caerse • Se tambales, se sujeta, pero se mantiene solo • Firme | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Ojos cerrados (en la posición anterior) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inestable • Estable | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |
| Giro de 360° | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pasos discontinuos • Pasos continuos • Inestable (se agarra o tambalea) • Estable | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 0 • 1 |
| Sentarse | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inseguro • Usa los brazos o no tiene un movimiento suave • Seguro, movimiento suave | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |

Total Equilibrio /16 puntos

Tinetti Parte II: Marcha

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

| Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande) | Puntuación |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar • No vacila . | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |
| Longitud y altura de paso | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Movimiento del pie dcho.: <ul style="list-style-type: none"> — No sobrepasa al pie izdo. con el paso — Sobrepasa al pie izdo. • Movimiento del pie izdo. <ul style="list-style-type: none"> — No sobrepasa al pie dcho., con el paso — Sobrepasa al pie dcho. — El pie izdo., no se separa completamente del suelo con el peso — El pie izdo., se separa completamente del suelo | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 0 • 1 • 1 • 1 |
| Simetría del paso | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho., no es igual • La longitud parece igual | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |
| Fluidez del paso | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Paradas entre los pasos • Los pasos parecen continuos | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |
| Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desviación grave de la trayectoria • Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria • Sin desviación o ayudas | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 |
| Tronco | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Balanceo marcado o usa ayudas • No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> No se balancea, no reflexiona, ni otras ayudas | <ul style="list-style-type: none"> 2 |
| Postura al caminar | |
| <ul style="list-style-type: none"> Talones separados Talones casi juntos al caminar | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 |

Puntuación marcha: 12

Puntuación Total: 28

Escala de BRADEN modificada

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Percepción sensorial | 1 a 4 |
| 2. Exposición a la humedad | 1 a 4 |
| 3. Actividad | 1 a 4 |
| 4. Movilidad | 1 a 4 |
| 5. Nutrición | 1 a 4 |
| 6. Roce y peligro de lesiones | 1 a 3 |
| 6-12 con riesgo | 13 o mas sin riesgo |

Directrices

- ❖ Asear y secar la piel evitando la fricción
- ❖ Lubricar la piel diario o PRN
- ❖ Colocar dispositivos estáticos durante 2 hrs. por 1 hr. de secanso durante las 24 hrs.
- ❖ Cambiar de posición al paciente cada hora o máximo cada 2 hrs, si el estado hemodinámico del paciente lo permite.

Índice de Nagi (Discapacidad)

| ¿Es el paciente capaz de...? | Si | No |
|---|----|----|
| 1. Inclinar, agacharse, arrodillarse (ej. recoger objeto) | | |
| 2. Levantar los brazos por arriba de los hombros | | |
| 3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. monedas) | | |
| 4. Empujar o jalar objetos (ej. silla) | | |
| 5. Levantar y cargar objetos de 5 kg o más | | |

Escala Rosow-Breslaw (Movilidad)

| | Si | No |
|--|----|----|
|--|----|----|

| | | |
|--|--|--|
| 1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso | | |
| 2. Es capaz de caminar 500 metros. | | |
| 3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. lavar paredes) | | |

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

¿A qué hora regularmente se va dormir? _____ ¿A qué hora se levanta? _____

Durante el día acostumbra a tomar siestas

Si _____ No _____ Numero _____ Tiempo _____

¿Se le dificulta conciliar el sueño? Si _____ No _____ Algunas Veces _____

Con qué frecuencia a la semana _____

¿Despierta durante la noche? Si _____ No _____ Algunas veces _____

Con qué frecuencia _____

Considera que el ambiente en donde duerme es el adecuado para lograr su descanso y conciliar el sueño (es decir la iluminación, ventilación, temperatura y está libre de ruido) _____

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL

CAM-Delirium

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

- ❖ ¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?
- ❖ ¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2. Desatención

- ❖ ¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención? (por ejemplo, se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tienen dificultad para saber de qué se está hablando)

3. Pensamiento desorganizado

- ❖ ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración de conciencia

- ❖ ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

| | |
|----|--|
| 1. | Alerta (normal) |
| 2. | Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales) |
| 3. | Letárgico (inhibido, somnoliento) |
| 4. | Estuporoso (es difícil despertar) |

***Para el diagnostico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos**

| 6.1 Escala EVA _____ | 6.2 Escala Glasgow _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|--|-----------|-------------|-------|-----------------|------------|---|-----|---|-------|---|------------------|---------|---|-----------|---|---------|---|-------------|---|------------------|---------|---|---------|---|---------|---|----------|---|----------|---|---------|---|-----------|---|---------|---|
|  <p>0 Muy contento, sin dolor</p> <p>2 Siente sólo un poquito de dolor</p> <p>4 Siente un poco más de dolor</p> <p>6 Siente aún más dolor</p> <p>8 Siente mucho dolor</p> <p>10 El dolor es el peor que puede imaginarse</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ESCALA DE COMA DE GLASGOW</th> </tr> <tr> <th>PARÁMETRO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">ABERTURA OCULAR</td> <td>ESPONTÁNEA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>VOZ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>DOLOR</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">RESPUESTA VERBAL</td> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ORIENTADA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CONFUSA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>INAPROPIADA</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">RESPUESTA MOTRIZ</td> <td>SONIDOS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OBEDECE</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>LOCALIZA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>RETIRADA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>FLEXIÓN</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EXTENSIÓN</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> | ESCALA DE COMA DE GLASGOW | | | PARÁMETRO | DESCRIPCIÓN | VALOR | ABERTURA OCULAR | ESPONTÁNEA | 4 | VOZ | 3 | DOLOR | 2 | RESPUESTA VERBAL | NINGUNA | 1 | ORIENTADA | 5 | CONFUSA | 4 | INAPROPIADA | 3 | RESPUESTA MOTRIZ | SONIDOS | 2 | NINGUNA | 1 | OBEDECE | 6 | LOCALIZA | 5 | RETIRADA | 4 | FLEXIÓN | 3 | EXTENSIÓN | 2 | NINGUNA | 1 |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARÁMETRO | DESCRIPCIÓN | VALOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABERTURA OCULAR | ESPONTÁNEA | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VOZ | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DOLOR | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPUESTA VERBAL | NINGUNA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ORIENTADA | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CONFUSA | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INAPROPIADA | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPUESTA MOTRIZ | SONIDOS | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NINGUNA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OBEDECE | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LOCALIZA | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RETIRADA | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FLEXIÓN | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXTENSIÓN | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Examen mínimo del estado mental (MMSE-deterioro cognitivo)

- 1.- ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación) _____/5
 - 2.- ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país) _____/5
 - 3.- Repita estos tres objetos (MESA, LLAVE, LIBRO) _____/3
 - 4.- Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93,86,79,72,65) _____/5
 - 5.- Cuales fueron los tres objetos mencionados anteriormente _____/3
 - 6.- Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique _____/2
 - 7.- Repita la siguiente frase: **NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS** _____/1
 - 8.- cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente : Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso _____/3
 - 9.- Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice: **Cierre los ojos** _____/1
 - 10.- escriba una frase, enunciado u oración con cualquier cosa que me quiera decir _____/1
 - 11.- copie estos dibujos (pentágonos cruzados) _____/1
- Total _____/30

Prueba de Reloj

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 6.3 Alteración sensorial: | | 6.4 Alteración cognitiva | |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Audición | <input type="checkbox"/> | Orientación | <input type="checkbox"/> |
| Visión | <input type="checkbox"/> | Atención y calculo | <input type="checkbox"/> |
| Olfato | <input type="checkbox"/> | Comprensión | <input type="checkbox"/> |
| Tácto | <input type="checkbox"/> | Lenguaje | <input type="checkbox"/> |
| Gusto | <input type="checkbox"/> | Concentración | <input type="checkbox"/> |
| Dispositivos | | de | apoyo: |

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS):

Instrucciones: Preguntar si desea participar en un cuestionario que tiene que ver con su estado de ánimo, de ser positiva la respuesta responder solo si o no y si desea expresar alguna situación se aborda una vez finalizado el cuestionario.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**

10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI** / NO

11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / **NO**

12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI** / NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / **NO**

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI** / NO

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI** / NO

RESULTADO:

- ❖ Las respuestas en **negrita** indican depresión.
- ❖ Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.
- ❖ Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.
- ❖ Un puntaje \geq 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.
- ❖ Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

¿Se han producido cambios en su cuerpo? (amputación de algún miembro, cirugía reciente, colocación de catéter para diálisis peritoneal) _____

Si es así ¿Cómo los ha asumido? _____

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

FAMILIOGRAMA

(Desarrollo de Familiograma e interpretación)

Apgar Familiar

| Cuestión | Casi nunca | A veces | Casi siempre |
|--|------------|---------|--------------|
| ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Siente que su familia le quiere? | 0 | 1 | 2 |
| Total | | | |

- **Test de Apgar familiar. Entre 3 y 6 disfunción leve en la percepción familiar (riesgo de alteración del patrón). Por debajo de 3 disfunción grave (patrón alterado).**

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué 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 sólo su experiencia.

| Nombre _____ _____ Fecha _____ Expediente _____ | Nunca 0 | Rara vez 1 | Algunas veces 2 | Bastantes veces 3 | Casi siempre 4 |
|--|------------|---------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| 1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | | | | | |
| 3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | | | | | |
| 5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? | | | | | |
| 7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? | | | | | |
| 8A. ¿Cree que su famili | | | | | |
| 9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | | | | | |
| 11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar? | | | | | |
| 12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? | | | | | |
| 13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? | | | | | |
| 14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende? | | | | | |
| 15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | | | | | |
| 16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo? | | | | | |
| 17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? | | | | | |
| 18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros? | | | | | |
| 19B. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? | | | | | |
| 20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar? | | | | | |
| 22A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | | | | | |

ESCALA DE EVALUACIÓN

- ❖ La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110.
- ❖ A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos.
- ❖ En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: **22-46 (no sobrecarga)**, **47-55 (sobrecarga leve)**; y **56-110 (sobrecarga intensa)**.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Mujer:

¿Cuándo comenzó la menstruación?

¿A qué edad apareció la menopausia?

¿Tiene sequedad vaginal?

¿Tuvo problemas menstruales? Sí _____ No _____ especificar _____

¿Hubo problemas o cambios en sus relaciones sexuales (dispareunia)?

Si _____ No _____ especificar _____

Gestas _____ Partos _____ Cesariás _____ Abortos _____ Hijos _____

¿Le realizaron alguna Cirugía? Si _____ No _____ Especificar _____

¿Utilizó algún método anticonceptivo? Si _____ No _____ Especificar _____

Conductas de riesgo (especificar) _____

Varón

¿Tiene problemas de próstata? _____

| SÍNTOMAS DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA | SI | NO |
|--|----|----|
| Dificultad para empezar a orinar | | |
| Disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario | | |
| Disuria | | |
| Nicturia | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Urgencia por ir al baño. | | |
| Tenesmo vesical | | |
| Incontinencia urinaria | | |

- Conductas de riesgo (especificar)_____

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Ha cursado por cambios importantes en los dos últimos años (casa, salud, situación familiar)? _____ ¿Qué tipo de cambios? _____

¿Ha tenido alguna crisis (personal, social, familiar)? _____

¿De qué tipo? _____

¿Cuándo ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha resuelto? _____

En la forma de resolver sus problemas ¿ha tenido éxito? _____

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

¿Practica alguna religión? _____

¿La religión es importante en su vida? _____

¿Le ayuda cuando surgen dificultades? _____

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. García-Zenón T, Villalobos-Silva JA, Trabado-López ME Neumonía comunitaria en el adulto mayor Evid Med Invest Salud 2013; 6 (1) [internet] consultado el 24 de abril 2019 disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43097&id2=>
2. Iglesias González Rosario et al. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus, Diabetes Práctica 2014; 05(Supl Extr 2): p 14. [internet] consultado el 24 de abril 2019 disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
3. Gil Gregorio et al., Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátrica de Gerontología Coordinación editorial IMC International Marketing & Comunicación S.A. (2013) pp 211,216 [Internet] consultado el 24 de abril 2019. Disponible en: http://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf
4. Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth; London, 17 October 2016; (internet) Consultado el día: 22 de Julio 2019 Disponible en: https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1
5. Marilyn Victoria Martínez-Olivares, Blanca Elsi Cegueda-Benítez, Guillermina Romero-Quechol, María Estela Galarza-Palacios, María Guadalupe Rosales-Torres Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Medigraphic (Internet) Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):3-8
6. García García Mari Carmen. Metaparadigma Modelo y Teoría en Enfermería Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Internet] 2015 [consultado 01 Agosto 2019]; 7 (8):1. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>
7. IDEM 6, pág.1

8. Vergara G.M. Proceso Atención Enfermería aplicada a Taller de Lactancia Materna Basada en los patrones Funcionales de Margory Gordon (Tesis de grado), Universidad Nacional Autónoma de México CDMX Noviembre 2017. consultado el día 22 de julio 2019, disponible en: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8CK6GU6BCGMLKIDN24IY6AK6UKEB8P VVV5QDGRT7QIRPHVKQHT19686?func=findacc&acc_sequence=002434105
9. IDEM 8, pág.18
10. IDEM 8, pág. 19
11. Reina NC. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Redalyc [Internet] 2010 [consultado el 21 de Oct de 2018] 17 (1) pág. 18-23 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
12. Arribas Chachá Antonio, et al., (2016). FUDE Observatorio de Enfermería. Valoración de Enfermería estandarizada. Madrid. 11-14pp. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf
13. IDEM 12, pág. 20-22
14. IDEM 12, pág. 23-25
15. Carlos D´Hyver de las Desesa, Valoración Geriátrica Integral, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [internet] 2017 [consultado 06 Febrero 2020]; 60 (3): pp. 39 -40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
16. IDEM 15, pp. 41
17. Domínguez-Ardila Ángela María, García-Manrique Juan Gabriel, Valoración Geriátrica Integral, Medicina, (2014), Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia. Bidiunam, volumen 21 número 1, pp.21
18. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (2) [Internet] consultado el 04 Abril 2019 disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/321-327>
19. IDEM 15, pp. 41
20. IDEM 15, pp. 42
21. Organización Panamericana de la Salud, Módulos de Valoración Clínica, Evaluación Funcional del Adulto Mayor, (2015) pp 32-45 [Internet]

Consultado el día: 31 de Marzo 2019. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/yoshuazapata/evaluacin-funcional-adulto-mayor>

22. IDEM 15, pp.44

23. Mimenza Alvarado Alberto, Aguilar Navarro Sara, Guía Práctica de Demencias primera edición, México DF. (2013).

24. IDEM 15, pp.44-46

25. Muñoz Silva Carolina. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención primaria en Chile. Rev Med Chile 2015;143-612-619 [Internet] Consultado el día 18Marzo 2019 Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>

26. García López M^a Victoria, Rojas Ocaña M^a Jesús, Enfermería del anciano, 2017, DAE, pp.163- 182, (internet) consultado el 29 de abril 2019 disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/617/183/#zoom=z>

27. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos Secretaria de Salud 2009. [Internet] consultado el 29 abril 2019, disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

28. Prevención, diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

29. IDEM 26 pág. 173.

30. IDEM 28 pág.7.

31. Neumonía. Una de las primeras causas de atención de salud en México. El Universal, 13/11/17. Ciencia y Salud. Salud.

32. IDEM 26. pág. 173.

33. Báez-Saldaña Renata et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica, 2013 Neumol Cir Torax, Vol. 72, Suplemento 1, pp 17-18. disponible en: <http://www.medigraphic.com/neumologia>.

34. IDEM 33 pág.16.
35. IDEM 33 pág. 32.
36. Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos. Evidencias y recomendaciones [Internet] Consultado el día 15/11/18 disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf
37. Olga H. Torres, Eva Gilb, Cristina Pachob, Domingo Ruiza, Actualización de la neumonía en el anciano, 2013, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Vol. 48. Núm. 2. Páginas 72-78 [internet] Consultado el día: 04 septiembre 2019 disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12001540>
38. IDEM 36 pág. 29-33.
39. Arredondo López Abel Armando et al. Asumiendo el control de la Diabetes, México, 2016, Fundación Mídete, pp 47 (Internet) consultado el día 30 d abril de 2019, disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
40. Albert Boada Valmaseda, Atención al paciente con diabetes y neumonía en Atención Primaria, 2017;08(01):1-48, [Internet] consultado el 29 abril 2019, disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1495108237.04_casos_dp_8-1.pdf
41. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.
42. IDEM 41 pág.12
43. Detección y Manejo del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud, 2013.
44. IDEM 43 pág. 10.
45. Pio Iván Gómez Sánchez, OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOÉTICA Y EL COMPROMISO DE CONCIENCIA, Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 21, número 1, enero-marzo 2016. pp. 27
46. Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México ISBN-970-721-023-0, México, D.F.

diciembre, [2001] [internet] consultado el 8/11/18 disponible en: www.ssa.gob.mx

47. Carta de Derechos de los Pacientes, Comité de ética en investigación, SSA, [internet] consultado el día 09/noviembre/2018, disponible en: <http://www.incmnsz.mxopencms/contenido/investigación/comiteEtica/cartaderechospacientes.html>
48. Falleiros Arlant LH, Ferro Bricks L. Hacia un mejor control de la influenza mediante la vacunación. Rev. Chil de Infectología [Internet] 2015 consultado el 14 Mayo 2019; (2):198 Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&bd=edssci&AN=edssci>
49. Guía de Práctica Clínica para la valoración gerontogerítrica integral en el adulto mayor ambulatorio. México: Secretaria de Salud 2011.
50. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Reyna Sofía España octubre 2015, [internet] Consultado el día: 10 Noviembre 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2015/d4_terapia_respiratoria.pdf
51. Hernández-Martínez, Liz AU - Ochoa, Kattia, Técnicas de fisioterapia respiratoria y tolerancia a la actividad física en adultos mayores con enfermedad respiratoria crónica, Revista Enfermería Herediana, 2015, 5(2):105-113 [Internet] Consultado el 30 de abril del 2019, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/297679942_Tecnicas_de_fisioterapia_respiratoria_y_tolerancia_a_la_actividad_fisica_en_adultos_mayores_con_enfermedad_respiratoria_cronica
52. Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en Adultos. Evidencias y recomendaciones (Internet) Consultado el día 15/11/18 disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf
53. Casas-Vásquez Paola, Ortiz-Saavedra Pedro, Penny-Montenegro Eduardo. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Feb 18]; 33(2):335-341. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200020&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2153>.

54. Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor, México: Secretaría de Salud 2010.
55. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la comunidad en adultos, Secretaria de Salud, 2009. [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/ER_IMSS_234_9.pdf
56. Guía de Práctica Clínica de “Interacciones farmacológicas potenciales en la atención del Adulto Mayor”, México, Secretaría de Salud 2010. [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-688-INTERACCIONES_FARMACOLOGICAS_ADULTO_MAYOR/IMSS-688-13-GER-INTERAC_FARMAC_EN_ADULTO_MAYOR.pdf
57. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable, Guía de referencia rápida: Catálogo Maestro de GPC: IMSS 657-13, México 2013 [Internet] consultado el 19 Febrero 2020, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxt_txde_dm_en_adulto_vulnerablegr.pdf
58. Javier Olivera-Pueyo, Carmelo Pelegrín-Valero, Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve, *Psicogeriatría* 2015; 5 (2): 45-55 [Internet] Consultado el día 15/11/18 disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf
59. Camargo-Hernández K del C, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Rev Univ. Salud.* 2017; 19(2):163-170. [Internet] consultado el 22 Febrero 2019, disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
60. Cardona García N, Granada Ramírez JC, Tapasco Y pia MA, Tonguino Rosero S. Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2016; 48(4): 516-525. [Internet] consultado 14 Marzo 2019 disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016010>
61. Intervenciones de Enfermería para el Cuidado del Adulto Mayor con Deterioro Cognoscitivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 02/12/2015 [Internet] consultado 19 Marzo 2019 disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

62. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.[Internet] Consultado el 22 Enero 2019 Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gp>
63. Cardona García N, Granada Ramírez JC, Tapasco Ypia MA, Tonguino Rosero S. Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(4): 516-525. [Internet] consultado el 19 Marzo 2019 disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016010>