



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

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

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES,
RELACIONADO CON DIFICULTAD PARA DEGLUTIR, EVIDENCIADO POR PESO
CORPORAL POR ABAJO DEL RANGO DEL PESO IDEAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ VEGA

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. JULIETA GRANDE VÁZQUEZ

FECHA

MARZO 2023

CIUDAD **INNOVADORA**
Y DE **DERECHOS**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a un Adulto Mayor con Desequilibrio Nutricional: Ingesta Inferior a las Necesidades, relacionado con Dificultad para Deglutir, evidenciado por Peso Corporal por abajo del Rango del Peso Ideal

Elaborado por:

1.	<u>Rodriguez</u>	<u>Vega</u>	<u>Miguel Angel</u>	No. Cuenta	<u>417508843</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

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

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 15 de marzo del 2023


Mtra. Julieta Grande Vázquez
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Directora Técnica de la carrera



CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTO

El apoyo es un impulso que he recibido a lo largo de mi vida, teniendo la fortuna de contar con él desde casa y encontrar gente que a lo largo del camino me ha brindado su apoyo, obteniendo una gran motivación y una ayuda para cada día esforzarme más y cumplir mis metas, por ello quiero agradecerles con unas breves y sinceras palabras.

A mi Madre a quien siempre ha estado conmigo, me alienta, me impulsa, me orienta, tiene confianza y fe en mí, sin ella no existiría este trabajo, sin ella no conociera la pasión de hacer las cosas, sin la cual no estaría aquí.

A mi hermano de quien siempre he tenido un abrazo, palabras de aliento, una sonrisa amable en un mal momento, un consejo, alguien que siempre pase lo que pase estará ahí, al que le debo mucho y me impulsa a siempre dar lo mejor de mí mismo.

A la Maestra Julieta Grande, quien me dirigió, me oriento, guío y ayudo en la realización del presente trabajo.

A la Maestra Alicia Matamoros, quien me apoyo, me encamino, me dio confianza, y me impulso a ser mejor para explotar mis conocimientos, dando el paso para convertirme en lo que ahora soy.

A la Maestra Norma Sánchez quien me oriento, me dio confianza y me impulso a ser mejor, mejorando mis conocimientos y mi ser profesional.

Contenido		
I	INTRODUCCIÓN.	
II	JUSTIFICACIÓN.	
III	OBJETIVOS.	
	3.1 General.	
	3.2 Específicos.	
IV	MARCO TEÓRICO.	1
	4.1 Enfermería como Profesión Disciplinar.	1
	4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.	2
	4.2 El cuidado como objeto de estudio.	6
	4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico.	9
	4.2.2 Tipos de cuidado.	13
	4.3 Modelos y Teorías de Enfermería.	15
	4.3.1 Definición objetivos y clasificación.	20
	4.3.2 Relación de los modelos y teorías con el Proceso de Atención de Enfermería.	23
	4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P. A. E.	26
	4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P. A. E.	32
	4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodología para brindar cuidado a la persona.	37
	4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.	38
	4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería (P. A. E.)	40
	4.5 La persona.	46
	4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.	47
	4.5.2 Padecimientos más frecuentes del adulto mayor.	53
	4.5.3 Descripción del padecimiento.	54
V	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	59
	5.1 Presentación del caso clínico.	59
	5.2 Valoración inicial y continua.	61
	5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.	67
	5.4 Plan de intervención de enfermería.	73
	5.5 Ejecución.	95
	5.6 Evaluación.	96
	5.7 Plan de alta.	97
	CONCLUSIONES.	100
	GLOSARIO DE TÉRMINOS	102
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
	ANEXOS	113

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza analizando los conceptos base de Enfermería como lo son:

La enfermería como profesión disciplinar: La cual nos brinda el enfoque humanístico que se imprime al cuidado de la salud de los seres humanos, retomando los conceptos básicos de enfermería que la sustentan como disciplina profesional, el cual nos brinda el metaparadigma y nos indica el campo de estudio.

Mencionando el cuidado como objeto de estudio, siendo el eje fundamental del actuar de la enfermería y el enfoque que tenemos, brindando los 4 pilares fundamentales, tomando en cuenta el enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico, retomando los tipos de cuidado, como lo es el CARE y CURE, analizando los modelos y teorías en enfermería, mencionando las definiciones, objetivos, clasificación y la relación de los modelos y teorías con el proceso de atención de enfermería, sin olvidar los aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A.E.

Se describirán los aspectos más importantes del Desequilibrio Nutricional como complicación de la Enfermedad Cerebro Vascular para lograr satisfacer las necesidades metabólicas del individuo, siendo este el eje fundamental del presente trabajo.

Para la realización de este trabajo se seleccionó un paciente al que se le brinda atención en domicilio aplicando el proceso enfermero en cada una de las etapas que lo componen, iniciando con la valoración tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson y sus 15 necesidades, utilizando la taxonomía NANDA para la realización de los diagnósticos enfermeros, siguiendo con la taxonomía NOC en el cual se describen los diferentes objetivos y los resultados esperados con base en los indicadores, posteriormente se selecciona las intervenciones adecuadas a las necesidades del paciente, utilizando la taxonomía NIC, continuando con la

ejecución es el momento de realizar las intervenciones que seleccionamos y después se realizó la evaluación de las intervenciones realizadas, lo cual nos indicó que fueron las idóneas, siendo este el momento para valorar si es necesario reestructurar el proceso.

Por último, concluyendo, que el trabajo aquí presente me dejó un amplio aprendizaje, desarrollo personal, profesional y el desarrollo de nuevas habilidades en la realización y aplicación del Proceso Atención Enfermero.

II. JUSTIFICACIÓN

Siguiendo a la OMS: la desnutrición es la ingesta insuficiente de alimentos de forma continuada, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos.

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una patología frecuente, representantes de los Ministerios de Sanidad de los estados miembros de la Unión Europea, expertos, representantes de las administraciones sanitarias y de grupos de seguros sanitarios, ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) y ENHA firmaron, el 11 de junio de 2009, la Declaración de Praga. En ella concluyeron que la DRE es un problema urgente de salud pública y de cuidados sanitarios en la Unión Europea causante de una morbilidad y una mortalidad innecesarias.

En México, según la ENSANUT; el 6.9% de la población de adultos mayores cursan con desnutrición, a nivel mundial, este grupo poblacional presenta prevalencias de desnutrición entre un 23 y 60%. De acuerdo a la SEGOB en México la desnutrición se presenta en hasta el 20% de los hombres mayores de 70 años que viven en el hogar familiar debido a que son más renuentes de acercarse a los servicios de salud.

El pobre estado de nutrición en la población del adulto mayor es un área de preocupación importante. La pérdida de peso no intencional o involuntaria y la desnutrición en esta etapa de la vida, contribuyen a un decline progresivo en la salud, lo que afecta el estado funcional y cognitivo, que incrementan la utilización de los servicios de salud, la institucionalización prematura y la mortalidad, desde hace más de una década se han reportado rangos de incidencia de desnutrición que abarcan del 12.0% al 50.0%; entre la población de ancianos hospitalizados y del 23.0% al 60.0% entre aquellos que viven en condiciones de institucionalización.

Los efectos de la desnutrición generan costos en el sistema de salud, de acuerdo a estimaciones de la INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá) y SICA (Sistema de la Integración Centroamericana) la carga de desnutrición equivale al 1.7 % del PIB, como resultado de las pérdidas de productividad potenciales asociadas a la desnutrición.

En la población del adulto mayor se asocia principalmente a un mayor riesgo de mortalidad, mayores tasas de infección, disminución de la función física, un aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más largas, agravamiento y aumento de la mortalidad de las personas con enfermedades agudas y/o crónicas, así como un deterioro global de la calidad de vida de las personas que la sufren.

La importancia de realizar este Proceso de Atención de Enfermería es que nos permitirá conocer más a fondo lo que es la Desnutrición como complicación del EVC, así como los cuidados que se realizaran en el tratamiento de dicha enfermedad, ya que los profesionales de la salud deben brindar atención y promoción a la salud durante la práctica profesional, guiando y orientando al paciente y su familiar hacia una recuperación adecuada, brindándoles información acerca de los procedimientos y el adecuado cuidado que debe tener a través de una sana alimentación, una buena higiene personal, un seguimiento adecuado del tratamiento y con ello prevenir posibles complicaciones.

Nuestra meta como profesionales de la salud en enfermería es lograr ayudar al paciente a una recuperación favorable y satisfactoria con calidad, humanismo y calidez, ya que para el paciente es un proceso difícil en las actividades de la vida diaria, en la recuperación de las heridas y es difícil cambiar los hábitos alimenticios y estilo de vida que llevan.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

El pasante de enfermería realizará un Proceso de Atención Enfermería (P.A.E) a un Paciente Adulto Mayor con Desequilibrio Nutricional ingesta inferior a las necesidades el cual se encuentra en su domicilio utilizando el modelo de Virginia Henderson que nos permita identificar las necesidades alteradas de acuerdo a la taxonomía NANDA, NOC, NIC con eficiencia y eficacia que coadyuve a la recuperación y satisfacción del paciente con la finalidad de obtener el título de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

3.2 Específicos:

- Realizar la valoración basada en Virginia Henderson que nos permita identificar las necesidades prioritarias y detectar factores de riesgo para limitar los posibles daños a fin de detectar oportunamente los daños ocasionados por el desequilibrio nutricional en paciente adulto mayor.
- Estructurar diagnósticos de enfermería basados en la NANDA al paciente adulto mayor con desequilibrio nutricional con el fin de delimitar daños y evitar que existan complicaciones mayores en el adulto mayor.
- Implementar la Clasificación de los Resultados de Enfermería para describir y obtener resultados en relación a las intervenciones que se vayan a realizar.
- Establecer Intervenciones de Enfermería en el hogar para satisfacer las necesidades del paciente adulto mayor con desequilibrio nutricional.
- Evaluar las intervenciones de enfermería aplicadas al paciente adulto mayor con desequilibrio nutricional para valorar el avance o retroceso de las mismas.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Enfermería como Profesión Disciplinar

Como disciplina, la Enfermería posee un cuerpo de conocimiento propio, distinto al de otras disciplinas, el cual evoluciona de manera independiente para dar respuesta a los fenómenos de su interés y competencia: el cuidado y la salud; esto con el fin de tomar parte en los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de individuos, familias y comunidades, al tratar de resolver los problemas presentes en la práctica. Como ciencia en construcción, tiene un objeto de estudio al que muchos académicos y enfermeros denominan “cuidado”, y otros, “cuidado de enfermería”, el cual se define como el núcleo central, característica unificadora, esencia y epicentro de la Enfermería. En torno a él gira todo el cuerpo de conocimiento teórico de la disciplina, como forma de hacer visible la naturaleza de la Enfermería, influenciando la teoría, la investigación, la educación y la práctica de la Enfermería.

En la actualidad, con los avances en el desarrollo de maestrías, doctorados e investigaciones en la disciplina, se espera que la práctica de la Enfermería sea gobernada y transformada por la teoría de Enfermería, puesto que es en la práctica donde debe validarse y hacerse visible la ciencia de Enfermería. Sin embargo, existen dificultades a la hora de observar la aplicación de dicho conocimiento en el escenario práctico. Cada vez más, aumenta la evidencia cualitativa y cuantitativa de la Enfermería en torno a cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud, pero, a pesar de ello, la brecha entre el saber teórico y el hacer práctico sigue abierta. Aún no se evidencia la articulación continua y fluida que debe existir entre la teoría y las acciones en la práctica como fundamento para la toma de decisiones en el escenario real. Y cuando se logra, su articulación no siempre es asertiva.¹

¹ El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica 1. (s/f). Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de: <https://revistas.uosario.edu.co/xml/562/56242524013/html/index.html>

La identidad profesional lo da el enfoque humanístico que imprime al cuidado que presta a la salud de los seres humanos. Hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y lo profesional.

- HOMBRE (persona: paciente y enfermera/o).
- ENTORNO (ambiente: del paciente y de la enfermera/o).
- SALUD (vida).
- CUIDADO (acción, intervención terapéutica de enfermería).

Para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad:

- El ser, que se refiere a nuestro ethos, a su indagación filosófica, al humanismo.
- El saber, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer.
- El hacer o quehacer, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.²

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

La Enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la Enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de Enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en

² Ibarra Mendoza, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 20, 147–152. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.21>

relación con la Enfermería, el objetivo de los cuidados y su praxis. La enfermería es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del paciente. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente, por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno.

Desde el México Antiguo hasta hoy en día, la atención primaria de la salud siempre ha estado en manos de las mujeres, sólo basta recordar que, durante muchos siglos, el cuidado de la familia, incluyendo la atención del embarazo, parto y cuidado del niño sano, ¡estuvo en manos de las mujeres llamadas "tlamatquicitl" o "ticitl".

Es a partir de la década de los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de Enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Éstos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de Enfermería, porque parten de teorías distintas sobre la persona.³

Todo el mundo reconoce que la enfermería tiene sus raíces en las necesidades humanas fundamentales. Tanto si se trata de una persona sana como de una enferma, la enfermera debe tener presente el ineludible deseo humano de alimento, de techo, vestidos, de amor y comprensión, de un sentido de utilidad y dependencia mutua en las relaciones sociales. Cada cultura las expresa en forma diferente y cada persona de manera propia. No se deben considerar como una fórmula que explique la conducta humana, la cual sigue siendo un misterio, a pesar de todo lo que se ha aprendido sobre ella. Según se ha dicho, tales necesidades no abarcan

³ Modelos enfermería. (s/f). Enfermeriablog.com. Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/>

específicamente el anhelo común de una fe confortadora en un Poder Superior que sirve al hombre de punto de referencia, de guía de su conducta.⁴

La enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan.

Enfermería: Es el conjunto de estudios para la atención autónoma de cuidado de enfermos, heridos y personas con discapacidad, siguiendo pautas clínicas.

Es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan, un profesional de enfermería, en cambio, tiene estudios universitarios y entregan cuidados especializados y participan en los diagnósticos clínicos.

Funciones de la enfermería como profesión

La enfermería tiene cuatro funciones básicas o especializaciones:

- Asistencial: se enfoca en la función social y consiste en el cuidado de los pacientes.
- Investigadora: recopila conocimientos médicos basados en evidencias para el mejor tratamiento.
- Docente: forma enfermeros y educa ciudadanos.
- Administradora: consiste en la gestión del cuidado, o sea, la planificación, organización y evaluación de los profesionales con respecto a los cuidados médicos necesarios.

Enfermería transcultural y enfermería intercultural

4 Henderson, V., & Departamento De Sociología, R. N. (s/f). PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. Gob.mx. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PRINCIPIOSBASICOS.pdf>

La estadounidense Madeleine Leininger (1925-2012) es la fundadora de la enfermería transcultural que consiste en conocimientos sobre las diferencias y semejanzas culturales que existen para un cuidado más efectivo y adecuado del paciente.

- La enfermería transcultural es una disciplina donde los profesionales de la enfermería identifican valores culturales, creencias y prácticas para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.
- La enfermería intercultural es practicada por enfermeros que tienen conocimientos sobre diferentes culturas y las aplican intuitivamente en su trabajo. El conocimiento no es formal sino pragmático.

El intercambio de la enfermería transcultural como estudio formal y la enfermería intercultural como aprendizaje adquirido ayudará a mejorar la atención y cuidado de los enfermos de una forma más humana en el mundo globalizado en que vivimos.⁵

Metaparadigma.

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. La función del metaparadigma, según Fawcett, 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. Los componentes del metaparadigma son:

⁵ Significado de Enfermería. (2016, octubre 27). Significados. <https://www.significados.com/enfermeria/>

- Persona: incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.
- Entorno: identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.
- Salud: estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.
- Cuidado: 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”.⁶

4.2 El cuidado como objeto de estudio

“El objeto de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo un prisma dialéctico materialista.” (Puga, 2007)

Sin embargo, Watson habla que todos los factores del cuidar tienen un componente fenomenológico recíproco de los seres implicados en las vivencias que contempla Enfermería específicamente, a medida que los ideales fundamentales van modificándose con el paso del tiempo se ha añadido



una dimensión espiritual al cuidado como la creación de un sistema más humanístico en el que se aprende mucho más de enfermedades educadoras que ayudan a los pacientes a que aprendan conductas favorables para el mejoramiento

6 Medicos, P. (2015, agosto 2). Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería - Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Revista-portalesmedicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>

de su salud. Ya que no solo el poder de voluntad es la respuesta en sí, aunque se considera muy importante incluyendo creencias relevantes que incluyen el bienestar mental, entendiendo mejor estos fenómenos podemos analizar una nueva manera de estimular el pensamiento para un mejor entendimiento de sí mismo y de los demás.

Desde el punto epistemológico se ha ido construyendo un pensamiento que apoya el crecimiento disciplinar como esencia y la razón de un ser, desde las distintas teorías de Enfermería que definen los metaparadigmas salud, persona, entorno nace una nueva forma estandarizada de atender cada una de estas definiciones desarrollando nuevos conocimientos a través de un método científico y sistemático que ha reconocido nuevos procesos fundamentales para Enfermería. Otras teorías señalan que la investigación genera intranquilidad ya que los hechos sucedidos fenomenológicamente solo son pronósticos y no se puede adelantar en lo que sucede en el ser humano después, pero si se puede preparar con los cuidados enfermeros con los acontecimientos que sucederán después.

Como explica Robinson: las etapas de desarrollo de habilidades intelectuales y motoras que se ponen en práctica en el quehacer diario de Enfermería, son: la enfermera interna que comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones complejas desarrollando así un plan de atención básico. La enfermera competente, en la que hace referencia a la profesional que se encuentra en la etapa en la cual domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, además se basa en experiencias previas dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia. La enfermera ya es competente en cuanto a analizar, predecir y actuar. Por último, la enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un

equipo de trabajo en mejora continua, dando como un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares.⁷

La Enfermería como profesión tiene su principal pilar en el cuidado de las personas. Ahora bien, para poder proporcionar un cuidado es preciso tener en cuenta la imagen de la persona como elemento primario del cuidado. Tras el proceso de investigación se puede establecer que la persona ha experimentado una evolución a lo largo de la historia comenzando con el conocimiento de sí mismo hasta llegar a la comprensión de la persona desde el prisma del cuidado.

Principios fundamentales en Enfermería

Es preciso imponer siempre un límite a las decisiones profesionales, y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en su dignidad de ser humano; se les debe ayudar y aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la "verdad" al paciente y a sus familiares revisten la característica de obligación moral y con inusitada frecuencia imponen un dilema bioético que plantea aprender a decir la verdad, pero no toda la verdad en un instante, sino aquella parte que les beneficie y no la que les hiere.

Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son:

- Promover la salud: Constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.
- Prevenir las enfermedades: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo,

7 de Enfermería, R. M. y. (2019, abril 25). El cuidado eje fundamental del conocimiento de Enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión. Ocronos - Editorial Científico-Técnica; Ocronos - Revista Médica y de Enfermería. <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>

sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

- Restaurar la salud: Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria.
- Aliviar el sufrimiento: Mejorar y realizar un acompañamiento que le permita al paciente y su familia no sentirse solos en situaciones difíciles, son algunas de las tareas que hacemos en el día a día, así como contrarrestar el sufrimiento que los afecta, reconociendo que es un duro camino que hemos decidido acompañarlos a recorrer.⁸

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico

Filosófico:

La filosofía es la “búsqueda del saber”; por sus raíces etimológicas es “amor por la sabiduría” y se puede definir como la ciencia encargada de investigar las causas y leyes que subyacen a la realidad. Las ramas de la filosofía, entre otras, son: lógica, ética, estética, epistemología, metafísica, axiología, política, etcétera.

La enfermería se beneficia de la filosofía, ya que ella rige sus métodos a través de la lógica y la ética (Silva, 1977).

La epistemología tiene que ver con la teoría del conocimiento en la investigación filosófica, y la ciencia de la enfermería se ha caracterizado por dos ramas filosóficas: el racionalismo y el empirismo (Marriner, 2007).

Finalidad de la filosofía en enfermería

- Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.

⁸ Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

- Enfocar la enfermería como disciplina científica.
- Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso.

Importancia de la filosofía para la enfermería

- Le recuerda su sistema de creencias.
- La guía en la obtención de metas éticas dentro de la educación, práctica e investigación.
- Rige el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería.⁹

Teórico:

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.

Las primeras teorías de enfermería aparecieron a finales del siglo XIX cuando se puso un fuerte énfasis en la educación de enfermería. A continuación, se mencionan brevemente cada una de ellas.

- En 1860, Florence Nightingale definió la enfermería en su «Teoría Ambiental» como «el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación».
- En la década de 1950, hay un consenso entre los académicos de enfermería de que la enfermería necesitaba validarse a sí misma a través de la producción de su propio cuerpo de conocimiento científicamente probado.

⁹ Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF SCIENCE OF CARING La alegoría de la caverna de Platón con la profesión de enfermería [Internet]. Org.mx. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>

- En 1952, Hildegard Peplau introdujo su Teoría de las Relaciones Interpersonales que enfatiza la relación enfermera-cliente como la base de la práctica de enfermería.
- En 1955, Virginia Henderson conceptualizó el papel de la enfermera como ayudar a las personas enfermas o sanas a obtener independencia en la satisfacción de 15 necesidades fundamentales. Así se desarrolló su Teoría de Necesidades de Enfermería.¹⁰

Metodológico:

Desde que Hall definió en 1955 el Proceso de Atención de Enfermería como “un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente” se han dado muchas definiciones, pero todas redundan en la idea central de método para tomar decisiones. Y en eso consiste el Proceso de Enfermería, como lo dejan patente definiciones, claras y precisas, de dos referentes en el estudio de la metodología enfermera:

“Método de identificación y resolución de problemas” (Gordon, 1996: 10).

“Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados” (Alfaro, 1999: 4).

Método: Es un término que procede del griego meta: a través o más allá, y odos: camino, sendero. En sentido estricto un método no es otra cosa que un camino, una secuencia de pasos, que proporciona cierta sistemática a la toma de decisiones. En la práctica clínica esas decisiones tienen por objeto resolver problemas del paciente para cubrir sus necesidades básicas. Y tal como hemos visto más arriba, la enfermera desarrolla su actividad empleando un método.¹¹

10 Santiago A. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. *yoamoenfermeria.com*. Álex Santiago; 2021 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>

11 Ucm.es. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>

Enfoque metodológico

Desde el punto de vista metodológico, los cuidados de enfermería se han descrito como un proceso el cual está comprendido como una serie de etapas que están relacionadas entre sí. Esta relación es indispensable para el desempeño de la práctica profesional enfermera, desde la primera fase del proceso de cuidados. Éstos, se hacen ver desde las intervenciones de enfermería, que deben responder a un proceso científico de toma de decisiones a partir de una fase inicial como es la valoración. La búsqueda e identificación de dichas intervenciones debe hacerse a partir de la taxonomía NIC, que utiliza un lenguaje normalizado y global para describir las intervenciones del profesional de enfermería en los diferentes diagnósticos de enfermería en base a los problemas de salud detectados, basadas todas ellas en investigaciones recientes que sustentan la evidencia científica de dichas intervenciones.

Enfoque práctico

La práctica del cuidado son las interacciones humanas y sociales que se establecen entre los sujetos del cuidado que permite, desde lo histórico y lo cotidiano, movilizar e integrar las capacidades para utilizar los recursos disponibles en la satisfacción de necesidades de salud y la continuidad de la vida. El cuidado y la práctica precisan de conductas que deben ser proporcionadas que incluyen proporcionar presencia, ofrecer un tacto afectivo y escucha atenta.

La actividad profesional nos enfrenta habitualmente a problemas complejos que requieren de un método que proporcione la seguridad y eficacia a nuestras decisiones. Pero es la naturaleza de los problemas, la diversidad y complejidad de sus soluciones lo que nos hace precisar de la ciencia. Para el profesional de enfermería que se enfrenta a problemas complejos y maneja soluciones complejas

precisa de la ciencia enfermera y técnicas de pensamiento crítico para elaborar juicios clínicos enfermeros.¹²

4.2.2 Tipos de cuidado

Para Marie Françoise Collière “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”.

Según Collière se pueden distinguir dos tipos de cuidados de diferente naturaleza:¹³

- Los cuidados de costumbre y habituales, que corresponden al vocablo inglés care y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Son cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí misma (o a sus hijos menores) conforme van adquiriendo autonomía cognitiva, funcional y moral suficiente: comer, beber, vestirse adecuadamente para protegerse del frío o del calor, desplazarse, relacionarse con los demás, vivir de acuerdo a las propias creencias y valores.
- Los cuidados de curación, en inglés cure, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Los cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos.

¹² Xunta.gal. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en:

https://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/Sistema+nervioso+completo_0.pdf

¹³ Búsqueda, [®], Mexicana De Cardiología, S., Mexicana De Enfermería, R., Número, C., -December, S., Carolina, L., & Vargas, O. (s/f). Otras secciones de este sitio. Medigraphic.com. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>

Lo anterior nos lleva a considerar la práctica profesional de Enfermería como algo que incorpora valores, ya que la enfermera no es neutral cuando presta sus cuidados al demandante de sus servicios, en la medida en que hace elecciones morales (proairesis), escogiendo unos medios y desechando otros en virtud de los contextos de cuidados y de sus propios valores y creencias, y elaborando juicios deontológicos respecto a su propio quehacer.¹⁴

Existe otra clasificación sobre los cuidados directos y cuidados indirectos (Mena Tudela):

1. Los cuidados indirectos son aquellos relacionados con el entorno del paciente y cuestiones organizativas como comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinares, sesiones clínicas, etc.

2. Los cuidados directos son aquellos que se realizan directamente sobre los pacientes. A su vez, se dividen en:

- Cuidados técnicos: en general, se asocian a las enfermedades que motivaron el ingreso y su tratamiento, e implican la realización de procedimientos instrumentales.
- Cuidados específicos relacionados con la hospitalización: son responsabilidad de los servicios de enfermería, están orientados hacia la seguridad de las personas y se relacionan con la pérdida de autonomía. Requieren de procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos (úlceras por presión, caídas, adherencia al tratamiento, etc.).¹⁵

¹⁴ Roche, I. (s/f). ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA. Enciclopedia-bioderecho.com. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>

¹⁵ Mena Tudela D, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Cuidados basicos de enfermeria. Universitat Jaume I; 2016.

4.3 Modelos y Teorías de Enfermería

Los modelos y teorías de Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de Enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos:

- **Filosofía:** Amor al conocimiento.
- **Ciencia:** Es tanto cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.
- **Conocimiento:** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.
- **Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la Enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.
- **Modelo:** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría.

Martha Raile y Anne Marriner Tomey en su obra Modelos y teorías en enfermería proponen, en 2007, como tipos de trabajo teórico, las filosofías, los modelos conceptuales en enfermería, las teorías en enfermería y las teorías intermedias en enfermería:

- Las filosofías analizan, razonan y exponen tratando de encontrar el significado de los fenómenos de la enfermería.

- Los modelos conceptuales de enfermería son amplios y definen los elementos metaparadigmáticos de la enfermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.
- Las teorías de enfermería están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando más específicas que los modelos, conforman la categoría más específica de la clasificación, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.
- Las teorías intermedias son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.¹⁶

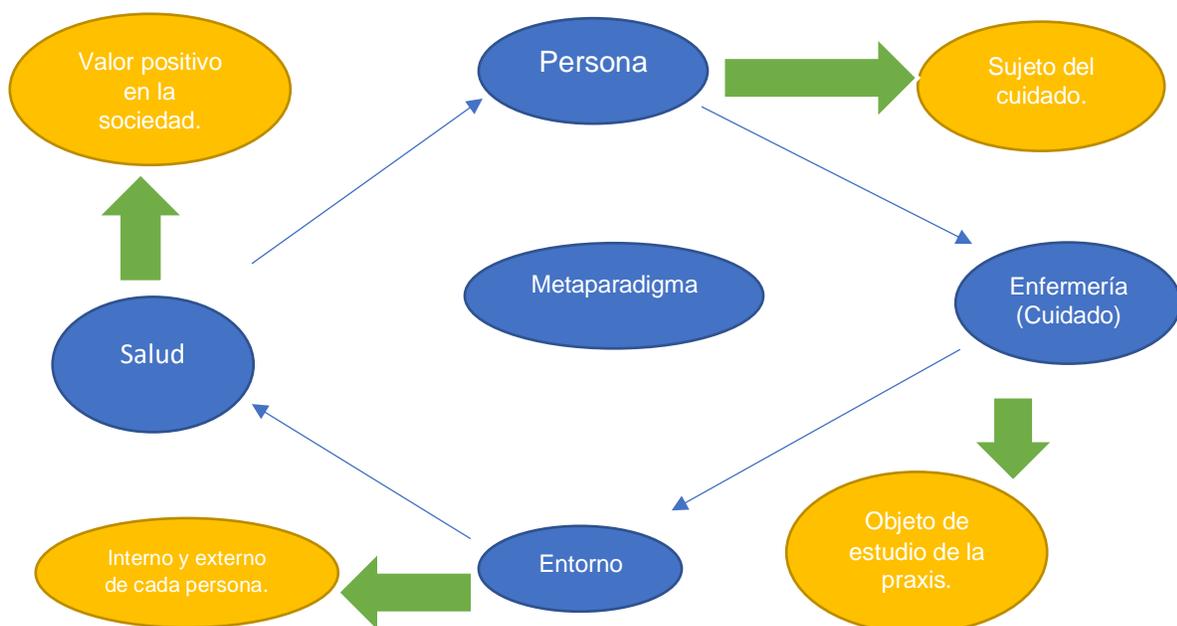
Modelo conceptual: Sirven de guía para la práctica, formación, investigación y la gestión de los cuidados de enfermería.

Paradigma: Es un patrón de suposiciones y conocimientos sobre la realidad y el mundo, incluyen nociones de la realidad, las cuales son inconscientes o son dadas por hecho.

Metaparadigma: El metaparadigma es el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería: está constituido por conceptos altamente abstractos que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre los fenómenos (Kuhn, 1977).¹⁷

16 (S/f). Berri.es. Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050#:~:text=El%20modelo%20conceptual%20de%20enfermer%C3%ADa,una%20propuesta%20de%20realidad%20ideal>.

17 (S/f-b). Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/Fundamentos%20de%20enfermer%C3%ADa.%20Ciencia,%20metodolog%C3%ADa%20y%20tecnolog%C3%ADa.pdf>



A continuación, se presenta un breve resumen de las principales teóricas de enfermería:

Florence Nightingale: Teoría del Entorno

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

mejora en las condiciones de vida personales y de la comunidad. La teoría del entorno de Nightingale consta de cinco elementos importantes:

Ventilación adecuada.

- Luz adecuada.
- Calor suficiente.
- Control de efluvios.
- Control del ruido.

Para ella, los cuidados de enfermería van más allá de la compasión: plantea la importancia de la observación y de la experiencia. Sus estudios se fundamentan en datos estadísticos, el conocimiento de la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas son fundamentales.

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

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

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia.

Henderson establece 15 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.

6. Selección apropiada de la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.
15. Sexualidad.

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

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

1. Teoría del autocuidado: Define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el Autocuidado. Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.
 - La agencia de autocuidado: capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
 - Requisitos de Autocuidado: circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. También se denominan necesidad de autocuidado.

2. Teoría del déficit de Autocuidado. Trata de justificar la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.
3. Teoría de sistemas de enfermería. Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería. Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:
 - Sistema de compensación total: requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
 - Sistema de compensación parcial: se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero precisa la ayuda de la enfermera.
 - Sistema de apoyo educativo: cuando satisface sus requisitos de autocuidado, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta.¹⁸

4.3.1 Definición objetivos y clasificación

Definición: Los modelos de Enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de Enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

El modelo conceptual de enfermería tiene como objetivo tratar de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos metaparadigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos

¹⁸ [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/MODELO%20Y%20TEORIAS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>

son un paso previo a la elaboración de las teorías. Por ende, que es importante una comprensión, razonamiento y aplicación del mismo modelo a través del cual se pretende lograr la mejoría del individuo, grupo o comunidad que se intenta abordar a través del mismo.

Objetivo: El modelo de enfermería permite unificar criterios, conceptos y lenguaje, y en la medida en que sea comprendido y apropiado, puede cualificar la práctica clínica. El emplear un lenguaje compartido y promover la autonomía le facilita al profesional hacer la diferencia a favor del paciente.

Clasificación: Existen diferentes clasificaciones de los modelos teóricos de enfermería a continuación se describen algunas de las más utilizadas e influyentes.

Esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

Paradigmas de enfermería:

Para Kérouac se distingue 3 paradigmas teniendo en cuenta el cómo fueron evolucionando los cuidados:

Paradigma de la Categorización (1850-1950): Los fenómenos son divisibles. Las relaciones que se establecen son lineales y causales. La enfermera suple las incapacidades, ya que es la que tiene el conocimiento, de esta Se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

Orientación hacia la salud pública.

Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos XVIII y XIX las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezmaron a la población. La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que

basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa.

Orientación hacia la enfermedad.

Esta etapa comienza en el siglo XIX. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/sistemas por separado.

Paradigma de Integración (1950-1975): La persona es el eje central de la disciplina. La relación es circular e interaccional. La enfermera es consejera, ayuda a escoger los comportamientos de salud. A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología. El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.

Paradigma de Transformación (1975- actualidad): El fenómeno se describe como único, complejo y global. La enfermera es partícipe junto a la persona de los cuidados. Existe un gran número de enfermeras asistenciales que no encuentran aplicabilidad de los modelos teóricos en el trabajo diario y se preocupan por su habilidad técnica y el dominio de los procedimientos sin echar de menos la aplicación de una metodología para planificar los cuidados. Probablemente por la alta tecnificación, los profesionales se encuentran en el paradigma de la categorización.

Escuelas de Pensamiento

Al igual que los paradigmas de enfermería, se trata de una clasificación efectuada por Kérouac. En ella se agrupan los modelos y teorías en función de la orientación que los cuidados de enfermería reciben. Al ser una clasificación bastante concreta, resulta útil a la hora de utilizarla para estudiar y analizar los diferentes modelos y las relaciones existentes entre ellos. Se agrupan en seis escuelas: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del caring.

Clasificación de Modelos Teóricos en Escuelas

Las principales características de las escuelas de enfermería son:

- Escuela de Necesidades: define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.
- Escuela de Interacción: concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- Escuela de los Efectos Deseables: intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.
- Escuela de la Promoción de la Salud: destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.
- Escuela del Ser Humano Unitario: se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.
- Escuela del Caring: Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.¹⁹

4.3.2 Relación de los modelos y teorías con el Proceso de Atención de Enfermería

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas

¹⁹ [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/MODELO%20Y%20TEORIAS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>

acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (fawcett, 1996).²⁰

En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirma: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.²¹

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías centradas en el paciente. Su aplicación requiere enfermeras que demuestren competencias teóricas, prácticas y personales, que les permitan valorar situaciones particulares, determinar diagnósticos de enfermería, planear acciones pertinentes, ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos con ellas. El P.A.E. implica interacción entre la enfermera y el paciente para que entre ambos puedan identificar necesidades

20 De Enfermería, F., Modelos, T. Y., Enfermería, D. E., Cisneros, F., & Enfermera Especialista, G. (s/f). UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA. Edu.co. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

²¹ G, F. C. (05 de Febrero de 2009). *Universidad de cuaca*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

insatisfechas para éste y si es del caso, planear conjuntamente las acciones, amén de buscar estrategias para el afrontamiento.²²

Esta metodología usada por una disciplina para la resolución de problemas es conocida como metodología científica. La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías y será el proceso de enfermería, el método mediante el cual se aplican estas teorías en la práctica asistencial. Permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Identificar el estado de salud del paciente (individuo, familia o Comunidad) y sus problemas o necesidades reales o potenciales para realizar planes dirigidos a realizar las intervenciones que las resuelvan.²³

Autoras que se relacionan con el presente caso

Autora	Obra	Características principales
Virginia Henderson 	Teoría de las 15 necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> • La persona es un todo completo con 15 necesidades básicas. • La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. • Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.
Dorothea Orem 	Teoría del déficit del autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado= Requisitos universales. • Evolución continuada de sus ideas en 3 teorías.
Nola Pender 	Modelo de promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de la asistencia enfermera es la “salud óptima” del individuo.

22 De Enfermería, F., Modelos, T. Y., Enfermería, D. E., Cisneros, F., & Enfermera Especialista, G. (s/f). UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA. Edu.co. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

23 De, M., & Pae, E. (s/f). Actualización en Enfermería familiar y comunitaria. Enfermerialugo.org. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf

<p>Madeleine Leininger</p> 	<p>Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en los cuidados. • Su metodología procede de la antropología.
<p>Florence Nightingale</p> 	<p>Teoría de las necesidades básicas humanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza la pirámide de las necesidades de Maslow. • Manipulación del entorno del paciente para favorecer su cuidado.
<p>Callista Roy</p> 	<p>Modelo de la adaptación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los seres humanos son holísticos y trascendentes. • Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad. • Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.

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

A) Ética:

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona.

Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

- **Principio de beneficencia:** se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
- **Principio de la no maleficencia:** se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
- **Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.
- **Principio de autonomía:** se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.²⁴

²⁴ Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes. La calidad en la atención de enfermería es una manifestación de la equidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones, así como de la satisfacción del paciente. Ninguno de estos principios tiene un comportamiento independiente. Inculcar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos en nuestro personal es un objetivo esencial de la formación profesional en la actualidad, en tanto cada vez se pone de manifiesto con más fuerza la necesidad de preparar al hombre para su inserción plena, responsable y eficiente en un mundo complejo, heterogéneo y cambiante en el que la ciencia y la tecnología avanzan vertiginosamente y en el que cada día adquiere mayor relevancia la participación del factor subjetivo en el desarrollo social.²⁵



La bioética constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos:

1. La ética implica siempre una acción acorde con estándares morales.
2. La ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que "los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos.

Esta nueva disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se une con la alta tecnología para ofrecer nuevos métodos con el fin de conservar la vida; pero que en ocasiones priva al paciente del calor humano y de su derecho propio a la vida, y también a la muerte. Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud constituyen el centro medular para la preservación de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, y evitan que la

²⁵ Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano.²⁶

En relación a la confidencialidad de la información está estrechamente vinculada con los dos principios éticos que Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería profesional, añadiera a los tradicionales principios de la ética hipocrática: no hacer daño y hacer el bien.²⁷

Decálogo:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

26 Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista cubana de oftalmología*, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

27 ETICA DE LOS CUIDADOS. (s/f). Index-f.com. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10404.php>

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

B) Legal

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Es la encargada de normar y regir a los ciudadanos mexicanos, protegerlos, mostrar sus derechos y sus obligaciones.

Artículo 4to.- Este artículo en sus fracciones aparte de decirnos que todo y toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo 5to.- Dispone que la ley determinará en cada estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben cumplirse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

Ley General de Salud: Es la encargada de regir el que hacer y no hacer de acuerdo a su preparación, al igual que es la encargada de hacer cumplir sus derechos y obligaciones.

- Artículo 1º Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.
- Artículo 2º El derecho a la protección de la salud.
- Artículo 3º La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud.

- Artículo 6° I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos.
- Artículo 53° Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- Artículo 77° Bis 9. Para incrementar la calidad de los servicios.
- Artículo 77° Bis 37. IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de enfermería: Son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2007. La práctica de enfermería en el sistema nacional de salud: Regular la profesión de enfermería en sus diferentes niveles de competencia, para proteger a la población de prácticas riesgosas al recibir atención de personal de enfermería que no está calificado ni académica ni profesionalmente.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica: Establece los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, para el control de la hipertensión arterial sistémica y con ello evitar sus complicaciones a largo plazo.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales: Establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control

epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación:

Establece los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SSA1-93, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley:

Establece las especificaciones que deben de cumplir las sondas de hule látex natural modelo Foley dos y tres vías, estériles, de un solo uso, para garantizar la protección de la salud humana y disminuir los riesgos en la cateterización de los usuarios.

Guía Práctica Clínica: Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer nivel de Atención:

Establece un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

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

Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Para el presente trabajo de titulación (P.A.E.) se tomó como referencia a la Dra. Virginia Henderson debido a que se basa en los modelos de las necesidades humanas y contempla al ser humano con componente biológicos psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y que necesitan ayuda para su independencia.

Es relevante también debido a que las actividades que marca de enfermería están dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila, debido a que la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 15 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legítima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.²⁸

Función de enfermería: La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico". Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un

28 (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/lc0714.pdf>

programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

Elementos Fundamentales del modelo

- El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.
- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.
- El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

- a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia, la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.
- b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones. En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

- c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.²⁹

Henderson establece 15 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal: Capacidad de la persona para mantener su intercambio gaseoso con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.
2. Alimentación e hidratación adecuada: Capacidad de la persona para beber y comer masticar y deglutir. Igualmente, de tener hambre y poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.
3. Eliminación de los desechos corporales: Capacidad de la persona para eliminar orina y materia de manera autónoma, asegurando su higiene íntima. También saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas: Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, asimismo, de arreglar su domicilio, aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort.
5. Sueño y descanso: Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.
6. Selección apropiada de la ropa: Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente,

29 (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/criticos.pdf>

capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.

7. Mantenimiento de la temperatura corporal: Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado: Capacidad de la persona para asearse a sí mismo y mantener su higiene personal, así como de servirse de productos y de utensilios para mejorar el mantenimiento de la piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc. y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.
9. Prevención de los peligros ambientales: Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.
10. Comunicación: Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores: Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción: Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, reforzando así su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y dedicarse a ello con interés, dedicación y empeño.
13. Participar en actividades recreativas: Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas

personales (por ejemplo, un juego, leer, ver una película), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal: Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

15. Sexualidad: Capacidad de la persona de satisfacer la sexualidad y su reproducción, se toma en cuenta el conocimiento de planificación familiar que tiene el paciente y resalta la necesidad del mismo en este punto, para de esta forma realizar un plan de acción en este tema.

Henderson identifica tres niveles de función enfermera:

- **Sustituta:** La función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- **Ayudante:** Diseña las intervenciones clínicas.
- **Compañera:** Construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.³⁰

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

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional,

30 (S/f). Berri.es. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050#:~:text=El%20modelo%20conceptual%20de%20enfermer%C3%ADa,una%20propuesta%20de%20realidad%20ideal>.

siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico. Muestra de ello lo confirma su utilización en el área asistencial, por ejemplo, en algunas instituciones de salud del país, donde se ha implementado el Proceso de Enfermería en cada uno de los servicios asistenciales incluyendo el recibo y entrega de turno, organizando el cuidado de los pacientes con la ayuda de un software que permite registrar los diagnósticos de Enfermería que se digitan en la historia electrónica y se documentan en el plan de cuidados de Enfermería.

Es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes tanto comunitarias como asistenciales, y que éste proceso ha sido aceptado y aprobado por la academia de Enfermería a nivel mundial, por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje de Enfermería en la mayoría de los países. Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Enfermería es un instrumento válido y metodológico, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno; y porque a través de la implementación y evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado y el estatus del profesional de Enfermería.³¹

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema, se formula una meta que se asemeja

³¹ Reina G. NC. Redalyc. [Online].; 2010. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.

a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados.

Objetivos

1. Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
2. Imprimir a la profesión un carácter científico.
3. Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
4. Traza objetivos y actividades evaluables.
5. Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
6. Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

En la planificación de los cuidados del cliente, el ideal sería que la enfermera estableciera los objetivos con él y su familia. Los objetivos serán realistas, medibles y basados en la valoración de enfermería. Los criterios de resultado se agrupan de acuerdo con los períodos de tiempo recomendados para su logro.

Ventajas:

- Asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.
- Asegura la atención individualizada, continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de los problemas.
- Permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Al usuario le permite participar en su propio cuidado.
- Garantiza las respuestas a sus problemas reales y potenciales.
- Facilita la comunicación.
- Concede flexibilidad en el cuidado.
- Al personal de enfermería genera satisfacción en el trabajo.
- Permite conocer objetivos importantes para el usuario.
- Propicia el crecimiento profesional.

- Proporciona información para la investigación.

Desventajas:

- Se puede mencionar que las desventajas radican en su aplicación ya que tienen que ver con, la falta de tiempo; la sobrecarga laboral y es un método extenso. Es un desafío para las próximas generaciones de enfermeras/os el acrecentar el trabajo que se ha venido haciendo desde años con el Proceso de Enfermería, con el propósito de beneficiar a las personas con la calidad y oportunidad del cuidado y además fortalecer la enfermería basada en la evidencia, utilizando instrumentos propios como el P.A.E., contribuyendo indirectamente a través de los resultados y continuidad de su aplicación, a mejorar la calidad de vida y trabajo del profesional de Enfermería.
- No siempre se cuenta con el material necesario para implementar el P.A.E., no contar con el número de enfermeros suficientes para realizar el P.A.E. esto provocando que la implementación no sea del todo satisfactoria, no todos los enfermeros están realmente empapados con la normatividad del mismo. También se consideran las siguientes aseveraciones del personal de enfermería, falta de tiempo, falta de conocimientos, considera que no tiene una herramienta para realizarlo, limita otras actividades de enfermería, no hace parte de sus funciones laborales.³²

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería (PAE)

Valoración

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos.³³

³² Sánchez Castro JC. op. cit. p.5-6. (13)

³³ (S/f-b). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/lc0714.pdf>

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

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

Obtención de datos

Los datos se obtienen: fuentes directas o primarias y fuentes indirectas o secundarias.

- Fuentes directas o primarias: el propio paciente. La familia o la comunidad pueden ser también primarias cuando ellas mismas son el objeto de estudio.
- Fuentes indirectas o secundarias: familiares, personal sanitario, bibliotecas y hemerotecas y todos los datos previamente elaborados. Deben reunirse antes de ver al paciente.

Entrevista clínica: Se obtiene la mayor cantidad de información, además de facilitar la relación entre la enfermera y el paciente, permite al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas.

Observación: Método básico de valoración que se inicia con el primer encuentro. Consiste en el examen del paciente para determinar estados normales y anormales. Precisa de práctica y disciplina.

Exploración física

Inspección: examen visual del paciente, que se centra en el aspecto, color, forma, situación, simetría, movimiento del cuerpo, así como algunas cavidades, como la boca. Utilizamos la vista, aunque podremos ayudarnos de un otoscopio u oftalmoscopio.

Auscultación: apreciación mediante el sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea la actividad del corazón, del pulmón y vías respiratorias (auscultación pulmonar), el tránsito del tubo digestivo (auscultación abdominal), o cualquier otra causa (auscultación fetal, articular, etc.).

Percusión: apreciación, por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos, que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. El carácter del sonido determina la localización, tamaño, densidad y límites de un órgano.

Palpación: apreciación manual de la sensibilidad, consistencia, forma, tamaño, situación, humedad, vibración, pulso y movilidad gracias a la sensibilidad táctil, térmica, vibratoria y sentidos de presión de las manos.

Interpretación de los datos: Una vez recogidos todos los datos debemos realizar una validación, asegurarnos de que la información recogida es veraz y completa con el objetivo de evitar errores diagnósticos. Deben confirmarse todos aquellos datos dudosos o incongruentes.

Organización y síntesis de los datos: Al validar la información debemos pasar a organizar todos los datos. La forma para la organización de datos puede ser: por sistemas o aparatos, por exploración de cabeza a pies, siguiendo un modelo de enfermería (por necesidades humanas según la teoría de Maslow, por patrones funcionales según Marjory Gordon, por necesidades básicas utilizando el modelo de Virginia Henderson, por patrones de respuesta humana de la NANDA I), etc.

Organización de los datos según modelos de enfermería: 15 de necesidades de Virginia Henderson: La independencia en todas y cada una de estas necesidades implica salud y desarrollo.

Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

Diagnóstico

La segunda etapa es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser diagnósticos enfocados en el problema, de Riesgo, de Promoción a la Salud y Síndrome.

- Diagnóstico Enfocado en el Problema: es un juicio clínico sobre un Respuesta humana indeseable a una condición de salud / proceso de vida que existe en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico de Riesgo: es un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana indeseable a las condiciones de salud / procesos de vida.

- Diagnóstico de Promoción a la Salud: un juicio clínico sobre motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por una disposición a mejorar comportamientos de salud específicos y pueden usarse en cualquier estado de salud. En los casos en que las personas no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y luego actuar sobre los clientes nombre. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico de Síndrome: es un juicio clínico sobre un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y, por lo tanto, se aborda mejor a través de intervenciones similares.

Planeación

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

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas. Establecer prioridades en los cuidados, planteamiento de los objetivos del usuario con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería y documentación y registro.

Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro,

donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

A la hora de valorar el estado actual de salud del paciente, cada vez que empecemos una intervención debemos valorar si la intervención es todavía apropiada. Durante la intervención también debemos valorar al paciente, debemos controlar sus respuestas y reducir riesgos. Finalizada la intervención debemos realizar una nueva valoración del paciente para identificar las posibles respuestas obtenidas de la intervención.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tener en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

Consecuentemente, el Proceso de Enfermería es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado, donde algunas teóricas de Enfermería como Abdellah, Orlando, Newman, Watson, Swanson, Leninger, Orem, Henderson, entre otras, coinciden en que a través de la operacionalización del meta paradigma:

persona, entorno, salud y enfermería, se involucra el proceso de enfermería, por lo menos en tres etapas: la Valoración donde se describe la observación como primer paso en el proceso, luego el Diagnóstico con el cual se realiza la intervención basado en los conocimientos propios de Enfermería y de áreas de conocimiento relacionadas y posteriormente la Evaluación, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de cuidado de las personas.³⁴

4.5 La persona

En la persona se sintetiza la naturaleza racional, cuerpo, alma o espíritu, características que conforman la individualidad de cada ser, que ofrecen la posibilidad de darse cuenta de lo que desea y la conciencia de sí mismo, es lo que le hace elegir aquello que le aportará beneficio en su deseo de alcanzar el bienestar, es lo que le da libertad, aunque esa autonomía en la persona está influenciada por los valores que rigen su conducta en la sociedad. El reto es grande, pero al cuidar del otro en función de lograr su bienestar implica, tomar en cuenta todo lo que conforma a la persona, en su sentido individual como social, ya que sólo así es posible decir que se cuida del otro, de su existencia o de su fin digno, recordando y respetando la persona que ha existido en el mundo. Se debe reflexionar en la visión que ha predominado en nuestra profesión sobre la persona, para avanzar hacia otros paradigmas que permitan trascender más allá de la perspectiva técnico – científica y reflexionar en el cuidado, a partir de la comprensión existencial de la persona en su dimensión humana, una de las propuestas para ello está en el estudiar las ciencias humanas a través del paradigma de la fenomenología que las ha enriquecido.³⁵

34 (S/f). Redalyc.org. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

35 Profesional P, Enf L, Laura O, Trujano J, Rosa M, Ostigüín Meléndez M, et al. El concepto de persona, como determinante del cuidado [Internet]. www.bvsalud.org. [citado el 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1028517/332-manuscrito-anonimo-642-1-10-20180416.pdf#:~:text=La%20persona%20es%20individual%2C%20pero,cuidado%20y%20no%20ignorar%20lo%20ya>

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. El envejecimiento según “Harman”, podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo.

Clasificación de la vejez según el Instituto Nacional de Geriatria INGER: 2019

- Viejos-jóvenes a las personas de 60 a 74 años.
- Viejos-viejos a los de 75 a 84 años.
- Viejos-longevos a los de 85 a 99 años.
- Centenarios a los de 100 años y más.³⁶

“Streheler” nos da cuatro características que matizan el concepto:

- Es universal para todos los individuos de una especie dada.
- Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia fuera. Es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.
- Es un fenómeno progresivo.
- Es un fenómeno deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, podemos decir que se presentan las cuatro características vitales anteriormente descritas y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

- Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, etc.
- Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, etc.
- Substrato: alteraciones moleculares. Ejemplo: glucemia.

36 Gob.mx. [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf

Cambios biológicos

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías. La trama tisular y las células del organismo debido a factores exógenos tales como los agentes físicos, los agentes químicos y los agentes biológicos y por otra parte los factores endógenos: neoplasias, autoinmunidad y los trastornos genéticos producen o bien una respuesta insuficiente de la célula o que no ésta no responda (lesión) o que la respuesta sea una inadaptación de la célula a dicha situación, generando en cualquiera de los casos la vulnerabilidad del organismo.

Por otra parte, tenemos la “APOPTOSIS”: muerte celular programada. Durante el desarrollo celular hay un equilibrio entre proliferación de células y apoptosis, es un proceso selectivo, las células están programadas genéticamente para desaparecer selectivamente. Sin embargo, durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica resultando un déficit de células. Muchas teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento:

- Teorías orgánicas o sistémicas: El buen funcionamiento de los órganos depende del buen funcionamiento de sus células. Las células viejas funcionan peor. Además, en algunos órganos, las células mueren y no son reemplazadas; por lo tanto, el número de células disminuye.³⁷
- Teorías celulares: El proceso de envejecimiento ocurre en consecuencia de estar la carga eléctrica de los componentes celulares ligados de modo particular a los iones negativos. Estas se enfocan en la importancia del DNA o ADN (ácido desoxirribonucleico) celular y pretenden que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo.

37 Stefanacci RG. Cambios corporales relacionados con el envejecimiento [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>

- Teorías moleculares: Propone que el genoma nuclear, actuando como un "reloj molecular" o "reloj celular", es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento pasando por la madurez sexual.

Pero hay otros factores que pueden estar también implicados en el envejecimiento. Un aspecto importante son los cambios en la respuesta inmune con la edad creciente³⁸.

- Teorías del envejecimiento programado: Catele y Du Nouy nos dicen que todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa.
- Teorías evolutivas: La senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado.³⁹

Abordaremos por su importancia los cambios que se producen en el envejecimiento en el sistema nervioso. El sistema nervioso es un sistema de comunicación y tiene la misma estructura que cualquier sistema de comunicación, consta de: un emisor, un receptor (las proteínas), un panel que transmite la señal y como resultado se produce una respuesta. El sistema nervioso tiene una estructura que forma lo que se podría llamar unas redes de comunicación, cuyo procesamiento se lleva a cabo en la corteza cerebral y cerebelo, en la retina, en los núcleos lisis del SNC y en los ganglios vegetativos del SN Periférico. Las neuronas serán las encargadas de transmitir y la sinapsis es la zona de contacto, necesario para que la trasmisión sea posible. En el envejecimiento se produce una perdida neuronal, una disminución del volumen cerebral, una disminución de la sustancia blanca, de la corteza cerebral frontal y del cuerpo estriado y todo ello debido a la muerte celular y/o atrofia celular.

38 Sld.cu. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008

39 Teorías de Envejecimiento [Internet]. Tribunadelinvestigador.com. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>

En el envejecimiento se produce no tanto la muerte celular sino la disminución del tamaño de las mismas y un declinar de la sinapsis.

Cambios físicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

Cambios en el sistema músculo esquelético

La masa corporal magra disminuye. Esta disminución se debe en parte a la pérdida del tejido muscular (atrofia). La velocidad y la cantidad de los cambios musculares parecen ser provocados por los genes. Los cambios musculares empiezan, con frecuencia, a los 20 años en los hombres y a los 40 en las mujeres.

La lipofuscina (un pigmento relacionado con la edad) y la grasa se depositan en el tejido muscular. Las fibras musculares se encogen. El tejido muscular es reemplazado más lentamente. El tejido muscular perdido puede ser reemplazado por tejido fibroso duro. Esto es más notorio en las manos, que pueden lucir delgadas y huesudas.

Los músculos están menos tonificados y son menos capaces de contraerse debido a cambios normales en el tejido muscular y a los cambios en el sistema nervioso por el envejecimiento. Los músculos se pueden volver rígidos con la edad y pueden perder tono, incluso con ejercicio regular.⁴⁰

40 Cambios en huesos, músculos y articulaciones por el envejecimiento [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004015.htm>

Cambios en la Piel

Con la edad se pierden capas de epidermis, la piel se atrofia y se hace visiblemente más delgada y seca. La estructura ondulante de los procesos interpapilares se pierde y estos se aplanan. El estrato córneo pierde su capacidad de retención de agua y la capacidad de barrera de la piel se hace deficiente.

El cambio más notable de la piel como consecuencia del paso de los años es su adelgazamiento y por lo tanto se observa visiblemente atrófica, con rigidez finas y surcos gruesos que marcan la expresión facial, xerosis, pérdida de elasticidad y flacidez que se hace ostensible en la cara, el cuello, las extremidades y el tronco.⁴¹

Cambios psíquicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales. A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Robert Atchley considera que:

La capacidad de respuesta, la adaptación a nuevos procesos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento están determinados por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido anteriormente.

- Las metas, las motivaciones principales y las preferencias también parecen cambiar; hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materiales por otras más trascendentes, dando como resultado que estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida.

41 Dermatología geriátrica. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2014 [citado el 15 de noviembre de 2022];57(6):48–56. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000600048

- Otros cambios que se viven a nivel social son la falta de convivencia intergeneracional, la apertura sexual, la libertad de creencias, la crisis y madurez filial, la pérdida de seres queridos o el síndrome del nido vacío. Estos eventos pueden tener reacciones negativas tales como depresión, soledad, aislamiento y sufrimiento, entre otros.
- Sin embargo, durante la vejez, la persona experimenta situaciones desconocidas y en ocasiones, difíciles. Por este motivo, es primordial adaptar su entorno y propiciar un ambiente cómodo y agradable.⁴²

Cambios sociales

En la vejez hay un cambio de Rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde tres dimensiones:

- **El adulto mayor como individuo:** Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
- **El adulto mayor como integrante del grupo familiar:** Las relaciones con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

⁴² Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cambios psicosociales del envejecimiento [Internet]. gob.mx. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento>

- **El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas:** La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad, el sentimiento de soledad es difícil de superar.⁴³

4.5.2 Padecimientos más frecuentes del adulto mayor

Según la OMS: Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.⁴⁴

Según SEGOB en el 2021 las 10 principales causas de morbilidad son:

1. Infecciones respiratorias agudas con 518,568 casos.
2. Infecciones de vías urinarias con 373,551 casos.
3. COVID-19 con 228,734 casos.
4. Infecciones intestinales con 168,820 casos.
5. Hipertensión arterial con 118,587 casos.
6. Úlceras, gastritis y duodenitis con 93,801 casos.
7. Diabetes mellitus no insulino dependiente con 87.318 casos.
8. Gingivitis y enfermedad periodontal con 64,721 casos.
9. Conjuntivitis con 49,098 casos.
10. Hiperplasia prostática con 43,427 casos.⁴⁵

43 Anierte Hernández N. El proceso del envejecimiento. Medwave [Internet]. 2003 [citado el 23 de octubre de 2022];3(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2753.html>

44 Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

45 de la lista detallada Número C, Revisión C. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años Estados Unidos Mexicanos 2021 Población General [Internet]. Gob.mx. [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaic_inco_mas.pdf

4.5.3 Descripción del padecimiento

Anatomía y fisiología del sistema afectado

Evento Vascular Cerebral

Definición: La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales, que persisten por más de 24 h, sin otra causa aparente que el origen vascular. Se clasifica en 2 subtipos: isquemia y hemorragia. La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitorias (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible. En la hemorragia intracerebral (HIC) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.

Tipos

Isquemia cerebral: En el ataque isquémico transitorio (AIT) no existe daño neuronal permanente. La propuesta actual para definir al AIT establece un tiempo de duración de los síntomas no mayor a 60 min, recuperación espontánea, ad-integrum y estudios de imagen (de preferencia resonancia magnética), sin evidencia de lesión. Estudios recientes muestran que los pacientes con AIT tienen mayor riesgo de desarrollar un infarto cerebral (IC) en las 2 semanas posteriores, por lo que se han diseñado escalas de estratificación de riesgo.

Hemorragia cerebral: Representa 10–15% de toda la EVC, y según su localización puede ser intraparenquimatosas o intraventricular. La hemorragia intraparenquimatosas se define como la extravasación de sangre dentro del parénquima, en el 85% de los casos es primaria, secundaria a HAS crónica o por angiopatía amiloidea.

Complicaciones del EVC

Las complicaciones del accidente cerebrovascular pueden incluir problemas de la coordinación motora, sueño, confusión, depresión, incontinencia, atelectasias,

neumonía y disfunción deglutoria, que pueden conducir a la aspiración, la deshidratación o la desnutrición. La inmovilidad puede conducir a una enfermedad tromboembólica, el des acondicionamiento, la sarcopenia, las infecciones urinarias, las úlceras por decúbito y las contracturas.

El funcionamiento diario (que incluye la capacidad para caminar, ver, sentir, recordar, pensar y hablar) puede estar disminuido.⁴⁶

- Parálisis.
- Problemas de raciocinio.
- Problemas del habla.
- Problemas de visión.
- Problemas en la coordinación motora.

Nutrición y Malnutrición:

Nutrición: La nutrición se refiere a los nutrientes que componen los alimentos, implica los procesos que suceden en tu cuerpo después de comer, es decir la obtención, asimilación y digestión de los nutrimentos por el organismo.

Malnutrición: Se define como una condición donde las alteraciones del balance de energía, proteínas u otros nutrientes, producen efectos adversos en el organismo.

La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad. No sólo es signo de enfermedad, sino que su presencia aumenta la morbilidad, estancia hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades concomitantes. Hasta 2/3 partes de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles. La intervención nutricional es útil asociada al tratamiento etiológico para revertir la situación de malnutrición en algunas enfermedades⁴⁷

⁴⁶ Chong JY. Generalidades sobre los accidentes cerebrovasculares [Internet]. Manual Merck versión para profesionales. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-neuro/C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/generalidades-sobre-los-accidentes-cerebrovasculares>

⁴⁷ [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2022_II.pdf

La prevalencia de malnutrición varía mucho según el nivel asistencial: 2% en anciano sano en residencia pública, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica, el 12% de la población general presenta malnutrición; de ellos el 70% son ancianos.

- La malnutrición es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de úlceras por presión (UPP). A su vez, es sabido que la terapia nutricional es de suma importancia para la cicatrización de heridas.
- La ingesta oral deficiente y la pérdida de peso involuntaria son factores de riesgo para el desarrollo de UPP y para una cicatrización deficiente. Por este motivo, es de vital importancia la realización del tamizaje nutricional a todos los individuos institucionalizados para identificar, de manera temprana, aquellos con desnutrición o riesgo de desnutrición e intervenir en forma oportuna. Los requerimientos energéticos se encuentran aumentados en presencia de UPP, siendo la recomendación de 30-35 kcal/kg peso/día y 35-40 kcal/kg/día en pacientes desnutridos. Del mismo modo, para favorecer la cicatrización se debe aumentar el aporte proteico a 1.25-1.5 g/kg peso/día. Se sugiere el uso de suplementos orales hiperproteicos en caso de que la ingesta oral sea insuficiente. Puede considerarse el uso de suplementos con farmaconutrientes específicos en las UPP estadio III y IV o cuando existan UPP múltiples. Cuando la ingesta oral sea inferior al 75% de los requerimientos debe considerarse la implementación del soporte nutricional, siendo la vía enteral la primera elección si el tracto gastrointestinal es funcionante y la nutrición parenteral en caso contrario.⁴⁸

⁴⁸ org.ar. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/nutricion-y-ulceras.pdf>

Malnutrición: Problemas que puede causar.

Tanto en ancianos como en adultos, niños o adolescentes, es necesario llevar una buena nutrición para evitar enfermedades como:

- Infecciones.
- Neumonía.
- Caídas debido a la debilidad del sistema.
- Desordenes en el sistema digestivo.
- Pueden provocar úlceras por presión, sobre todo en personas mayores que pasan mucho tiempo postrados en la cama sin moverse.
- Pueden llegar a ocasionar una demencia o problemas de memoria por la falta de nutrientes y vitaminas.

Si una persona adulto mayor está malnutrido puede conllevar a malas condiciones de vida y falta de bienestar físico. Si es así, necesitarán una mayor atención y muy posiblemente, su hospitalización hasta que se recupere y adquiera todos los nutrientes que le faltan.⁴⁹

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención existen diversas herramientas de valoración como lo son el Índice de Barthel el cual nos indica el grado de dependencia o independencia que tiene el adulto mayor tomando en cuenta que esta va de 100 (independencia) a 0-20 (dependencia total) y la Evaluación nutricional del adulto mayor de Payette la cual va de 0-2 (bajo) a 6-13 (elevado) siendo esta un indicador del riesgo de desnutrición que tiene el paciente.⁵⁰

Sistema tegumentario

⁴⁹ LaresCV. Desnutrición en el adulto mayor [Internet]. Lares Comunidad Valenciana. 2015 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.larescvalenciana.org/malnutricion-en-el-adulto-mayor/>

⁵⁰ Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf>

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras. La piel es el órgano de mayor extensión en el cuerpo y consiste en una envoltura resistente y flexible, cuyo epitelio de revestimiento se continúa con los de los sistemas respiratorio, digestivo y genitourinario, a nivel de sus orificios externos. Las principales funciones que desempeñan son:

- Protección. La piel evita la entrada de gérmenes patógenos, al ser semipermeable al agua y a drogas de uso externo.
- Regulación térmica. Ayuda a conservar la temperatura corporal.
- Excreción. La realiza mediante el sudor.
- Síntesis. En la piel se sintetiza la vitamina D y la melanina.
- Discriminación sensorial. Debido a que la piel posee los receptores para el tacto, la presión, el calor, el frío y el dolor, mantiene una información al individuo sobre el medio ambiente que lo rodea. Las faneras, como estructuras, contribuyen también a las funciones de la piel ya mencionadas. Entre otras estructuras tenemos: el pelo, las uñas y las glándulas sudoríparas y sebáceas.

Lesión por presión

Definición: Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.

Etiología: La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción.

- Presión: Se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.

- Las fuerzas de fricción: Se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.
- Las fuerzas de tracción: Lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantiene fijas.

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

1. Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.
2. Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
3. De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.⁵¹

V APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del caso clínico

Antecedentes

Masculino de 77 años de edad, con fecha de nacimiento de 16 de febrero 1954, el cual ingreso al hospital desde el 22 de febrero al 06 de mayo del 22 con datos de dolor occipital compresivo, deterioro del estado de conciencia, con tipo de sangre O+, con antecedentes de fractura de ambos muñequeros en 2da y 3er falange, antecedentes de COVID a principios de la pandemia, hipertenso con dos años de evolución sin antecedentes previos diabetes, con retención y dolor por agrandamiento prostático de reciente detección en el ultrasonido prostático, con presencia de intestino perezoso y estreñimiento, procedente de la Ciudad de

51 (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de [http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2021_11%20\(3\).pdf](http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2021_11%20(3).pdf)

México, actualmente reside en Coacalco de Berriozabal en el Estado de México, siendo jubilado, estado civil casado, escolaridad primaria.

Situación actual

Masculino de 77 años de edad que se encuentra en su domicilio, con un Glasgow de 10 puntos, temperatura de 36.7°C, T/A de 120/80 mm/Hg, PAM: 93, alerta, apoyo de oxígeno, con puntas nasales a 3 lts/min saturando al 90% cuando se retira el apoyo presenta una desaturación 75% con taquipnea, dolor al respirar, utilización de músculos accesorios y aleteo nasal, palidez de tegumentos generalizada, llenado capilar de 3", miopía con control anual con oftalmólogo, presenta hipoacusia por lo cual cuenta con aparatos auditivos para mejorar su escucha, mucosas orales deshidratadas, presencia de aftas y estomatitis bucales, sin deglución, con presencia de gastrostomía en región mesogástrica colocada el día 23 de abril del año en curso con una dieta de gastroclisis dividida en tercios en bolsa de 300mls, abdomen blando y depresible a la palpación, refiere sentir retortijones, caquexia, debilidad muscular, escala de Daniels en 2, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, piel seca y áspera, fragilidad tegumentaria, desnutrido, pérdida de peso en los últimos meses de 15 kg, Índice de Barthel de 5 indicando una dependencia total, Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette con valor de 11 lo que indica un riesgo grave, presencia de lesión por presión en región sacra valorada con Escala de Braden en estadio 3, Push en 16, Escala de Norton en 8, con medidas de 15x15cm, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, afección del músculo y tendón por la infección, refiere sentir dolor en la zona sacra con escala de EVA en 4, con sondaje vesical #18 colocada el día 17 de abril del año en curso, con orina turbia y un olor muy penetrante, disuria y retención urinaria con gasto urinario de 1.4 cc/kg/hr., en cuestión de su eliminación sufre de intestino perezoso y estreñimiento esto debido a que no evacua por 2 o 3 días, pero cuando evacua tiene la consistencia anterior, con un Bristol de 6, niega ITS, hipertenso, niega alergias.

ALB: 2.85, HB: 10.0.

5.2 Valoración inicial y continua

I. Ficha de identificación

NOMBRE: <u>O. M. C.</u>	EDAD: <u>77 años</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
DIAGNOSTICO MÉDICO: <u>Enfermedad Cerebro Vascular</u>	SERVICIO: <u>Domicilio</u>	
DIRECCIÓN: <u>Cierra gorda #28 Parque Residencial Coacalco Estado de México</u>		
TELÉFONO: <u>55-37-29-46-21</u>	NOMBRE DEL INFORMANTE: <u>María Teresa Piñón Rueda</u>	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: <u>Jubilado</u>		

II. Valoración por necesidades

1. Oxigenación

Respiratorio					
Frecuencia Respiratoria: 18 x min.					
Ritmo	Profundidad	Tipo		Ruidos anormales	Observaciones
Normal	Superficial	Kusmaull		Crepitantes	Paciente con aporte de oxígeno con puntas nasales a 3 lts/min con oxígeno continuo, saturando al 90%. Llenado capilar de 3" Demostrando que sin el aporte de oxígeno satura al 75% con taquipnea, dolor al respirar, utilización de músculos accesorios, presenta EVC isquémico hace 3 meses, aleteo nasal.
Taquipnea	x Profunda	Ortopnea		Bronco espasmos	
Bradipnea		Disnea		Sibilancias	
		Cheynes Sokes		Estertores	

Cardíaco			
Frecuencia Cardíaca: 90 x min		Pulso: 85 x min	Tensión arterial: 120/80 mm/Hg
Ritmo	Pulso	Observaciones	
Taquicardi a	Rebotante	Paciente hipertenso desde hace dos años (15/01/2020), control reciente.	
Bradicardi a	Taquisfignia		
Arritmia	Bradisfignia		
	Filiforme		

Coloración Tegumentaria			
Cianosis Distal:	Cianosis Peribucal:	Palidez: x	Llenado Capilar: 3 segundos

2. Nutrición e Hidratación

Peso: 60 kg	Peso ideal: 75 kg	IMC: 19.6	Talla: 1.75	Perímetro abdominal:	Perímetro Cefálico:
A perdido o ganado peso (cuanto): A perdido peso en los últimos tres meses 15 kg					
Complejión: Delgada:		Obesidad:	Caquéxico: X	Otro	
Alimento					
Tipo de alimento/horarios/cantidades				Observaciones	
Blanda:				Alimentación por gastroclisis en tercios, en región de mesogastrio, (puesta por	
Normal:					

Papilla: Astringente: Laxante: Suplementos: X		sufrir EVC isquémico hace tres meses) en lo cual en cada bolsa lleva 300ml, la tiene desde el día 23 de abril del 2022, refiere no tener hambre, ALB: 2.85, HB: 10.0. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette con valor de 11 lo que indica un riesgo grave. Índice de Barthel de 5.
Líquidos		
Cantidad de líquidos ingresados al día	Tipo de líquidos ingeridos	Observaciones
< de 500 ml <u>500 a 1000 ml</u> >de 1000 ml	Agua natural: <u>100mls.</u> Agua de sabor natural: Te: Jugos: Refrescos: Café: Cerveza: Otros: <u>900 mls. De alimento por gastro</u>	Sin deglución
Datos Digestivos		
Anorexia: Náuseas: Vomito: Indigestión: Hematemesis: Pirosis: Distención abdominal: Masticación dolorosa: Disfagia: Polidipsia: Polifagia: Odinofagia: Sialorrea: Regurgitación: Otro:		Observaciones
		Sin alteraciones

3. Eliminación

Eliminación intestinal						
Tipo	Frecuencia	Cantidad	Color	Olor	Consistencia	Observaciones:
Fisiológica:	Variada	Variada	Café	Normal	Blanda con tendencia a líquida	Tiene un Bristol de 6 y sufre de intestino perezoso y estreñimiento, esto debido a que no evacua por 2 o 3 días, pero cuando evacua tiene la consistencia anterior. Presenta de EVC isquémico hace 3 meses. Refiere sentir retortijones.
Forzada; X						
Datos de eliminación intestinal						
Estreñimiento: X	Melena:					
Flatulencia:	Pujo:					
Rectorragia:	Tenesmo:					
Incontinencia:	Otros:					

Eliminación intestinal						
Tipo	Frecuencia	Cantidad	Color	Olor	Observaciones:	
Fisiológica:		gasto urinario de 1.4 cc/kg/hr.	Turbio	Muy penetrante	Sonda vesical No 18, fecha de instalación 17 de abril del año en curso.	
Forzada; X						
Datos de eliminación urinaria						
Nicturia:	Incontinencia:	Opsuria:	Otros:			
Anuria:	Poliuria:	Polaquiuria:				
Disuria: X	Iscuria:	Tenesmo:				
Enuresis:	Oliguria:	Urgencia:				

4. Moverse y mantener una buena postura

		Observaciones
Realiza actividad física (tiempo, tipo, frecuencia):	No	Presencia límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, tiene una escala de Daniels en 2, lo cual nos indica un déficit en el movimiento y una falta de fuerza, Índice de Barthel de 5 por lo cual no realiza actividad, presento EVC isquémico hace 3 meses, refiere que le cuesta trabajo moverse y se siente débil.
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivo):	No	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivo):	No	

5. Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: 8 horas ¿Siente descanso cuando duerme?: Si ¿Toma siestas durante el día/cuántas horas? Si de 2-3 horas ¿Toma algún medicamento para dormir?: No ¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: No	Observaciones Sin alteraciones
Características	
Insomnio: Presencia de ojeras: Irritabilidad: Bostezos frecuentes: Ronquidos: Otros: Se observa cansado: Somnolencia:	Sin alteraciones

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior?: Diario ¿Necesita ayuda para vestirse?: Si Tipo de Ropa preferida: Camisas	Observaciones Por la falta de fuerza y la escala de Daniels en 2 no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, Índice de Barthel de 5, refiere que le cuesta trabajo moverse y se siente débil.
---	--

7. Termorregulación

Temperatura corporal: 36.5 °C Axilar: X Frontal: Ótica: Oral: Rectal: Escalofríos: Piloerección: Diaforesis: Hipotermia: Hipertermia: Distermias: Fiebre: Rubicundez: Otros:	Observaciones Mantiene una buena termorregulación.
--	--

Predominio de cambios térmicos	Habitación	Observaciones:
Matutino: Vespertino: Nocturno:	Fría: Húmeda: Templada: X	Ventilada: Poco ventilada: Otros:
		Sin alteraciones

8. Higiene y protección de la piel

Higiene personal	Observaciones
Baño Regadera: Tina: Esponja: X Aseos parciales: Aseos de cavidades: Frecuencia del baño. Diario: X 3 veces por semana: 1 vez a la semana: Otro: Mucosa oral Seca: X Hidratada: Estomatitis: X Caries: Gingivitis: Ulceras: Aftas: Sialorrea: Xerostomía: Flictenas: Halitosis: Características de la lengua: Seca Otros: Dientes Frecuencia del lavado: 1 vez al día: 2 veces al día: 3 veces al día: X Cantidad de dientes: 32 dientes Características de los dientes: Amarillos: Blancos: Picados: Sarro: X Caries: Otros:	Requiere ayuda para el baño por la falta de movilidad por presentar EVC isquémico hace tres meses, la escala de Daniels en 2 no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, Índice de Barthel de 5, presencia de aftas y estomatitis bucales.

Piel	Observaciones
Coloración: Palidez: X Cianosis: Ictericia: Rubicundez: Cloasma: Melasma: Angiomas: Manchas: Rosado: Grisácea: Apañonado: Morena clara: Morena intensa: Morena media: Hiperpigmentación: Temperatura: Edema: Celulitis: Áspera: X Turgente: Escamosa: Lisa: Seca: X Agrietada: Otros:	Tiene fragilidad tegumentaria, cuenta con lesión por presión en estadio 3 valorada con escala de Braden y una puntuación de 16 en escala de Push, Escala de Norton

Aspecto y lesiones: Maculas: Pápulas: Vesículas: Pústulas: Nódulos: Ulceras: X Erosiones: Fisuras: Costras: Red venosa: Escaras: Tubérculos: Callosidades: Isquemias: Nevos: Tatuajes: Prurito: Petequias: Equimosis: Hematomas: Masas: Verrugas: Signos de maltrato: Quemaduras: Infiltración: Ronchas o habones: Otros:	en 8, infectada en región sacra, con medidas de 15x15cm, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, presencia de daño en músculo y tendón por la infección, refiere sentir dolor en la zona sacra con escala de EVA en 4.
---	---

Uñas Coloración y características	Observaciones
Quebradizas: X Micosis: Onicofagias: Bandas blancas: Amarillentas: Cianóticas: Estriadas: Convexas: Coloniquia: Leuconiquia: Grisácea: Hemorragias subungueales: Deformadas: Rosadas: Otras:	Sin alteraciones

Cabello	Observaciones
Largo: Corto: X Lacio: X Quebrado o chino: Limpio: X Sucio: Desalineado: Seborreico: Fácil desprendimiento: Alopecia: Distribución: Implantación: Zooriasis: Pediculosis: Quebradizo: Caspa: Otro:	Sin alteraciones

Ojos	Observaciones
Simetría: X Asimetría: Tumores: Hemorragias: Separación ocular: Edema palpebral: Secreción: Ojeras: Tics: Dolor: Estrabismo: Pestañas integras o lesionadas: Exoftalmos: Enoftalmos: Fosfenos: Uso de lentes: X	Miopía con control anual con oftalmólogo.

Oídos	Observaciones
Dolor: Cerumen: Otorrea: Edema: Auxiliares auditivos: X Deformidades: Hipoacusia: Acucia: Acufenos:	Tiene hipoacusia por lo cual cuenta con aparatos auditivos mejorando su escucha.

9. Evitar peligros

Datos personales y domésticos	Observaciones
Esquema de vacunación. Completo: X Incompleto: Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: Ir al médico. Tomar un medicamento que este en casa: Número de personas con las que vive y parentesco: 4 miembros, los cuales son esposa, 2 cuñadas y sobrina Convive con animales (cuales y cuantos): Si, dos perros En cada hay fauna nociva o domestica: No En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): No En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: No ¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): Cuenta con todos los servicios	Sin alteraciones.

Estado neurológico	Observaciones
Alerta: X Orientado (tiempo, espacio, lugar): X Confusión: Parálisis: Hemiplejia: X Movimientos anormales: Hipervigilia: Hemiparesia: Parestesia: Dislalia: Dislalia: Hiperactividad: Déficit de atención: Agresividad: Letárgico: Excitabilidad motriz: Alucinaciones: Fobias: Otros:	Presenta EVC isquémico hace tres meses, Escala de Glasgow de 10; falta de movilidad del Hemicuerpo derecho.

Otros datos que pongan en riesgo la vida	Observaciones

Riesgos físicos / materiales: No tiene movilidad Riesgos ambientales: Riesgos familiares: Riesgos familiares:	Riesgo de caídas Escala de Downton 3. la escala de Daniels en 2 no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, Índice de Barthel de 5.
--	---

10. Comunicación

Pertenece a un grupo social: No Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.):	Observaciones
Habla	Sin alteraciones.
TIPO DE COMUNICACIÓN Oral: X Escrita: Señas: Visual: TIPO DE HABLA: Entendida: X Poco clara: Incompleta: Incoherente: Pausado: Tartamudeo: Balbuceo: Dislexia: Afasia: Dislalia: Dialecto:	

Personalidad	Observaciones
Alegre: X Tímido: Violento: Sarcástico: Noble: Pasivo: Hiperactivo: Enojo: Impulsivo: Retador: Superioridad: Inferioridad: Otro:	Sin alteraciones.

11. Vivir según sus creencias

Religión que practica y frecuencia de asistencia: Católico	Observaciones
Valores que se consideran importantes: Respeto, Honestidad, Lealtad	Sin alteraciones.
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: De ninguna forma, lo ve más como una guía	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: De ninguna manera	

12. Trabajar y realizarse

Trabajo/ Oficio/ Tipo de trabajo	Observaciones
Ingreso económico mensual: 4,000 quincenales ¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? Si ¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : Si, Moverlo, preparar y darle su alimento, darle sus pastillas a la hora adecuada	Sin alteraciones.

13. Participación en actividades recreativas

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: ¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: ¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?:	Observaciones Por el estado de salud de en el que se encuentra no realiza ninguna actividad por el momento.
--	---

14. Aprendizaje

Escolaridad	Observaciones
Escolaridad del paciente: Primaria Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): ¿Qué le gustaría estudiar?: ¿Qué le gustaría aprender?:	Paciente prefiere no contestar las siguientes preguntas.

Conocimiento de la enfermedad	Observaciones
Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno: Malo: X Regular: No se: Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: X No: Cuales: ¿Cuántas veces al año acude al médico general?: 2 veces ¿Cuántas veces al año acude al dentista?: No acude ¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? Clara y completa	Comenta saber que su estado de salud es malo pero que con el tratamiento y los cuidados espera mejorar, realiza cuestionamientos acerca de los cuidados que se le realizan.

15. Sexualidad y reproducción

Hombre	Observaciones
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): Diaria	Hiperplasia prostática detectada en ultrasonido, con retención y dolor por agrandamiento prostático.
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: Si	
¿Le han realizado exploración médica genital?: Si	
¿Cuál es su método de planificación familiar?:	
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: No	

Estudios paraclínicos
Exámenes de laboratorio generales HB: 10.0, GB: 9:02, PLT: 303.000, Glucosa: 100, UREA: 20, CR: 0.35, CA: 8.16, P: 2.0, TAG: 135, ALB: 2.85,
Exámenes de laboratorio especiales
Estudios de gabinete
Tratamiento médico
Losartan 50MG cada 24 hrs Nifedipino 30MG cada 24 hrs Metroprolol 100 MG ½ tableta cada 24 hrs Atorvastatina 20 MG cada 24 hrs Fenasteride 5 MG cada 24 hrs Tamsulosina 0.4 MG cada 24 hrs Senosidos AB cada 24 hrs

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

Datos por necesidades

NECESIDAD	DATOS ACTUALES		DATOS HISTÓRICOS	
	Datos Objetivos	Datos subjetivos	Datos Objetivos	Datos subjetivos
Oxigenación	Glasgow de 10 Aporte de oxígeno a 3 lts x min, saturando al 90% FR: 18xmin. Demostrando que sin el aporte de oxígeno satura al 75% con taquipnea, dolor al respirar, utilización de músculos accesorios, presenta EVC hace 3 meses. T/A: 120/80 Palidez de tegumentos. FC: 90 Pulso: 85, palidez, llenado capilar de 3s.	Refiere que le cuesta trabajo respirar.	Presenta EVC isquémico hace tres meses. Hipertenso desde 2 años(15/01/2020).	Refiere haber tenido COVID a principios de la pandemia
Nutrición e hidratación	Peso:60kg Talla:1.75cms. IMC:19.6 gastroclisis a tercios, en región de mesogastrio, colocada el 23 de abril, caquéxico, pérdida de peso de 15 kgs, presencia de aftas y estomatitis bucal, debilidad muscular, piel seca y áspera, fragilidad tegumentaria, HB:10.0, ALB:2.85. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette con valor de 11 lo que indica un riesgo grave, Índice de Barthel de 5	Refiere no tener hambre y molestia para comer.	Presenta EVC isquémico hace tres meses.	
Eliminación	Tiene un Bristol de 6 y sufre de intestino perezoso y estreñimiento, esto debido a que no evacua por 2 o 3 días, pero cuando evacua tiene la consistencia anterior, sondaje vesical a derivación #18 colocada el 17 de abril, detección de inflamación prostática por ultrasonido, disuria y retención urinaria.	Refiere sentir retortijones.		
Moverse y mantener una buena postura	Paciente con caquexia, escala de Daniels en 2, límite de movilización de hemicuerpo derecho, del cuello hacia abajo, Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y se siente débil.	Presento un EVC isquémico hace tres meses	
Descanso y sueño				
Uso de prendas de vestir adecuadas	Por la falta de fuerza y la escala de Daniels en 2, no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, del cuello hacia abajo. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y se siente débil.	Presenta EVC isquémico hace tres meses.	
Termorregulación				

Higiene y protección de la piel	Presencia de lesión por presión con medidas de 15x15cm valorado con Escala de Braden estadio 3 y Escala de Push con 16 puntos, Escala de Norton en 8, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, resequedad, piel áspera, palidez de tegumentos, presencia de daño en músculo y tendón expuesto por la infección, con Escala EVA en 4.	Refiere dolor en zona sacra.	Presenta EVC isquémico hace tres meses.	
Evitar peligros	Paciente con caquexia, escala de Daniels en 2, límite de movilización de hemicuerpo derecho, del cuello hacia abajo. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y sentirse débil.	Presento un EVC isquémico hace tres meses	
Comunicación				
Trabajar y realizarse				
Aprendizaje	Realiza cuestionamientos acerca de los cuidados que se le realizan.	Comenta saber que su estado de salud es malo pero que con el tratamiento y los cuidados espera mejorar.		
Sexualidad y reproducción				

Priorización de los Diagnósticos de Enfermería

	NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA		ROL ENFERMERIA	
1	2.Comer y beber de forma adecuada	Peso:60kg Talla:175	Refiere no tener hambre.	Etiqueta diagnóstica: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	Fuerza	X	Sustituta	X

		IMC:19.6, pérdida de peso de 15kg, gastroclisis a tercios, en región de mesogastrio, colocada el 23 de abril, caquémico, presento un EVC isquémico hace tres meses, presencia de aftas y estomatitis bucal, HB:10.0, ALB: 2.85. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette con valor de 11 lo que indica un riesgo grave. Índice de Barthel de 5.		Patrón: 2 Nutricional- metabólico				
				Dominio: 2 Nutrición	Voluntad		Compañera	
				Clase: 1 Ingesta	Conocimiento		Ayudante	
2	8. Higiene y protección de la piel.	Presencia de lesión por presión con medidas de 15x15cm valorada con Escala de Braden estadio 3, Escala de Push con una puntuación de 16 puntos, Escala de Norton en 8, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, resequedad, piel áspera, palidez de tegumentos, presencia de daño en músculo y tendón expuesto por la infección, presento EVC isquémico hace tres meses, dolor en Escala de EVA de 4.	Refiere dolor en zona sacra.	Etiqueta diagnóstica: 00312 Lesión por presión en adultos Patrón: 1 Percepción de la salud-gestión de la salud.	Fuerza	X	Sustituta	X
				Dominio: 11 Seguridad y protección	Voluntad		Compañera	
				Clase: 2 Lesión física	Conocimiento		Ayudante	
3	1.Respirar normalmente	Glasgow de 10, con aporte de oxígeno a 3 lts x min, saturando al 90%, FR: 18 x min, demostrando que sin el aporte de oxígeno satura al 75% con taquipnea, dolor al respirar, utilización de músculos accesorios, presenta EVC isquémico hace 3 meses. T/A: 120/80, Palidez de tegumentos, FC: 90, Pulso: 85, palidez, llenado capilar de 3s, presento COVID a principios de la pandemia, hipertenso desde hace 2 años (15/01/2020) aleteo nasal.	Refiere que le cuesta trabajo respirar.	Etiqueta diagnóstica: 00030 Deterioro del intercambio de gases Patrón: 3 Eliminación.	Fuerza	X	Sustituta	
				Dominio:3 Eliminación e intercambio	Voluntad		Compañera	
				Clase: 4 Función respiratoria	Conocimiento		Ayudante	X

4	3.Eliminar los desechos corporales	Tiene un Bristol de 6 y sufre de intestino perezoso y estreñimiento, esto debido a que no evacua por 2 o 3 días pero cuando evacua tiene la consistencia anterior.	Refiere sentir retortijones.	Etiqueta diagnóstica: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional Patrón: 3 Eliminación.	Fuerza	X	Sustituta	
				Dominio: 3 Eliminación e intercambio	Voluntad		Compañera	
				Clase: 2 Función gastrointestinal	Conocimiento		Ayudante	X
5	3.Eliminar los desechos corporales	Sondaje vesical a derivación #18 colocada el 17 de abril, con color turbio, olor muy penetrante, detección de inflamación prostática por ultrasonido, dolor y retención urinaria.	Refiere sentir retortijones.	Etiqueta diagnóstica: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria Patrón: 3 Eliminación.	Fuerza	X	Sustituta	
				Dominio : 3 Eliminación e intercambio	Voluntad		Compañera	
				Clase: 1 Función Urinaria	Conocimiento		Ayudante	X
6	3.Eliminar los desechos corporales	Sondaje vesical a derivación #18 colocada el 17 de abril, con color turbio, olor muy penetrante, detección de inflamación prostática por ultrasonido, uso a largo plazo de sondaje vesical.	Refiere sentir retortijones.	Etiqueta diagnóstica: 00250 Riesgo de lesión en el tracto urinario Patrón: 1 Percepción de la salud-gestión de la salud	Fuerza	X	Sustituta	
				Dominio: 11 Seguridad y protección	Voluntad		Compañera	
				Clase:2 Lesión física	Conocimiento		Ayudante	X

7	4.Moverse y mantener una buena postura	Paciente con caquexia, escala de Daniels en 2, Presencia límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, presenta EVC isquémico hace 3 meses. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y sentirse débil.	Etiqueta diagnóstica: 00088 Deterioro de la ambulación Patrón: 4 Ejercicio-Actividad	Fuerza	X	Sustituta	
				Dominio: 4 Actividad/reposo	Voluntad		Compañera	
				Clase: 2 Actividad/ejercicio	Conocimiento		Ayudante	x
8	4.Moverse y mantener una buena postura	Paciente con caquexia, escala de Daniels en 2, Presencia límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, presenta EVC isquémico hace 3 meses. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y sentirse débil.	Etiqueta diagnóstica: 00085 Deterioro de la movilidad física. Patrón: 4 Ejercicio-Actividad.	Fuerza	x	Sustituta	
				Dominio: 4 Actividad/reposo.	Voluntad		Compañera	x
				Clase: 2 Actividad/ejercicio.	Conocimiento		Ayudante	
9	6. Uso de prendas de vestir adecuadas	Por la falta de fuerza y la escala de Daniels en 2 no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, EVC isquémico hace 3 meses. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y sentirse débil.	Etiqueta diagnóstica: 00109 Déficit del autocuidado: Vestido. Patrón: 4 Ejercicio-Actividad.	Fuerza	x	Sustituta	X
				Dominio: 4 Actividad/reposo.	Voluntad		Compañera	
				Clase: 5 Autocuidado.	Conocimiento		Ayudante	

10	9.Evitar los peligros del entorno	Por la falta de fuerza y la escala de Daniels en 2 no realiza movimientos por sí solo, límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo, EVC isquémico hace 3 meses. Índice de Barthel de 5.	Refiere que le cuesta trabajo moverse y sentirse débil.	Etiqueta diagnóstica: 00303 Riesgo de caídas en adultos. Patrón: 1 Percepción de la salud-gestión de la salud.	Fuerza	x	Sustituta	X
				Dominio: 11 Seguridad/Protección.	Voluntad		Compañera	
				Clase: 2 Lesión física.	Conocimiento		Ayudante	

5.4 Plan de intervención de enfermería

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 1. Ingestión	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: K. Digestión y nutrición		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00002 ETIQUETA: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades. FACTOR RELACIONADO: Dificultad para deglutir, lesión de la cavidad bucal. EVIDENCIADO POR: Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo, IMC 19.6, pérdida de peso de 15 kg, gastroclisis en región de mesogastrio, retraso en la curación de las heridas, hipotonía muscular, caquexia, aftas y estomatitis bucal, ALB: 2.85. HB: 10.0. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette con valor de 11 lo que indica un riesgo grave. Índice de Barthel de 5. CONDICIONES ASOCIADAS: Trastornos neurocognitivos	Resultado esperado: 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos. ESCALA LIKERT 1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado. 1004 Estado nutricional 1007 Estado nutricional: energía ESCALA DE LIKERT 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Indicadores</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">PUNTUACIÓN DIANA</td> </tr> </table>	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA
Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		

		Mantener en	Aumentar a	Logrado
	100401 Ingestión de nutrientes.	1	2	1
	100405 Relación peso talla.	1	2	1
	100701 Energía.	1	2	1
	100702 Resistencia.	1	2	1
Evaluación general del diagnóstico Con las actividades realizadas, iniciando con los colutorios dejo de existir la resistencia a la comida, también porque las lesiones bucales fueron disminuyendo, existió un aumento de peso, iniciando la ingesta oral, motivo por el cual se retira la gastroclisis.	100708 Tono muscular.	1	2	1
	100704 Curación tisular.	2	3	1
	100705 Resistencia la infección.	2	3	1
	100801 Ingesta alimentaria oral.	1	2	1
	100802 Ingestión alimentaria por sonda.	3	4	1
	100803 Ingestión de líquidos orales.	1	2	1

CAMPO: 1. Fisiológico básico CLASE: D. Apoyo nutricional Código: 1100 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de la Nutrición	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico

<p>*Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>*Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>*Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</p> <p>*Ajustar la dieta según sea necesario.</p> <p>*Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad.</p> <p>*Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.</p> <p>*Monitorizar las tendencias de ganancia o pérdida de peso.</p>	<p>La nutrición tiene como principal función transformar y extraer los nutrientes necesarios de los alimentos que consumimos. A través de este proceso, el cuerpo genera la energía necesaria para mantener el organismo y desarrollar sus funciones. Asimismo, produce los elementos necesarios para los procesos de obtención, asimilación y metabolismo de los nutrientes por el organismo.</p> <p>Se valora la evolución del paciente y el cumplimiento de la intervención nutricional (oral, enteral o parenteral). La repercusión en el estado nutricional se reevalúa y compara con la información recogida en la valoración inicial mediante indicadores que reflejen cambios, es parte del proceso dinámico y cíclico que permite evaluar los resultados, lo cual nos permitirá observar las ganancias o pérdidas de peso al igual que la revaloración del IMC, de esta forma también lograremos observar si existe una mejoría en la cicatrización junto con la aparición de hematomas excesivos, la disminución de los mismos, modificar si se precisa la intervención nutricional o reevaluar nuevamente el estado nutricional. Esto es fundamental para revertir el problema nutricional y prevenir la aparición de complicaciones futuras. Es importante también observar la pérdida de masa muscular, recordado que por la edad del paciente es normal, teniendo esto en cuenta la valoración de la pérdida de masa muscular será un factor importante a tomar en cuenta, debido a que la pérdida excesiva del mismo será de alta importancia y nos llevara a más complicaciones, por lo cual la correcta ingesta calórica nos llevara a evitar o disminuir las pérdidas musculares, evitando de esta forma una fibrosis muscular, por lo cual la debemos conocer las calorías que debe consumir nuestro paciente las cuales son de 2000 a 2200 calorías por día, siendo que es un paciente que no se encuentra bajo actividad física.</p>
--	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 Carbajal Á, Sierra JL, López-Lora L, Ruperto M. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. Dieta Rev Esp Nutr Humana [Internet]. 2020 [citado el 12 de enero de 2023];24(2):172–86. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452020000200010

CAMPO: 1. Fisiológico básico CLASE: D. Apoyo nutricional Código: 1160 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Monitorización nutricional	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico

<ul style="list-style-type: none"> *Pesar al paciente. *Obtener medidas antropométricas de la composición corporal ejemplo: IMC. *Identificar cambios recientes del peso corporal. *Identificar las anomalías de la piel. (hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas) *Monitorizar la ingesta calórica y dietética. *Ajustar la dieta según sea necesario. *Vigilar la tendencia de pérdida y ganancia de peso. * Evaluar la turgencia y movilidades cutáneas. * Identificar las anomalías de la defecación. * Evaluar el estado mental. * Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional, basadas en factores del paciente. *Identificar las anomalías del sistema músculo esquelético. 	<p>La correcta monitorización nutricional favorece la observación de las características de mejoría o deterioro del estado nutricional del paciente, siendo estas variables medibles, la HB, ALB, IMC, cambios en el peso corporal, monitorizar ingesta calórica, favoreciendo de esta forma el ajuste continuo de la ingesta de acuerdo a las necesidades y demandas que requiera el paciente.</p> <p>Es importante la monitorización de la HB debido a que es una proteína del interior de los glóbulos rojos que transporta oxígeno desde los pulmones a los tejidos y órganos del cuerpo; además, transporta el dióxido de carbono de vuelta a los pulmones, siendo que su función como transportador es bastante importante para los músculos, y que la disfunción de esta puede ocasionar desde fatiga muscular respiratoria, disfunción muscular periférica hasta llegar a una baja en la calidad de vida.</p> <p>Para lo cual es importante seguir los 3 pasos de la monitorización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Control de seguimiento: Consiste en verificar si el paciente esta realizando el plan de alimentación, si lo comprendió y si lo lleva a cabo según lo prescrito. 2.- Medir los resultados: Tomar de nuevo las medidas antropométricas y si se considera adecuado, darle indicadores dietéticos. 3.- Evaluar los resultados: Comparar los resultados actuales con los previos para observar el avance y hacer modificaciones en el tratamiento si es necesario.
---	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 Barril G, Nogueira Á, Russo F, Sánchez-Tomero JA. Importancia de la monitorización nutricional dentro del cuidado integral del paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología [Internet]. 2018 [citado el 12 de enero de 2023];10(1):60–5. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-importancia-monitorizacion-nutricional-dentro-del-articulo-X1888970018628086>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física	DOMINIO: II. Salud fisiológica	CLASE: L. Integridad tisular
---	--------------------------------	------------------------------

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00312</p> <p>ETIQUETA: Lesión por presión en adultos</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Disminución de la actividad física, disminución de la movilidad física, sequedad de la piel.</p> <p>EVIDENCIADO POR: Dolor en los puntos de presión, pérdida completa del grosor del tejido con exposición del tendón, la ulcera está cubierta por escara, la ulcera está cubierta por esfacelo, de lesión por presión con medidas de 15x15cm valorada con escala de Braden con estadio 3, Escala de Norton en 8, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, resequedad, piel áspera, palidez de tegumentos, presencia de daño en músculo y tendón expuesto por la infección.</p> <p>CONDICIONES ASOCIADAS: Enfermedad del sistema nervioso central</p> <p>Población en riesgo: adultos mayores</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 1103 Curación de la herida por segunda intención</p> <p>ESCALA LIKERT.</p> <p>1. Extenso.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderado.</p> <p>4. Escaso.</p> <p>5. Ninguno.</p>			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	110303 Secreción purulenta.	1	2	1
	110308 Edema perilesional.	1	2	1
	110312 Necrosis.	1	2	1
	110317 Mal olor de la herida.	1	2	1
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>Evolución satisfactoria dado a que existe una mejoría en la herida, empezó a estar más limpia, sin tejido necrótico, el olor disminuyo, el esfacelo disminuyo.</p>				

CAMPO: 2. Fisiológico Complejo (CONT) CLASE: L. Control de la piel/heridas Código: 3520 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cuidados de las úlceras por presión	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>*Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud x anchura x profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.</p> <p>*Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circulante.</p> <p>*Observar si hay signos y síntomas de infección de la herida.</p> <p>*Desbridar la úlcera si es necesario.</p> <p>*Aplicar pomadas (Sulfadiazina de plata, oxido de zinc, ulcoderma, Kitozell) según corresponda.</p> <p>*Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.</p> <p>*Asegurar una ingesta dietética adecuada.</p> <p>*Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel según corresponda.</p> <p>*Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.</p>	<p>La correcta valoración de la úlcera nos permitirá saber en qué grado y que estadio tiene, también definirá parte del actuar que tendremos ante la herida.</p> <p>La humedad continua de la piel provoca alteraciones como dermatitis e infecciones. Es importante mantener, el mayor tiempo posible, la piel hidratada pero seca. Para ello, se insiste en la higiene e hidratación diaria de la piel. Teniendo en cuenta que una úlcera por presión está infectada, la correcta observación nos permitirá saber el grado de tejido contaminado y si las acciones tomadas son adecuadas.</p> <p>El desbridamiento es necesario para eliminar el tejido necrótico. El tejido necrótico sirve como un medio para el crecimiento bacteriano y bloquea la cicatrización normal de las heridas.</p> <p>La utilización de pomadas y apósitos nos ayuda a crear un medio húmedo que favorezca el desbridamiento autolítico y la granulación suave. Proteger, aislar, mullir (algunos), absorber (algo o medio).</p> <p>La movilización nos permitirá evitar la constante presión sobre el mismo punto, coadyuvando a la cicatrización adecuada de la lesión por presión.</p> <p>La desnutrición es frecuente en los pacientes con úlceras por presión y representa un factor de riesgo que demora la curación, resaltando de esta manera la importancia que tiene la ingesta calórica adecuada.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Introducción O. PRODUCTOS EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) Y OTRAS HERIDAS í ndice [Internet]. Index-f.com. [citado el 18 de enero de 2023]. Disponible en: Grada A, Phillips T.J. Lesiones por presión [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 18 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesi%C3%B3n-por-presi%C3%B3n/lesiones-por-presi%C3%B3n>

Lúcia V, De C, Santos G, Sellmer D, Maciel M, Massulo E. CONFIABILIDAD INTEROBSERVADORES DEL PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH) EN PACIENTES CON ÚLCERAS CRÓNICAS EN LA PIERNA [Internet]. Scielo.br. [citado el 18 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/i/rtae/a/5zT48mkGyr3b8Y7sL6wS4qj/?format=pdf&lang=es>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 4. Función respiratoria	DOMINIO: II. Salud fisiológica	CLASE: E. Cardiopulmonar
---	---------------------------------------	---------------------------------

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00030</p> <p>ETIQUETA: Deterioro del intercambio de gases.</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Patrón respiratorio ineficaz, dolor.</p> <p>Evidenciado por: Color anormal en la piel, aleteo nasal, alteración de la profundidad respiratoria, taquipnea, sin el aporte de oxígeno saturado al 75% dolor al respirar, utilización de músculos accesorios, aleteo nasal, frecuencia respiratoria.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0415 Estado respiratorio</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 			
	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		
		Mantener en	Aumentar a	Logrado
	041501 Frecuencia respiratoria.	4	5	1
	041502 Ritmo respiratorio.	3	4	1
	041503 Profundidad de la inspiración.	2	3	1
	041508 Saturación.	1	2	1
	041510 Uso de los músculos accesorios.	4	5	1
	041528 Aleteo nasal.	3	4	1
<p>Evaluación general del diagnóstico</p> <p>La evolución del paciente fue favorable dado a que con las intervenciones fueron adecuadas, logrando el destete por .5lts./min por día hasta llegar a retirar las puntas nasales, logrando una saturación del 90% con respiración normal y sin utilización de músculos accesorios.</p>				

<p>CAMPO: 2. Fisiológico Complejo CLASE: K. Control respiratorio Código: 3390 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Ayuda a la ventilación</p>	
<p>Actividades de enfermería</p>	<p>Razonamiento científico</p>

<p>*Mantener la vía aérea permeable.</p> <p>*Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea.</p> <p>*Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios.</p> <p>*Observar si hay fatiga muscular respiratoria.</p> <p>*Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.</p> <p>*Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.</p> <p>*Monitorizar los efectos de cambio de SaO₂.</p>	<p>La ventilación mecánica no invasiva (VNI) es un procedimiento de ventilación artificial en la cual no se utiliza para la conexión paciente-ventilador ningún implemento como tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía, sino a través de una máscara nasal, facial o un sistema de casco, métodos que han demostrado ser seguros y eficaz.</p> <p>Oxígeno: Es un gas sin color y olor necesario para la vida, este entra a la sangre por medio de los pulmones conjugándose con los glóbulos rojos (hemoglobina) para transportarse por la sangre hasta llegar a todas las células.</p> <p>Oxigenoterapia: Es un tratamiento administrado bajo prescripción médica en el que se suministra oxígeno, en concentraciones elevadas, con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo.</p> <p>El aporte de oxígeno al medio ambiente es del 21%.</p> <p>El aporte de oxígeno por puntas nasales a 3 lts x min es de 32%</p> <p>La correcta monitorización respiratoria nos proporcionará un aviso precoz de sucesos que, si no se detectan, pueden poner en riesgo la integridad del paciente. La monitorización de las propiedades mecánicas (tanto estáticas como dinámicas) del aparato respiratorio es imprescindible para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad causante de cualquier proceso, así como para tomar las decisiones terapéuticas pertinentes. A través de estas mediciones se puede mantener la función pulmonar en condiciones óptimas.</p>
---	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 García-Prieto E, Amado-Rodríguez L, Albaiceta GM, por el grupo de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la SEMICYUC. Monitorización de la mecánica respiratoria en el paciente ventilado. Med Intensiva [Internet]. 2014 [citado el 18 de enero de 2023];38(1):49–55. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-mecanica-respiratoria-el-paciente-articulo-S021056911300212X>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 2. Función gastrointestinal	DOMINIO: II Salud fisiológica	CLASE: F. Eliminación
--	-------------------------------	-----------------------

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00196</p> <p>ETIQUETA: Motilidad gastrointestinal disfuncional.</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Deterioro de la movilidad física, mal nutrición, y cambios en los hábitos alimenticios.</p> <p>EVIDENCIADO POR: Dificultad para defecar, tiene un Bristol de 6 y sufre de intestino perezoso y estreñimiento, esto debido a que no evacua por 2 o 3 días, pero cuando evacua tiene la consistencia anterior. Escala de Daniels de 2, Índice de Barthel de 5.</p> <p>CONDICIONES ASOCIADAS: Alimentación enteral</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0501 Eliminación intestinal</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 			
	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		
		Mantener en	Aumentar a	Logrado
	050101 Patrón de eliminación.	3	4	1
	050105 Heces blandas y formadas.	3	4	1
	050119 Tono muscular para la evacuación fecal.	3	4	1
	050110 Estreñimiento.	3	4	1
	050128 Dolor con el paso de las heces.	3	4	1
<p>Evaluación general del diagnóstico</p> <p>La evolución fue favorable, debido a que se mejora la ingesta alimentaria, se inició la movilización con la rehabilitación y mejorando sus hábitos intestinales, manteniendo también la ministración de senósidos debido a su estreñimiento.</p>				

<p>CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: B. Control de la evacuación Código: 0430 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Control intestinal</p>	
<p>Actividades de enfermería</p>	<p>Razonamiento científico</p>

<p>*Anotar la fecha de última defecación.</p> <p>*Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda.</p> <p>*Monitorizar los ruidos intestinales.</p> <p>* Evaluar la incontinencia fecal si es el caso.</p> <p>*Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos.</p> <p>*Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.</p> <p>*Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos según corresponda.</p>	<p>La actividad física aumenta el metabolismo y acelera el proceso digestivo, evitando la sensación de pesadez y reduciendo el riesgo de estreñimiento, Favorece el tránsito intestinal, regula los hábitos de evacuación y previene el estreñimiento, la diverticulosis y disminuye el riesgo de sufrir cáncer de colon.</p> <p>Escala de Bristol: es una tabla visual y descriptiva, cuya eficacia ha sido demostrada clínicamente, que tiene como objetivo clasificar las heces de acuerdo con 7 tipos, yendo desde el estreñimiento hasta la diarrea.</p> <p>El objetivo de cualquier programa de control intestinal es garantizar la eliminación completa y predecible, reducir el riesgo de incontinencia, estreñimiento y otros problemas gastrointestinales.</p> <p>Sin un control adecuado del intestino, puede tener una serie de complicaciones. Estos pueden incluir problemas en la parte inferior del tracto gastrointestinal, tales como las hemorroides, diarrea, estreñimiento e incontinencia fecal, entre otros. Incluso puede ocasionar problemas en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo náuseas, acidez y úlceras estomacales. Hay fármacos para disminuir o evitar estas alteraciones.</p> <p>Existe un laxante natural de origen vegetal para el tratamiento de la constipación leve provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural, como son los senósidos AB.</p>
--	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 Fotografía ©. Control del Intestino VIVIR CON PARÁLISIS [Internet]. Amazonaws.com. [citado el 18 de enero de 2023]. Disponible en: <https://s3.amazonaws.com/reeve-assets-production/Bowel-Management-Brochure-Spanish.pdf>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 1. Función urinaria	DOMINIO: II. Salud fisiológica CLASE: F. Eliminación
--	--

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00016</p> <p>ETIQUETA: Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Factores ambientales alterados, limitaciones ambientales, postura inadecuada para ir al sanitario, hábitos de defecación ineficaces</p> <p>EVIDENCIADO POR: Dificultad para iniciar la micción, retención urinaria, disuria, sondaje vesical a derivación #18, con color turbio, olor muy penetrante, detección de inflamación prostática por ultrasonido.</p> <p>CONDICIONES ASOCIADAS: Deterioro sensitivo motor</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0503 Eliminación urinaria</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 			
<p>Evaluación general del diagnóstico</p> <p>La evolución fue favorable, debido a que con las intervenciones se logró la mejoría de los patrones de eliminación, disminuyendo la retención y la dificultad del inicio de la micción, se detectó a tiempo la inflamación prostática, con lo cual ya cuenta con un tratamiento para la misma.</p>	<p>Indicadores</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>Mantener en</p>	<p>Aumentar a</p>	<p>Logrado</p>
	<p>050301 Patrón de eliminación.</p> <p>050302 Olor de la orina.</p> <p>050303 Cantidad de la orina.</p> <p>050304 Color de la orina.</p> <p>050307 Ingesta de líquidos.</p> <p>050331 Micción frecuente.</p> <p>050332 Retención urinaria.</p> <p>050336 Incontinencia funcional.</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>4</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>

CAMPO: 1. Fisiológico básico CLASE: B. Control de la evacuación Código: 0580 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Sondaje vesical

Actividades de enfermería	Razonamiento científico
<p>*Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.</p> <p>*Reunir el equipo adecuado.</p> <p>*Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.</p> <p>*Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salina estéril o agua estéril según el protocolo del centro.</p> <p>*Insertar una sonda recta o con balón de retención según corresponda.</p> <p>*Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.</p> <p>*Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.</p> <p>Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a edad y el tamaño corporal del paciente.</p> <p>*Fijar el catéter a la piel según corresponda.</p> <p>*Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria..</p>	<p>De acuerdo a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-052-SSA1-93, El globo al ser llenado o inflado a su volumen de diseño, debe ser capaz de cumplir con su función autorretentiva o hemostática sin obstruir el canal de drenado y/o irrigación, también nos indica también que los globos de la sonda se inflan con agua destilada a su volumen de diseño y se sumergen en agua destilada a 310 K (37.8°C) durante 7 días. Después del periodo se observa que no haya ningún globo reventado.</p> <p>La sonda vesical o cateterismo urinario es un tubo de látex, silicona o poliuretano insertado en la uretra hasta la vejiga para recoger orina, con fines ya sea terapéuticos, drenaje de contenido urinario y/o irrigación.</p> <p>El cateterismo vesical tiene un fin terapéutico para la obtención de orina debido a una deficiencia de expulsar la orina puesto a una obstrucción urinaria. La obstrucción infravesical puede ser consecuencia de un aumento del tamaño de la próstata, de la presencia de coágulos sanguíneos en el interior de la vejiga, de estenosis posquirúrgicas y de procesos inflamatorios uretrales, como en la litiasis vesical. Ubicación de la fijación de sonda vesical en los hombres se realizará dependiendo la caída que tenga el pene, siendo en la cara interna del muslo derecho.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4866926&fecha=16/01/1995

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física	DOMINIO: IV. Conocimiento y conducta de salud CLASE: T. Control de riesgo
---	---

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00250</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de lesión en el tracto urinario</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Disfunción cognitiva, manifestaciones neuroconductuales.</p> <p>CONDICIONES ASOCIADAS: Uso del catéter urinario a largo plazo, hiperplasia prostática</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 1902 Control de riesgo</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado.</p>			
<p>Evaluación general del diagnóstico</p> <p>La evolución fue favorable, debido a que con las actividades realizadas se logro evitar una infección urinaria y con el tratamiento para la inflamación prostática se logro el retiro del sondaje vesical.</p>	<p>Indicadores</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>Mantener en</p>	<p>Aumentar a</p>	<p>Logrado</p>
	<p>190220 Identifica los factores de riesgo.</p> <p>190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud.</p> <p>190217 Controla los cambios en el estado general de salud.</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: B. Control de la evacuación Código: 1876 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cuidados del catéter urinario</p>				
<p>Actividades de enfermería</p>	<p>Razonamiento científico</p>			

<p>*Observar las características del líquido drenado.</p> <p>*Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.</p> <p>*Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.</p> <p>*Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.</p> <p>*Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario.</p> <p>*Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa en pierna.</p> <p>*Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.</p> <p>*Evaluar las opciones de eliminación para evitar la reinserción.</p>	<p>De acuerdo a la NOM-052-SSA1-93, el cambio y duración de la sonda dependerá del procedimiento y del tiempo de vida que tenga cada sonda y este es determinado por su material.</p> <p>Látex: Con duración inferior a 15 días.</p> <p>Silicona: Duración de 30 días y se utiliza en pacientes alérgicos al látex.</p> <p>Cloruro de polivinilo (PVC): Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.</p> <p>Ubicación de la fijación de sonda vesical en los hombres se realizará dependiendo la caída que tenga el pene, siendo en la cara interna del muslo derecho.</p> <p>El Manual de procedimientos de enfermería, cuando se refiere al sondaje vesical, tanto masculino como femenino, recomienda que se debe mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos e infecciones del tracto urinario.</p>
--	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf

PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 3. Equilibrio de la energía</p>	<p>DOMINIO: II. Salud fisiológica CLASE: J. Neurocognitiva</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00088</p> <p>ETIQUETA: Deterioro de la ambulación</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Fuerza muscular insuficiente, resistencia muscular insuficiente, EVC.</p> <p>EVIDENCIADO POR: Dificultad para caminar en declive, dificultad para caminar en cuesta, dificultad para caminar en una superficie irregular, dificultad para caminar una requerida distancia, dificultad para subir escaleras, caquexia, escala de Daniels 2, límite de movilización de hemicuerpo derecho de cuello hacia abajo. Índice de Barthel de 5.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0911 Estado neurológico: control motor central</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

CONDICIONES ASOCIADAS: Trastornos cerebrovasculares, incapacidad músculo esquelética, enfermedades neuromusculares.	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		
		Mantener en	Aumentar a	Logrado
Evaluación general del diagnóstico Existe una evolución satisfactoria con las intervenciones llevadas, debido a que se le brindo rehabilitación al paciente, mejoro la seguridad en él y sus movimientos, lo que nos llevó a la mejoría en su condición.	091101 Equilibrio.	1	2	1
	091103 Mantenimiento de la postura.	1	2	1
	091112 Movimiento intencionado a partir de una orden.	1	2	1
	091113 Anomalías de la marcha.	1	2	1

CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: A. Control de actividad y ejercicio Código: 0221 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Terapia de ejercicios: ambulación	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico
<p>*Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o silla según tolerancia.</p> <p>*Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</p> <p>*Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación si es preciso.</p> <p>* Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda si corresponde.</p> <p>*Ayudar al paciente con el traslado.</p> <p>*Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.</p> <p>*Ayudar al paciente con la deambulación inicial.</p> <p>*Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</p>	<p>El ejercicio terapéutico es una técnica fundamental dentro de la fisioterapia, especialmente importante en los tratamientos en un entorno laboral, ya sea con un fin terapéutico o preventivo, numerosos estudios científicos han demostrado la efectividad de un programa de terapia activa en rehabilitación bien diseñado y realizado correctamente, como parte del tratamiento de fisioterapia.</p> <p>Existen diferentes tipos de ejercicios en la rehabilitación de un paciente algunos de ellos son:</p> <p>Ejercicios de motricidad: Pueden ayudar a mejorar la fuerza muscular y la coordinación del cuerpo en general. Esto puede incluir los músculos que se usan para mantener el equilibrio, caminar e incluso tragar.</p> <p>Terapia inducida por restricción: Se restringe una extremidad no afectada mientras se practica el movimiento con la extremidad afectada para ayudar a mejorar su función. Esta terapia a veces se llama terapia de uso forzado.</p>

	<p>Terapia de amplitud de movimiento: Estos ejercicios y tratamientos pueden aliviar la tensión muscular (espasticidad) y ayudarte a recuperar la amplitud de movimiento.</p>
--	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Asepeyo. Ejercicio terapéutico [Internet]. Asepeyo salud. 2018 [citado el 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://salud.asepeyo.es/profesionales/rehabilitacion/ejercicio-terapeutico/>

PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 2. Actividad/ejercicio</p>	<p>DOMINIO: II. Salud fisiológica CLASE: J. Neurocognitiva</p>		
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00085</p> <p>ETIQUETA: Deterioro de la movilidad física</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Disfunción cognitiva, disminución del control muscular, tono muscular insuficiente, malnutrición.</p> <p>EVIDENCIADO POR: Disminución de las habilidades motoras gruesas, Disminución de las habilidades motoras finas, disminución de la amplitud del movimiento, temblor inducido por el movimiento, movimientos lentos, Caquexia, escala de Daniels en 2, Presencia límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo. Índice de Barthel de 5.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 0914 Estado neurológico: función sensitiva/motora medular</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Indicadores</td> <td style="width: 50%;">PUNTUACIÓN DIANA</td> </tr> </table>	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA
Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		

CONDICIONES ASOCIADAS: Enfermedades neuromusculares		Mantener en	Aumentar a	Logrado
	091401 Movimiento de cabeza y hombro.	1	2	1
	091402 Función autónoma.	1	2	1
	091405 Fuerza del movimiento de la extremidad.	1	2	1
	091406 Flacidez.	1	2	1
Evaluación general del diagnóstico	091407 Movimiento de pronación.	1	2	1
Evaluación satisfactoria, gracias a la rehabilitación y la ayuda con los ejercicios, empieza a tener más fuerza en sus movimientos, muestra más seguridad en sí mismo, lo cual lo estimula a continuar esforzándose para estar mejor.				

CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: C. Control de inmovilidad Código: 0840 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cambio de posición	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico
<p>*Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</p> <p>*Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda.</p> <p>*Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.</p> <p>*Colocar en posición de alineación corporal correcta.</p> <p>*Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.</p> <p>*Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.</p> <p>*Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.</p> <p>*Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.</p> <p>*Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.</p>	<p>Cambio postural: Se define como la variación en la posición del paciente en cama, para evitar las complicaciones de la falta de movilidad. Este se debe llevarse a cabo para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo y evitar exponer la piel a fuerzas de presión y cizalla.</p> <p>El cambio de posición es una estrategia que se utiliza junto con otras para prevenir el desarrollo de lesiones de decúbito. El cambio de posición incluye mover al paciente a una posición diferente para redistribuir la presión de una parte específica del cuerpo. Se recomienda la utilización de colchón de presiones alternas para mejor distribución del peso corporal y la movilización cada dos horas bajo la técnica de reloj control de cambios posturales.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Seguridad del paciente [Internet]. Quién.int. [citado el 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 5. Autocuidado	DOMINIO: I. Salud funcional CLASE: D. Autocuidado		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00109 ETIQUETA: Déficit de autocuidado: vestido FACTOR RELACIONADO: Disfunción cognitiva, manifestaciones neuroconductuales. EVIDENCIADO POR: Dificultad para sujetar la ropa, dificultad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, dificultad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo, caquexia, escala de Daniels en 2, presencia límite de movilización de hemicuerpo derecho, de cuello hacia abajo. Índice de Barthel de 5. CONDICIONES ASOCIADAS: Enfermedades neuromusculares, incapacidad musculo esquelética	RESULTADO ESPERADO: 0302 Autocuidados: vestir ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.		
	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA	
		Mantener en	Aumentar a Logrado
	030215 Coge la ropa del cajón.	1	2 1
	030203 Recoge la ropa.	1	2 1
	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	1	2 1
	030205 Se pone la ropa en la parte inferior del		

Evaluación general del diagnóstico Evaluación satisfactoria, con mejoría en la ayuda en el auto vestido, existe una mejoría en la coordinación de los movimientos, más fuerza muscular y más autoestima.	cuerpo.	1	2	1
	030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo.	1	2	1
	030214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.	1	2	1

CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: F. Facilitación del autocuidado Código: 1802 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Ayuda con el autocuidado: vestirse /arreglo personal	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico
<p>*Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</p> <p>*Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</p> <p>*Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).</p> <p>*Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.</p> <p>*Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.</p> <p>*Ofrecerse a colgar la ropa o a colocarla en el armario.</p> <p>*Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.</p>	<p>En la asistencia sanitaria, se busca regular el funcionamiento del ser humano que se encuentre bajo limitaciones físicas y/o mentales, identificando factores de riesgo internos y externos que comprometan su vida y desarrollo físico a futuro, cuidarse a sí mismo significa identificar y tomar mejores decisiones sobre nuestras necesidades físicas, emocionales, mentales, financieras y espirituales. Para hacer esto, se debe comenzar con el reconocimiento de la responsabilidad que tenemos sobre nuestro bienestar y, también, de las acciones que podemos realizar para estar saludables. Es importante tomar en cuenta el autoestima del paciente debido a que este se vera afectado por la ayuda que esta recibiendo y puede provocar la falta de autoestima dificultando cuidar de uno mismo de forma positiva y manejar las tensiones de la vida diaria.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Díaz L, Lucero A. Cuidando al adulto y al anciano: Teoría del déficit de autocuidado de OREM. Aquichán [Internet]. 2003 [citado el 19 de enero de 2023];3(1):52–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100009

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11. Seguridad/Protección CLASE: 2. Lesión física	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: T. Control del riesgo.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Código: 00303 ETIQUETA: Riesgo de caídas en adultos. FACTOR RELACIONADO: Deterioro de la movilidad física, deterioro del equilibrio postural. Población en riesgo: Personas >60 años. CONDICIONES ASOCIADAS: Trastornos neurocognitivos.	Resultado esperado: 1939 Control del riesgo caídas. ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.			
	Indicadores	PUNTUACIÓN DIANA		
		Mantener en	Aumentar a	Logrado
193906 participa en la revisión del riesgo de caídas.	1	2	1	
193910 Se compromete a realizar estrategias para reducir el riesgo de caídas.	1	2	1	

Evaluación general del diagnóstico Evaluación satisfactoria debido a que con las intervenciones realizadas se logro mantener el riesgo de caídas en niveles bajas, evitando de esta forma caídas y llegando a dejar el riesgo de caídas en 0 de acuerdo a la Escala de Downton.	193914 Realiza ejercicios regulares para mantener la fuerza y el equilibrio.	1	2	1
	193915 Mantiene la nutrición e hidratación para mantener la fuerza y el equilibrio	1	2	1

CAMPO: 4. Seguridad CLASE: V. Control de riesgos. Código: 6490 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de caídas	
Actividades de enfermería	Razonamiento científico

<p>*Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>*Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.</p> <p>*Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.</p> <p>*Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.</p> <p>*Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.</p> <p>*Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.</p> <p>*Informar a los miembros sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</p>	<p>En 1990 Lowenstein y Hunt encontraron que las caídas son la principal causa de muerte por lesión en el adulto mayor ya que son más susceptibles a estos accidentes, debido a cambios fisiológicos o a enfermedades degenerativas agudas o crónicas. Las caídas son un problema importante para la salud pública en todo el mundo. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios.</p> <p>La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, las intervenciones dirigidas a eliminar las amenazas del entorno incluyen una serie de acciones encaminadas a detectar los riesgos de caída, tanto físico, mental y farmacológico, así como registrar el riesgo de caída en el reporte de enfermería, convirtiéndose este en la 6ta acción esencial para la seguridad del paciente según la SEGOB.</p>
---	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 Describir 1-Descripción: Se Puede. PROCEDIMIENTO: PREVENIR CAÍDAS [Internet]. Aeeto.es. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aeeto.es/images/Procedimientos/Procedimiento_%20Prevencion_Caidas.pdf

5.5 Ejecución

Preparación: Se inició con la valoración del paciente O.M.C. por medio de la observación y un examen físico, recabando información de forma directa e indirecta, organizando los datos con la teoría de Virginia Henderson, con la cual realizamos la valoración y la priorización de los diagnósticos, basándonos en la taxonomía NANDA con lo cual detectamos el Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades que tiene el paciente como diagnóstico prioritario, continúe con la taxonomía NOC para realizar la clasificación de los resultados y de esta manera implementar objetivos reales y alcanzables para el paciente.

Ejecución: Se utilizó la taxonomía NIC para establecer las intervenciones a realizar en el domicilio del paciente para que la recuperación fuera con eficacia y eficiencia, consultando guías de práctica clínica, las cuales nos dieron pautas para actuar de una forma más adecuada y al realizar los procedimientos ser más específico.

Documentación: Se realizaron notas personales en las cuales especificaba las mejoras del paciente, ganancia de peso, tipo de dieta que se le estaba dando, registrando de igual forma signos vitales, medicamentos ministrados, las mejoras que se observaban en la herida, tomando fotos del avance de la misma.

5.6 Evaluación

De acuerdo a los objetivos impuestos se inicio el tratamiento de señor O.M.C en su domicilio, priorizando la alimentación, oxigenación y la lesión por presión, realizando intervenciones oportunas desde del inicio del tratamiento en domicilio, logrando inicialmente una mejoría en su alimentación, gracias a la realización de colutorios, con lo cual el paciente inicio con la deglución de agua y posteriormente con una dieta líquida aún con su gastroclisis, se realizó monitoreo a la tolerancia de la vía oral, lo cual nos iba indicando el aumento o descenso de la ingesta oral, llegando a una dieta sólida, con la mejoría mostrada en el paciente se continuó con la evaluación hasta llegar al retiro de la gastroclisis, con la oxigenación, se inició a disminuir el oxígeno con la monitorización de la saturación, valorando la disnea al esfuerzo, presencia de taquipnea, hasta lograr la independencia del paciente, llegando al destete de las puntas nasales, con respecto a la lesión por presión, se inició con la debridación de la misma, limpiando la herida con jabón quirúrgico, ABD con vinagre para realizar la implosión de los microorganismos y cambiando el PH de la herida para evitar la proliferación de los mismos, colocando sulfadiazina de plata con apósito de alginato de calcio, por dos semanas para ayudar con la debridación del tejido necrótico.

Por lo tanto se puede ver que los objetivos fueron alcanzados parcialmente, debido a que se muestra la evolución continua del mismo pero sin dejar de tomar en cuenta los factores principales que son la edad, el que es un indicador debido a los cambios que va teniendo él mismo y el E.V.C. que deja secuelas en el individuo ya que afecta al sistema nervioso central, con lo cual el mismo usuario nos refiere sentirse satisfecho y cómodo con los cuidados otorgados, utilizando factores estimulantes del progreso como lo son el apoyo de su familia, la estimulación que obtiene al ver su propio progreso, se decide continuar con el plan de cuidados, debido a la evolución lenta del usuario y llegar a la conclusión del mismo.

5.7 Plan de Alta

NOMBRE DEL USUARIO (A): O.M.C SEXO: Masculino EDAD: 77 años SERVICIO: Domicilio
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Evento Vascular Cerebral

FECHA DE INGRESO: 07/03/2022

FECHA DE EGRESO: 25/12/2022

Diagnósticos de Enfermería:

Riesgo de caídas.

Disposición para mejorar la salud.

Disposición para mejorar el compromiso con el ejercicio.

Resumen: Paciente masculino de 77 años el cual estuvo hospitalizado por tres meses por un Evento Vascular Cerebral y fue dado de alta a su domicilio con un Glasgow de 10, presencia de estomatitis y aftas bucales, signos vitales estables, normotenso, caquéxico, pérdida de peso de 15 kg, Índice de Barthel 5 y la Evaluación Nutricional del Adulto 11, recibiendo apoyo de oxígeno por puntas nasales a 3lts /min, con lo cual satura al 90%, escala de Daniels en 2, presencia de límite de movilización de hemicuerpo derecho, recibiendo alimentación por gastroclisis en mesogastrio, sonda vesical a derivación #18, Presencia de lesión por presión con medidas de 15x15cm Braden en estadio 3, Push 16 y Escala de Norton en 8, con secreción purulenta, bordes no simétricos, con presencia de tejido necrótico, resequedad, piel áspera, palidez de tegumentos, presencia de daño en músculo y tendón expuesto por la infección.

Con el cual se inició el tratamiento en su domicilio, priorizando la alimentación, oxigenación y la lesión por presión, realizando intervenciones oportunas desde del inicio del tratamiento en domicilio, logrando inicialmente una mejoría en su alimentación, gracias a la realización de colutorios, con lo cual el paciente inicio con la deglución de agua, con lo cual se inició una dieta líquida aún con su gastroclisis, vigilando la tolerancia a la vía oral, lo cual nos iba indicando el aumento o descenso de la ingesta oral, llegando a una dieta sólida, con la mejoría mostrada en el paciente se continuó con la evaluación hasta llegar al retiro de la gastroclisis.

Respecto a la oxigenación, se inició a disminuir el oxígeno con la monitorización de la saturación, valorando la disnea al esfuerzo, presencia de taquipnea, hasta lograr la independencia del paciente, llegando a retirar las puntas nasales.

Respecto a la lesión por presión, se inició con la debridación de la misma, limpiando la herida con jabón quirúrgico, ABD con vinagre para realizar la implosión de los microorganismos y cambiando el PH de la herida para evitar la proliferación de los mismos, colocando sulfadiazina de plata con apósito de alginato de calcio, por dos semanas para ayudar con la debridación del tejido necrótico.

Acciones encaminadas con el régimen dietético:

Dieta: Blanda hiperproteíca e hipercalórica de 2500 kcal, incluir en ella alimentos como lo es el arroz con frijoles, lentejas, pollo, atún, huevo, evitar comidas irritantes.

Ejercicio: La actividad física y el ejercicio los determinara el rehabilitador, por lo cual se sigue con el tratamiento que lleva, llevando ejercicios de movilidad indicados por el mismo, llevando la rehabilitación cada tercer día.

Tratamiento: Continuar con medicamentos prescritos, hasta una revaloración por personal médico.

- Losartan 50MG 1 c/24 hrs
- Nifedipino 30MG 1 c/24 hrs
- Metroprolol 100 MG ½ tableta 1 c/ 24 hrs
- Atorvastatina 20 MG 1 c/ 24 hrs
- Fenasteride 5 MG 1 c/ 24 hrs
- Tamsulosina 0.4 MG 1 c/ 24 hrs
- Senosidos AB 1 c/24 hrs

Acciones encaminadas para el mejoramiento de la salud:

- Realizar baño en regadera, con una silla dentro del baño por la falta de fuerza.
- Mantener un chequeo de la presión arterial.
- Mantener cerca la andadera para la deambulación del paciente.
- Ayudar al paciente a seguir motivado con la rehabilitación.
- Alentar al paciente en sus actividades de la vida diaria.
- Brindar apoyo moral al paciente.
- Estimular al paciente a continuar con su independencia en sus actividades cotidianas.

Medidas de prevención para el logro de la independencia:

- Solicitar ayuda a su familiar.
- Mantener una observación al paciente sin que se sienta invadido cuando se movilice.
- Brindar apoyo al paciente en la subida y bajada de escaleras.
- Mantener un seguimiento en el tipo de dieta.

Adherencia al tratamiento:

Asistir a rehabilitación y a cita médica.

Signos de alarma:

Acudir al médico en caso de que el paciente presente:

- Acúfenos.
- Fosfenos.
- Cefalea intensa.
- Elevación en la presión arterial que no disminuye con el medicamento.

Recuerde:

Acudir a su cita a la consulta externa en 15 días o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

Nombre del cuidador primario: María Teresa Piñón Rueda.

Nombre de/la enfermera: Miguel Angel Rodríguez Vega.

CONCLUSIONES

El trabajo aquí presente me dejó un conocimiento mayor de lo que es la importancia de la nutrición, factores de riesgo, la desnutrición relacionada con la enfermedad y sus complicaciones que este presenta si no se tienen los cuidados adecuados.

Me permitió mejorar en el desarrollo de lo que es el Proceso de Atención de Enfermería, de igual manera obtuve la habilidad en el desarrollo de la valoración, siendo que una correcta valoración nos permitirá identificar con eficiencia las necesidades que tiene alteradas nuestro paciente y los diagnósticos que tiene, continuando con los diagnósticos este trabajo me permitió reforzar y mejorar una de mis debilidades la cual eran los diagnósticos de enfermería, debido a que mediante el desarrollo del presente trabajo fui puliendo y mejorando el desempeño de los mismos, de la misma forma me permitió la mejoría en la taxonomía NOC y NIC, desarrollando de mejor manera los objetivos y resultados esperados, basándonos en los indicadores, mejorando en las actividades al realizar las mismas de forma oportuna con calidad, rapidez y eficacia, concluyendo con la evaluación más precisa de las mismas y logrando la recuperación satisfactoria del paciente.

Por último puedo concluir que la nutrición es importante dentro de nuestro quehacer profesional, ya que es el que dictamina el estado de salud en general que tenemos y tendremos debido a nuestros hábitos alimenticios, tomando esto en cuenta resalta la recuperación mostrada en el paciente debido a que al iniciar una mejor ingesta alimentaria y con las actividades de enfermería adecuadas, vimos como poco a poco el paciente mostraba signos de mejoría, sin dejar de tomar en cuenta la importancia de una movilización adecuada, si sumamos la malnutrición y la falta de movilización nosotros mismos fomentaremos el aumento de factores de riesgo en el paciente y la generación de eventos adversos como lo son las lesiones por presión.

Por tanto, me hago estas preguntas como reflexión ante el caso revisado

- ¿Realmente llevas una buena alimentación?

- ¿Sabes lo importante que es para ti una alimentación adecuada?
- ¿Llevas acabo una alimentación adecuada?

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención: Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.

Autonomía: Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.

Calidad: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Cuidado: Conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos.

Deambulaci3n: movilizarse sin rumbo ni direcci3n, necesidad de caminar de los enfermos.

Dec3logo: Conjunto de reglas que se consideran b3sicas para una actividad.

Desnutrici3n: Afecci3n que se presenta cuando no se obtienen calorías suficientes o la cantidad adecuada de nutrientes principales, como las vitaminas y los minerales, que se necesitan para una buena salud.

Diagn3stico: Proceso en el que se identifica una enfermedad, afecci3n o lesi3n por sus signos y sntomas.

Ejecuci3n: Es en esta etapa cuando realmente se pone en pr3ctica el plan de cuidados elaborado.

Enfermería: Responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio.

Enfermedad Vascul ar Cerebral: Alteraci3n en las neuronas, que provoca disminuci3n de flujo sanguíneo en el cerebro, acompaãada de alteraciones cerebrales de manera moment3nea o permanente.

Entorno: Es el que promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes y de sus profesionales.

Envejecimiento: Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida.

Etiología: Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

Evaluación: Es la mirada crítica que permite crear e inventar una infraestructura, unos procesos que mejoren el contexto de los servicios y del ser en enfermería.

Función: Acciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico.

Fisiopatología: Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.

INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Metaparadigma: Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería.

Modelo: Pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería.

NANDA: son las siglas de la North American Nursing Diagnosis Association, es una red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería.

NIC: La Nursing Interventions Classification (NIC) en español, Clasificación de Intervenciones de Enfermería es un lenguaje completo y estandarizado que permite

describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

Norma: Son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana.

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) presenta una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizados que describen los resultados de los pacientes en función de las intervenciones enfermeras.

Nutrición: Se refiere a los nutrientes que componen los alimentos, e implica los procesos que suceden en tu cuerpo después de que ingieres alimento, es decir la obtención, asimilación y digestión de los nutrimentos por el organismo.

Planeación: Elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras.

Proceso Atención Enfermero: Es la articulación de todas las actividades enfermeras sobre la base del método científico de trabajo.

Profesión: Facultad que tiene una persona para realizar una actividad en base a un conocimiento científico previamente adquirido, y a través de la cual, percibe una remuneración económica.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

SICA: Sistema de Integración Centroamericana.

Teoría: Son un conjunto de enunciados interrelacionados que definen, describen, relacionan y explican fenómenos de interés.

Transcultural: Área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas

Valoración: Proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica 1. (s/f). Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56242524013/html/index.html>
2. Ibarra Mendoza, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 20, 147–152. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.21>
3. Modelos enfermería. (s/f). *Enfermeriablog.com*. Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/>
4. Henderson, V., & Departamento De Sociologia, R. N. (s/f). PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. *Gob.mx*. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PRINCIPIOSBASICOS.pdf>
5. Significado de Enfermería. (2016, octubre 27). *Significados*. <https://www.significados.com/enfermeria/>
6. Medicos, P. (2015, agosto 2). Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería - Revista Electrónica de Portales *Medicos.com*. *Revista-portalesmedicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>
7. de Enfermería, R. M. y. (2019, abril 25). El cuidado eje fundamental del conocimiento de Enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica; Ocronos - Revista Médica y de Enfermería*. <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>
8. Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista cubana de oftalmología*, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
9. Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF

SCIENCE OF CARING La alegoría de la caverna de Platón con la profesión de enfermería [Internet]. Org.mx. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>

10. Santiago A. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. *yoamoenfermeria.com*. Álex Santiago; 2021 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://yoamoenfermeriablog.com/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>

11. Ucm.es. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>

12. Xunta.gal. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en:

https://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/Sistema+nervioso+completo_0.pdf

13. Búsqueda, M., Mexicana De Cardiología, S., Mexicana De Enfermería, R., Número, C., -December, S., Carolina, L., & Vargas, O. (s/f). Otras secciones de este sitio. Medigraphic.com. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>

14. Roche, I. (s/f). ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA. Enciclopedia-bioderecho.com. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de

<https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>

15. Mena Tudela D, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Cuidados basicos de enfermeria. Universitat Jaume I; 2016.

16. S/f). Berri.es. Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de

<https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050#:~:text=El%20modelo%20conceptual%20de%20enfermer%C3%ADa,una%20propuesta%20de%20realidad%20ideal.>

17. (S/f-b). Recuperado el 16 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/Fundamentos%20de%20enfermer%C3%ADa.%20Ciencia,%20metodolog%C3%ADa%20y%20tecnolog%C3%ADa.pdf>
18. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/MODELO%20Y%20TEORIAS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
19. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/MODELO%20Y%20TEORIAS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
20. De Enfermería, F., Modelos, T. Y., Enfermería, D. E., Cisneros, F., & Enfermera Especialista, G. (s/f). UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA. Edu.co. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
21. G, F. C. (05 de Febrero de 2009). Universidad de cuaca. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
22. De Enfermería, F., Modelos, T. Y., Enfermería, D. E., Cisneros, F., & Enfermera Especialista, G. (s/f). UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA. Edu.co. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
23. De, M., & Pae, E. (s/f). Actualización en Enfermería familiar y comunitaria. Enfermerialugo.org. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf
24. ora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–

233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
25. Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
26. Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista cubana de oftalmología, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
27. ETICA DE LOS CUIDADOS. (s/f). Index-f.com. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10404.php>
28. (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/lc0714.pdf>
29. (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/criticos.pdf>
30. (S/f). Berri.es. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050#:~:text=El%20modelo%20conceptual%20de%20enfermer%C3%ADa,una%20propuesta%20de%20realidad%20ideal>.
31. Reina G. NC. Redalyc. [Online].; 2010. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.
32. Sánchez Castro JC. op. cit. p.5-6. (13)
33. (S/f-b). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/lc0714.pdf>
34. (S/f). Redalyc.org. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
35. Profesional P, Enf L, Laura O, Trujano J, Rosa M, Ostiguín Meléndez M, et al. El concepto de persona, como determinante del cuidado

- [Internet]. www.bvsalud.org. [citado el 23 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1028517/332-manuscrito-anonimo-642-1-10-20180416.pdf#:~:text=La%20persona%20es%20individual%2C%20pero,cuidado%20y%20no%20ignorar%20lo%2C%20ya>
36. Gob.mx. [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
37. Stefanacci RG. Cambios corporales relacionados con el envejecimiento [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>
38. Sld.cu. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008
39. Teorías de Envejecimiento [Internet]. Tribunadelinvestigador.com. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
40. Cambios en huesos, músculos y articulaciones por el envejecimiento [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004015.htm>
41. Dermatología geriátrica. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2014 [citado el 15 de noviembre de 2022];57(6):48–56. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000600048
42. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cambios psicosociales del envejecimiento [Internet]. gob.mx. [citado el 30 de noviembre de

- 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento>
43. Anierte Hernández N. El proceso del envejecimiento. Medwave [Internet]. 2003 [citado el 23 de octubre de 2022];3(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2753.html>
44. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
45. de la lista detallada Número C, Revisión C. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años Estados Unidos Mexicanos 2021 Población General [Internet]. Gob.mx. [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf
46. Xunta.gal. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/Sistema+nervioso+completo_0.pdf
47. [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2022_II.pdf
48. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/405-Texto%20del%20art%C3%ADculo-705-1-10-20210507.pdf>
49. LaresCV. Desnutrición en el adulto mayor [Internet]. Lares Comunidad Valenciana. 2015 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.larescvalenciana.org/malnutricion-en-el-adulto-mayor/>
50. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf>
51. Arauz A, Ruíz-Franco A. Enfermedad vascular cerebral. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2012 [citado el 19 de noviembre de 2022];55(3):11–21. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003

52. Chong JY. Generalidades sobre los accidentes cerebrovasculares [Internet]. Manual Merck versión para profesionales. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-neurologicos/accidente-cerebrovascular/generalidades-sobre-los-accidentes-cerebrovasculares>
53. org.ar. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/nutricion-y-ulceras.pdf>
54. Laguna, M., & Serrano, C. (2021, junio 7). Sistema tegumentario.
55. Laguna, M., & Serrano, C. (2021, junio 7). Sistema tegumentario.
56. (S/f). Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de [http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2021_II%20\(3\).pdf](http://file:///C:/Users/cuetl/Downloads/S35-05%2021_II%20(3).pdf)
57. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4866926&fecha=16/01/1995

ANEXOS

Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y fecal	1

Clasificación del riesgo

- Puntuación de 5 a 9 Riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12 Riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14 Riesgo medio
- Puntuación mayor de 14 Riesgo mínimo/No riesgo

Escala de valoración de riesgo: Escala de Braden

Percepción sensorial	Completamente limitada (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda (1)	A menudo húmeda (2)	Ocasionalmente húmeda (3)	Raramente húmeda (4)
Actividad	Encamado/a (1)	En silla (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)

Movilidad	Completamente inmóvil (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Nutrición	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)
Riesgo de lesiones	Problema (1) requiere moderada y máxima asistencia	Problema potencial (2) se mueve muy débilmente o requiere de la mínima asistencia	No existe problema (3)	

Clasificación de riesgo:

- Alto riesgo: Puntuación total <12
- Riesgo moderado: Puntuación total 13-14
- Riesgo bajo: Puntuación total 15-16 si es menor de 75 años.
Puntuación total 15-18 si es mayor o igual a 75 años

Escala de PUSH

	0	1	2	3	4	5	Día: Valor:
Longitud x Anchura	0 0 cm ²	1 <0.3 cm ²	2 0.3-0.6 cm ²	3 0.7-1cm ²	4 1.1-2.0 cm ²	5 2.1 -3.0 cm ²	
	6 3.1 – 4.0 cm ²	7 4.1– 8.0 cm ²	8 8.1-12.0 cm ²	9 12.1-24cm ²	10 >24 cm ²	Subtotal:	
Cantidad de exudado	0 Ninguno	1 Ligero	2 Moderado	3 Abundante		Subtotal:	
Tipo de tejido	0 Cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 tejido necrótico	Subtotal:	
						Puntuación total	

Escala de Bristol

ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
	TIPO 1	Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2	Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3	Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
	TIPO 4	Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
	TIPO 5	Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
	TIPO 6	Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
	TIPO 7	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette

Peso actual _____ kg.		
Talla: _____ cm.		
Marque la respuesta que corresponde al estado de la persona:		
La persona:		
Es muy delgada (percepción del encuestador)	Si	2
	No	1
¿Ha perdido peso en el curso del último año?	Si	2
	No	1
¿Sufre de artritis con repercusión en la realización de sus actividades diarias?	Si	2
	No	1
¿Incluso con anteojos, su vista es?	Buena	0
	Regular	1
	Mala	2
¿Tiene buen apetito?	Frecuentemente	0
	Algunas veces	1
	Nunca	2
¿Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (Ej.: enfermedad personal, pérdida de un familiar)?	Si	1
	No	0
¿Qué es lo que habitualmente come en el desayuno o almuerzo?		
Frutas o jugo de frutas	Si	0
	No	1
Huevo, queso, frijoles o carne.	Si	0
	No	1
Tortilla, pan o cereal	Si	0
	No	1
Leche (más de ¼ de taza)	Si	0
	No	1
		Total:

Calificación	Riesgo Nutricional	Recomendaciones
6-13	Elevado	Ayuda para la preparación de las comidas y colaciones. Consulta con un profesional de la nutrición Aplique MNA
3-5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (vigilar consumo de alimentos, orientar y animar) Aplique MNA
0-2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factores de riesgo (cambio de situación, pérdida de peso)

Índice de Barthel

Nombre _____ **Fecha** _____

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita ayuda por otra persona

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Defecación

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Máximo uno en 24 horas
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón/cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda
10	Minima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente / silla de ruedas	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Puntuaci3n total:

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

- 0-20 Dependencia total
- 91-99 Dependencia escasa
- 21-60 Dependencia severa
- 61-90 Dependencia moderada
- 100 Independencia

Escala de Glasgow

Parámetros	Respuesta observada	Puntuaci3n
Apertura ocular	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Al estímulo doloroso	2

	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Movimientos de retirada	4
	Flexión hipertónica	3
	Extensión hipertónica	2
	Ninguna	1

Clasificación del riesgo

- Trauma leve: 13 - 15
- Trauma moderado: 9 - 12
- Trauma grave: 3 – 8

Escala de Caídas Downton

Tabla 1 - Escala de riesgo de caídas (J.H. Downton)

Caídas Previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Sedantes-tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (paresias, parálisis, etc.)	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Ambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70	0
	Mayor de 70	1

Clasificación del riesgo

Alto riesgo = 0 <3

Riesgo mediano: 1 – 2

Bajo riesgo: 0 - 1

Escala de Daniels

Escala de fuerza muscular	
Grado 5 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.
Grado 4 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero debilidad.
Grado 3 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad, pero no contra resistencia.
Grado 2 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos)
Grado 1	Vestigios de movimientos.
Grado 0	Ausencia de contractilidad.

