



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PERSONA ADULTA MAYOR CON ADENOCARCINOMA
COLORECTAL + SÍNDROME DE DESLIZAMIENTO BASADO EN LA
TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

ESTUDIO CASO
PARA OBTENER EL GRADO ESPECIALISTA
ENFERMERÍA EN EL ANCIANO

PRESENTA:
MALDONADO MARTÍNEZ ITZEL TERESA

ASESOR:
RODRÍGUEZ ARISPE HERMES EDUARDO

COORDINADOR:
MOCTEZUMA HERRERA DAVID ANGEL



Ciudad de México , 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PERSONA ADULTA MAYOR CON ADENOCARCINOMA
COLORECTAL + SÍNDROME DE DESLIZAMIENTO BASADO EN LA
TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

ESTUDIO CASO
PARA OBTENER EL GRADO ESPECIALISTA
ENFERMERÍA EN EL ANCIANO

PRESENTA:
MALDONADO MARTÍNEZ ITZEL TERESA

ASESOR:
RODRÍGUEZ ARISPE HERMES EDUARDO

COORDINADOR:
MOCTEZUMA HERRERA DAVID ANGEL



Ciudad de México , 2023.

Resumen

Persona Adulta Mayor con Adenocarcinoma Colorrectal + Síndrome de Deslizamiento basado en la Teoría de Virginia Henderson.

Introducción: La creciente esperanza de vida se ha visto en aumento en los últimos años por ello como profesionales de salud debemos estar a la vanguardia en la implementación de intervenciones especializadas en enfermería, el presente trabajo se abordará una patología oncológica tomando las diferentes esferas que compone una persona adulta mayor, esta desde una perspectiva integral y holística.

Objetivo: Estructurar el abordaje del profesional de enfermería en una persona adulta mayor con Adenocarcinoma Colorrectal + Síndrome de Deslizamiento a través de intervenciones especializadas, asociando los conocimientos teóricos y prácticos por medio de un estudio de caso, en vinculación con el equipo multidisciplinario y redes de apoyo.

Método: Estudio de tipo descriptivo y observacional, transversal, utilizando un método de investigación documental en la búsqueda de información.

Descripción del caso: Persona mayor femenina de 80 años, ingresa al Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran septiembre 2021, la cual se abordó por medio de la valoración geriátrica integral y el proceso de atención de enfermería, brindando intervenciones especializadas.

Consideraciones Éticas: Se solicitó el consentimiento informado, tomando en cuenta las consideraciones éticas - legales descritas en el estudio de caso.

Conclusión: Se logra concluir que es de alta relevancia conocer el abordaje de la persona mayor desde otra perspectiva mayormente dirigida y especializada. Como profesionales de la salud debemos estar preparados ante esta transición demográfica.

Palabras Clave: Teoría 14 necesidades Virginia Henderson, Proceso de Atención de Enfermería, Valoración Geriátrica Integral, Síndromes Geriátricos, Oncogeriatría, Adenocarcinoma Colorrectal, Síndrome Deslizamiento.

Abstract

Elderly Adult with Colorectal Adenocarcinoma + Sliding Syndrome based on Virginia Henderson's Theory.

Introduction: The increasing life expectancy has been on the rise in recent years therefore as health professionals we must be at the forefront in the implementation of specialized nursing interventions, the present work will address an oncological pathology taking the different spheres that make up an older adult person, this from an integral and holistic perspective.

Objective: To structure the approach of the nursing professional in an elderly person with Colorectal Adenocarcinoma + Sliding Syndrome through specialized interventions, associating theoretical and practical knowledge by means of a case study, in connection with the multidisciplinary team and support networks.

Method: Descriptive and observational cross-sectional study, using a documentary research method in the search for information.

Case description: Elderly 80-year-old female, admitted to the Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran September 2021, which was approached by means of a comprehensive geriatric assessment and the nursing care process, providing specialized interventions.

Ethical considerations: Informed consent was requested, taking into account the ethical and legal considerations described in the case study.

Conclusion: It can be concluded that it is highly relevant to know the approach to the elderly person from another perspective, more directed and specialized. As health professionals we must be prepared for this demographic transition.

Key words: Theory 14 needs Virginia Henderson, Nursing Care Process, Comprehensive Geriatric Assessment, Geriatric Syndromes, Oncogeriatrics, Colorectal Adenocarcinoma, Sliding Syndrome.

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor el E.E.A. Hermes Eduardo Rodríguez Arispe por las enseñanzas que hicieron posible este trabajo, su profesionalismo e interés en que desarrollemos un enfoque humano y holístico en la atención de las Personas Mayores considerando todas las esferas que este comprende. A mi coordinador E.E.A David Ángel Moctezuma Herrera agradezco sus enseñanzas, conocimientos e ideas compartidos durante la especialidad quien siempre nos encamino a tener un pensamiento crítico y objetivo en la atención especializada en las personas mayores.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por las enseñanzas en mi proceso de formación, que hizo posible la obtención de aprendizajes significativos e importantes que impactaron en mi crecimiento, desarrollo personal y profesional.

Al Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Subirán” por ser la sede de la especialidad de Enfermería en el Anciano, por haberme concedido la oportunidad de poder participar en la atención de la persona mayor, así como para brindar cuidados especializados con calidad y calidez.

Dedicatoria

Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia y mis amigos que me apoyaron en este proceso de mi formación académica. Pero principalmente, a las personas más importantes de mi vida, a mis padres Teresa Martínez y Armando Maldonado, que me apoyaron durante mi formación profesional. Especialmente mi mamá por enseñarme a afrontar las dificultades, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño, quien con amor, paciencia y esfuerzo me han apoyado para hoy cumplir un sueño más.

También quiero dedicarles este trabajo a mis hermanos Iridyan Maldonado y Jesús Maldonado por su paciencia, apoyo y comprensión. Por ser siempre mis compañeros en el camino de la vida, que han estado en mis logros y acompañado en mis momentos más difíciles, me han alentado a siempre a superarme para culminar esta meta.

A mis abuelos Elena Mares y Benjamín Martínez, siendo mi inspiración para ingresar a la especialidad, siempre apoyándome, animándome en este camino, así como ser mis primeros pacientes en mi camino de la especialidad.

Índice

Introducción.....	9
Objetivos	10
General	10
Específicos.....	10
Capítulo 1. Fundamentación	11
Capítulo 2. Marco Teórico	17
2.1 Marco conceptual	17
2.2 Marco empírico	18
2.3 Teoría y modelo de enfermería	24
2.4 Daños a la salud	42
2.4.1 Adenocarcinoma Colorrectal.....	42
2.4.2 Síndromes Geriátricos	59
Capítulo 3. Metodología.....	70
3.1 Búsqueda de Información.....	70
3.2 Consideraciones Éticas	71
3.3 Aspectos Éticos.....	71
Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención Enfermería.....	78
4.1 Presentación Caso	78
4.2 Valoración por Necesidades en el modelo Virginia Henderson	79
4.3 Jerarquización	85
Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones.....	116
Referencias. -.....	118

Lista de tablas

Tabla 1. Estado del Arte.....	19
Tabla 2 . Estadiaje por ACJJ	53
Tabla 3. Clasificación TNM según la AJCC (7° edición) y equivalencia con otros sistemas de clasificación	54
Tabla 4. Antecedentes y tratamiento basal	78
Tabla 5. Jerarquización de necesidades.....	85

Lista de figuras

Figura 1. Modelo del proceso de atención de enfermería.....	30
Figura 2. Tipo de diagnósticos	34
Figura 3. Sistema digestivo.....	48
Figura 4. Capas de intestino grueso	48
Figura 5. Anatomía de colón	49
Figura 6. Anatomía del recto.....	50
Figura 7. Cronología de valoraciones	80

Introducción

La creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional será cada vez mayor, la globalización y los cambios demográficos impactaran en el actual contexto social. Según los últimos datos, la esperanza de vida se ha visto en aumento hasta los 75 años en México, así como se ha registrado una disminución significativa de la fecundidad, siendo este un proceso de transición demográfica importante, en donde el aumento de Personas Mayores se hace cada vez más notorio, por ello como profesionales de salud debemos estar preparados y conocer sus principales necesidades.

El presente trabajo se enfocará en la implementación de intervenciones especializadas hacia las personas mayores, durante su proceso de salud-enfermedad. La patología de base que se abordará será la de ingreso hospitalario por Adenocarcinoma Colorrectal y Síndrome de Deslizamiento. Las enfermedades abordadas son de gran trascendencia e impacto de morbilidad-mortalidad, prevalentes en personas de edad avanzada, ya que se ha detectado un incremento en el número de casos.

En el Capítulo 1. Fundamentación, se retomarán datos de relevancia epidemiológica, en el Capítulo 2. Marco Teórico en donde se aborda la conceptualización, el paradigma y metaparadigma de la enfermería. La teoría necesidades de Virginia Henderson y como este se desarrolla e interrelaciona con el proceso de enfermería en sus diferentes etapas, así como la Valoración Geriátrica Integral como instrumento importante para desarrollo del cuidado.

Capítulo 3. Metodología se desarrolla como fue la selección del caso y la búsqueda de información. Capítulo 4. La aplicación de proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, donde se describirán las intervenciones especializadas de enfermería basada en evidencia. Por último, el Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones, la fase final del trabajo donde se presenta los resultados obtenidos, su relevancia, así como sugerencias para investigaciones futuras.

Objetivos

General

Estructurar el abordaje del profesional de enfermería en una persona adulta mayor con Adenocarcinoma Colorrectal + Síndrome de Deslizamiento a través de intervenciones especializadas, asociando los conocimientos teóricos y prácticos por medio de un estudio de caso, en vinculación con el equipo multidisciplinario y redes de apoyo.

Específicos

- Valorar la persona mayor a través de una valoración geriátrica integral.
- Identificar los principales problemas de salud, con base en las catorce necesidades de Virginia Henderson afectadas.
- Formular diagnósticos en formato PES (reales, riesgo y bienestar), así como jerarquizar los de mayor importancia en el impacto de salud de la persona.
- Establecer intervenciones generales y específicas que se ajuste a las necesidades de la persona, priorizando las necesidades afectadas más importantes.
- Implementar y evaluar las intervenciones establecidas por el mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.
- Estructurar un plan de alta, para el egreso de la persona acorde a las necesidades detectadas para la ejecución en el hogar.

Capítulo 1. Fundamentación

Antecedentes

En la actualidad, no hay duda de que el cáncer es un problema de salud pública mundial que, a pesar de los esfuerzos, continúa afectando y matando indiscriminadamente a un gran número de personas. Esta es una enfermedad antigua, en donde en diversas culturas se han encontrado restos óseos humanos fosilizados afectados por esta enfermedad, en la cual se ha determinado su antigüedad en miles de años atrás, con procedimientos de datación con carbono 14, así como las evidencias escritas descubiertas en Egipto de cerca de 3000 años de antigüedad en los papiros Edwin Smith y Ebers.

La rama de la medicina que estudia y se dedica al tratamiento de cáncer llamado Oncología, data su origen en la antigua Roma por Hipócrates (460-370 a.c.) etimológicamente describió el Cáncer (Karkinos o Cangrejo) del mismo origen que el cangrejo, ya que se describe que el tumor canceroso se extendía dentro del seno como los brazos y las pinzas de un cangrejo. Los autores en 2014 Jaime de la Garza y Paula Juárez en su libro El Cáncer (1) nos mencionan que existen numerosas teorías que a lo largo del tiempo han intentado explicar su presencia y las causas que lo originan para comprender no solo esta enfermedad, sino al mismo cuerpo.

En México antiguo poseían una amplia gama de productos naturales para el tratamiento de diversas enfermedades, si bien no fue en la década de 1940 donde se realizaron los primeros intentos en mantener un registro de control de datos del cáncer, en donde se funda una Campaña Nacional de la “Lucha Contra el Cáncer” enfocada principalmente en la prevención del cáncer cervicouterino y se planea realizar un registro estadístico, no fue en 1982 donde el Diario Oficial de la Federación se publicó el “Decreto por el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional de Cáncer (RNC).(2)

En la actualidad el cáncer sigue siendo un reto de salud pública, en donde los tumores malignos se han posicionado como principales causas de mortalidad desde hace varias décadas, las proyecciones ponen en manifiesto una creciente problemática relacionada con la mortalidad del cáncer, lo que implica un gran desafío para México, en donde desde

la década de 1960 se ubicó entre las diez principales causas de muerte, en la década de 1990 llegó a ocupar la segunda causa, como datos recientes sigue siendo una de las principales causas de morbilidad, donde proyecciones de muerte por neoplasias a nivel mundial. El número de casos de cáncer en la Región de las Américas se estimó en 4 millones en 2020 y se proyecta que aumentará hasta los 6 millones en 2040. En el 2020, causó 1,4 millones de muertes como dato importante, se encontró un 47% de fallecimientos por esta causa en personas de 69 años o más jóvenes. (3)

La acelerada transición demográfica, así como la transición epidemiológica y nutricional que vive el país, hace susceptible a la población de presentar diversos factores de riesgo para cáncer, como son el envejecimiento, el fumar y consumir alcohol, entre otros, lo que puede conllevar al incremento en el número de casos y fallecimientos debidos a neoplasias malignas. (4)

Enfermería basada en evidencia

El proceso de envejecimiento de la población se ha visto en aumento, además la aparición de una constante incidencia de ciertas enfermedades en el cual suele afectar las esferas que lo componen. Según su incidencia, se presentan como principales enfermedades son cardiovasculares, diabetes y tumores malignos siendo estas tres las principales causas de muerte en este grupo de edad. Las estadísticas en personas de 60 años o más comprende una tasa de 34.5 en mujeres y 45.35 en hombres de defunciones por cada 10 mil habitantes de defunciones por causas de tumor maligno según el INEGI (5), el abordaje de este grupo sea convertido en un importante reto de salud pública a nivel mundial.

Sea demostrado que el proceso de envejecimiento suele ser uno de los factores de riesgo intrínsecos para el desarrollo de un proceso cancerígeno en alguna parte del cuerpo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la manifestación de esta enfermedad incrementa con la edad, debido a que se van acumulando factores de riesgo que se combinan con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad. Esta tendencia se observa en la información de las defunciones de 2020. (6)

- Magnitud

Ha quedado claro que el cáncer es un problema mundial, según las últimas estadísticas de la organización mundial de la salud, el cáncer colorrectal, considerado uno de los primeros cinco tipos de cáncer que afecta a la población mundial en general, según los últimos datos del 2020 se detectaron 1,93 millones de casos de morbilidad y en segundo lugar en defunciones 916 000 muertes.

En las regiones de las Américas la recurrencia en los hombres de padecer cáncer colorrectal es de 10,2% y en mujeres 9,6%, las tasas de mortalidad en hombres y en mujeres es del 10,6%. (6)

La probabilidad de adquirir cáncer colorrectal es del 4-6 % a lo largo de la vida, el 80% de los casos esporádicos, pero el 20% tiene una influencia genética, él más del 90% de los casos se presenta en mayores de 50 años, con un pico de incidencia entre los 60-70 años. (7)

El aumento de la tasa de mortalidad en México sea observado una tendencia parecida de manera ascendente en las últimas décadas, siendo este a nivel nacional, según últimos datos INEGI 2020, el 3.º lugar en cáncer más frecuente responsable de defunciones por causas de tumor maligno en colon, recto y de ano en este grupo de edad, presentado una tasa de defunciones por cada 10 mil habitantes en hombres 3,95 y en mujeres 2,82 en personas de 60 años y más. (5)

- Trascendencia

La causalidad del CCR se presenta de manera diferente en las distintas áreas geográficas, la inducción de los factores de riesgo es también diferente en ambos sexos y en las sucesivas generaciones, asociadas a estilos de vida y condiciones medioambientales, sociales o culturales.

La detección temprana se basa en el diagnóstico precoz del desarrollo de un cáncer, en las fases presintomáticas, la sobre vida depende, en gran medida, de cuán extendida está la enfermedad en el momento del diagnóstico, si bien en una etapa inicial la sobre vida es de 37%. Mientras no haya ganglios linfáticos regionales comprometidos, tejidos u órganos, la tasa de supervivencia de 5 años considerada, se presenta en un 72%, el estadio es un factor importante de tomar en cuenta, ya que las tasas de sobre vida, se

consideran pueden llegar entre cinco y diez años siendo 80 o 90 % de los casos en etapa temprana, mientras que en una etapa avanzada es de alrededor de 22%.

Sin embargo, en las personas que tienen solo 1 tumor o algunos tumores que se han diseminado desde el colon o el recto hacia los pulmones o el hígado, la extirpación quirúrgica de estos tumores puede eliminar el cáncer, lo cual mejora considerablemente la tasa de supervivencia a 5 años para estas personas. (8)

La experiencia por la cual pasa un adulto mayor tras presentar una enfermedad agresiva, como suele ser el CCR, cambia el estilo de vida de la persona drásticamente a través del tiempo de la enfermedad, desarticulando las esferas que lo componen, así como de su día a día, lo cual puede provocar que vivan en un tiempo de incertidumbre y dependencia, siendo un proceso difícil en donde se ven afectadas más de una necesidad básica. (9)

En muchas ocasiones los adultos mayores se encuentran subrepresentados en los ensayos clínicos de terapias oncológicas, por lo que con frecuencia reciben tratamientos estándar que suelen afectar más a las personas mayores o haciendo su proceso más largo. No obstante, muchos de ellos requieren tratamientos complejos, incluyen cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de esta que idealmente deben prescribirse considerando su estado general de salud.

Es necesario un acercamiento multidimensional para obtener información que permita tomar decisiones y establecer buenos pronósticos en ellos, donde es importante identificar y priorizar, problemas y necesidades con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno.

- Vulnerabilidad

El cáncer es todo un desafío y puede aún resultar un desafío mayor o más complicado para el manejo de los adultos mayores, esto es debido a que son más propensos a tener afecciones de salud crónicas. La incidencia aumenta con la edad, con una media de edad de los diagnosticados de 70 años, según datos aproximados el 70% de los casos se desarrollan en mayores de 65 años y el 40% en mayores de 75 años. (10)

La Sociedad Oncología Geriátrica ha recomendado que las personas mayores de 65 años con CCR, deben ser evaluados antes de una intervención desde el punto de vista integral, físico, mental y social, y en aquellos que se detecte deterioro de la función, física o psicológica.

Conforme las poblaciones envejezcan, los sistemas de salud latinoamericanos deberían adaptarse a las necesidades particulares de este grupo de edad, incluyendo una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y discapacidad, mayor utilización de servicios, así como un aumento de aparición de enfermedades oncológicas. El acercamiento individualizado al cuidado entre el cáncer y el adulto mayor sintetiza el que hacer a una oncología geriátrica a través de una valoración geriátrica integral, se identificarán áreas de vulnerabilidad y de intervención, que ayuden a planear tratamiento individualizado que involucra abordar diversas problemáticas. (11)

En la última década, varios países de Latinoamérica han desarrollado programas de oncología geriátrica. Estos programas principalmente incluyen iniciativas asistenciales con un modelo consultivo, pero algunos programas más establecidos están contribuyendo también al desarrollo de investigación. (4)

Entre el equipo multidisciplinario que abordara al adulto mayor, las enfermeras especializadas en geriatría tienen un papel fundamental en estos equipos, ya que los conocimientos especializados les permite comprender como se entrelaza la atención, fusionando los conocimientos de los cambios propios del envejecimiento y la oncología, dándole un seguimiento activo para identificar el mejor marco de atención y de cuidados. Un estudio propuesto por un hospital de oncología, habla sobre el rol de enfermería en el cuidado el cual refieren que el objetivo principal es máxima la independencia, evaluando y abordando áreas clave en la que esto pueden presentar déficit real o potenciales, basándose en un enfoque holístico que permite proporcionar una atención continua que incluya la prevención, detección precoz, evaluación, tratamiento y seguimiento, contemplando la implementación de la valoración geriátrica integral como un elemento esencial permitiéndose conocer su estado basal e inicial , así como la evolución a lo largo de la enfermedad siendo parte importante de su evolución. (12)

El tratamiento del CCR se basa en cirugía, la mayoría de las personas con estadios I y II, se tratan y curan con cirugía. Para las personas con estadios III, el tratamiento estándar es cirugía seguida de quimioterapia adyuvante o va desde la cirugía solamente hasta quimio - radioterapia previa a cirugía y posterior quimioterapia adyuvante.

En las últimas décadas, el porcentaje de las personas mayores intervenidos ha subido del 57,5, al 72,1% que puede haber contribuido a mejorar la supervivencia. Pero, por otro lado, la edad se asocia con mayor mortalidad perioperatoria tras resección colorrectal electiva, 5,9% en mayores de 75 años frente al 2,1% en personas entre 55-77 años, junto con mayor frecuencia de complicaciones y estancia hospitalaria que pueden ser esperables en ancianos con alto grado de comorbilidad. Pero sí es cierto que el adulto mayor, cuando se complica, evoluciona peor.

A pesar de la alta prevalencia del cáncer colorrectal en ancianos y de su peor pronóstico, no se cuenta con suficiente evidencia científica para tratar esta patología en este grupo de población, en ensayos clínicos, con frecuencia excluyen a personas mayores, siendo una de las principales herramientas la valoración geriátrica integral es guiar las intervenciones geriátricas y seleccionar un tratamiento oncológico oportuno, evaluando el riesgo-beneficio de cada intervención terapéutica. (11)

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

- Teoría 14 necesidades Virginia Henderson: El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. (21)
- Proceso de Atención de Enfermería: El proceso de atención de enfermería (PAE), es un sistema de práctica del cuidado científico, por el que el profesional de Enfermería expresa su criterio, conocimientos y habilidades para diagnosticar e intervenir en resolución de problemas de salud, a través de una valoración y observación de manera sistemática, se organizan de forma lógica, congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado donde se detectan problemas reales, potenciales o de educación. (24)
- Valoración Geriátrica Integral: La valoración geriátrica integral (VGI) es un instrumento que permite integrar los conocimientos de las distintas esferas clínica, funcional, cognitiva-emocional y social lo cual facilita el diagnóstico no solo de entidades patológicas habituales, si no de la integración de síndromes geriátricos, así como intervenciones de enfermería apoyadas en conjunto con un equipo multidisciplinario. En la valoración se aplican diversas escalas de tamizaje con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permite una estructura preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, para lograr el mayor grado de autonomía e independencia y mejorar su calidad de vida. (26,27)
- Síndromes Geriátricos: son relativamente un concepto reciente, ya que esta terminología empezó a utilizarse hacia finales de los años 60. En un principio, con la denominación de síndromes geriátricos se hacía referencia a las características que presentaban con más frecuencia las personas mayores ingresados en servicios de Geriátrica, respecto a los de otros servicios. Actualmente, esta denominación se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una

serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en la persona mayor, y que son frecuente origen de incapacidad.(53)

- Oncogeriatría: es un área o disciplina del ámbito sanitario, dedicada a abordar la patología oncológica en el paciente de edad avanzada. La Sociedad Internacional de Oncogeriatría (SIOG) proporciona recomendaciones del mejor estándar de atención al paciente de edad avanzada con cáncer. (13)
- Adenocarcinoma Colorrectal: Adenocarcinoma.- Cáncer que se forma en el tejido glandular que recubre ciertos órganos internos. Este tipo de tejido elabora y secreta sustancias en el cuerpo, como moco, jugos digestivos y otros líquidos. La mayoría de los cánceres de mama, páncreas, pulmón, próstata, colon, esófago y estómago son adenocarcinomas. También se llama adenoma maligno, carcinoma adenoide, carcinoma adenomatoso y carcinoma glandular. (40,41)
- Síndrome Deslizamiento: El síndrome deslizamiento o “suicidio silencioso”, es un concepto francés de significado controvertido y poco conocido en Latinoamérica; es una condición presentada y descrita en personas mayores. Su similitud con la palabra “suicidio” la cual proviene del latín sui y occidere, lo definen como el hecho de matarse a sí mismo, esta se semejanza y se diferencia por las características de presentación y la manera en cómo se desarrolla. (54)

2.2 Marco empírico

En la búsqueda de información se dificulto el encontrar artículos que aborden la visión geriatría de especialidad puesto no se toman en cuenta los cambios en el envejecimiento y como estos afectan el pronóstico de la enfermedad; la atención se vuelve más compleja con forme se envejece, puesto que enfermedades agregadas complican el padecimiento y el manejo de estas. En la búsqueda se destacaron algunos artículos que ayudan a tratar el padecimiento con un enfoque más integral en las personas mayores, brindando una atención multidisciplinaria, promoviendo la implementación de cuidados, tomando consideraciones específicas de este grupo de edad.

Tabla 1. Estado del Arte

No.	Título	Autor	Año	Objetivo	Metodología	Conclusiones
1	Cáncer en el adulto mayor en Latinoamérica: cooperación interdisciplinaria entre oncología y geriatría. (11)	Verduzco Aguirre HC, Navarrete Reyes AP, Negrete Najar JP y Pérez de Celis E.	2020	Describir recomendaciones internacionales para la implementación de principios de la oncología geriátrica en la práctica habitual.	Estudio Descriptivo	Se requiere de la coordinación de múltiples actores para brindar la atención de calidad para los adultos mayores de Latinoamérica con cáncer, fomentando la importancia de la especialización en oncología geriátrica.
2	Sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal. (7)	Álvarez Escobar B, Mirabal Requena JC, Naranjo Hernández Y, Valdés Álvarez V.	2020	Proporcionar una recopilación teórica y actualizada de investigaciones relacionadas con la sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal.	Artículo de revisión	La sobre vida en adultos mayores con cáncer colorrectal está influenciada por la edad de la persona, estadio en el momento del diagnóstico, forma de presentación de la enfermedad nosológica, abordaje quirúrgico, estilo y calidad de vida antes y después de ser diagnosticado.
3	Rol de la enfermería en el anciano. (12)	Montoro Lorite M, Canalias Reverte M, Valverde Bosch M y Front Ritort S.	2019	Identificar, recopilar, analizar y sintetizar la literatura científica más actual y relevante sobre las funciones y/o el rol de la enfermera en el cuidado del anciano con cáncer.	Revisión Bibliográfica	El modelo de cuidado de los ancianos con cáncer debe abarcar todo el proceso de atención: prevención, detección precoz, evaluación, tratamiento, educación e investigación. Es esencial el rol de la enfermera como gestora, coordinadora, educadora y cuidadora en la atención al anciano con cáncer.

4	Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. (4)	Reynoso Noverón N, Torres Domínguez JA.	2018	Las proyecciones ponen de manifiesto el creciente problema relacionado con la mortalidad por cáncer, lo que implica un gran desafío para los sectores sociales, económicos y de salud, los cuales deben implementar medidas para enfrentar este reto.	Artículo Cuantitativo	Las proyecciones ponen de manifiesto el problema que en los años próximos se observará con la mortalidad por cáncer, por lo que la creación de estrategias para el control y prevención del mismo, el establecimiento de políticas públicas y la conformación de un registro de base poblacional son acciones sustanciales para contrarrestar el problema.
5	Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico o y aportación desde la geriatría. (10)	Sáez López P, Filipovich Vegas E, Martínez Peromingo J, Jiménez Mola S.	2017	Realizar una revisión del tratamiento quirúrgico y quimioterápico del cáncer de colon y recto en el anciano.	Artículo Descriptivo	El tratamiento del cáncer colorrectal en el anciano consiste en ofrecer las pautas estandarizadas en el anciano, individualizar el tratamiento en las personas frágiles. La elevada prevalencia de esta enfermedad en la población mayor hace recomendable investigar los tratamientos, sin excluir a las personas por edad o por fragilidad.

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

1. Cáncer en el adulto mayor en Latinoamérica: cooperación interdisciplinaria entre oncología y geriatría.

El estudio abarca aspectos de como el cáncer afecta a los adultos mayores en Latinoamérica, que consideraciones se deben tomar en la atención y abordaje. En los últimos dos siglos, los países desarrollados están viviendo una disminución poblacional debido al aumento en la expectativa de vida y la disminución de las tasas de fertilidad, que se acompaña de crecimiento de la población de mayor edad.

Conforme las poblaciones envejecen, los sistemas de salud latinoamericanos deben adaptarse al cuidado a las necesidades particulares, esto incluyendo la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y discapacidad, lo cual provoca mayor utilización de servicios de salud.

Con los diversos cambios que pasa una persona en la etapa de envejecimiento, lo vuelven más prevalente a enfermedades, el artículo se destaca por dar a conocer que las personas mayores suele ser comúnmente, subpresentados en ciertos ensayos clínicos de ciertas enfermedades como lo suele ser la oncología. Se les brinda un seguimiento general al momento de abordar las enfermedades oncológicas, con intervenciones no especializadas. El requerimiento de tratamientos complejos dificulta el abordaje, es cuando la estimación de riesgo de efectos adversos se ve alterada, estos siendo asociados a tratamiento oncológicos, pronósticos generales, por ello se debe fomentar el estudio de programas que incluyan a las personas mayores y que destaquen la importancia de un tratamiento individualizado.

2. Sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal.

El cáncer en las personas mayores suele ser una causa de morbilidad-mortalidad cada vez más frecuentes en ellos, si bien el abordaje y sobre vida variara dependiendo, la localización y el estadio que se encuentre. Una de las neoplasias frecuentes es el cáncer colorrectal, en donde en América Latina se ha notado un incremento del 3 al 4 % por año en la última década, la probabilidad de adquirir este cáncer es de un 80% siendo estos casos esporádicos y donde el 20% tiene una influencia genética.

El proceso de envejecimiento de la población y la creciente exposición de ciertos factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, son los que influyen al crecimiento de padecer la

neoplasia. El presente artículo trata de igual manera enfocar en su investigación sobre la sobre vida, que es el tiempo que transcurre desde el momento del diagnóstico al deceso; se encuentra condicionada por la extensión de la enfermedad al diagnóstico o estadio, a medida que se detecte el diagnóstico de manera temprana y en menor estadio, el pronóstico de sobre vida será mayor a cinco años.

Existe un consenso de que este tipo de cáncer puede cursar de manera asintomática, no obstante, la sintomatología y los signos también dependerán de la localización del tumor y pueden ser muy variados como lo explican en sus estudios, así como se señala la edad como uno de los factores no controlables o modificables principales.

3. Rol de la enfermería en el anciano.

El cuidado la persona mayor es una parte importante para el abordaje en el padecimiento del cáncer, siendo el principal factor de riesgo intrínseco para el desarrollo de este, en el presente artículo se realizó una revisión bibliográfica en donde se seleccionaron estudios especializados con relación al cuidado por parte del profesional de enfermería. Se encontró que existen distintos modelos teóricos en la atención especializada de enfermería oncológica geriátrica, siendo este el que desempeña un papel clave en la gestión y coordinación de programas de atención individualizada del anciano con cáncer. Donde se menciona que la principal función es evaluar antes de la consulta médica e identificar aquellos que precisan apoyo durante el tratamiento. Se menciona que uno de los principales objetivos de la enfermería en oncología y geriatría es maximizar la independencia de la persona mayor, evaluando y abordando las áreas clave en la que estos pueden presentar déficit reales y potenciales, que permita proporcionar una atención continua que incluya la prevención, detección precoz, evaluación, tratamiento y seguimiento de la persona mayor.

Donde la valoración geriátrica integral, permite adoptar una planeación donde se aborden aspectos del tratamiento específico, la prolongación de la supervivencia y la paliación de los síntomas. El tratamiento también tiene la finalidad de mantener la supervivencia activa, es decir, la supervivencia sin pérdida o reducción de la independencia funcional y la calidad de vida. Tomando en cuenta que el enfoque terapéutico de cáncer en los

adultos mayores debe incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapias biológicas con agentes diana, en numerosas ocasiones la asociación entre ellas.

4. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020.

El cáncer es un reto de salud pública, donde las proyecciones según este estudio mencionan que ponen en manifiesto el creciente problema relacionado con la mortalidad, lo que implica un desafío para sectores, sociales, económicos y de salud, los cuales deben implementar medidas para enfrentar el reto. Desde hace varias décadas los tumores malignos se han posicionado en los primeros sitios como causa de mortalidad a nivel mundial, representando un gran desafío para las economías y sistemas de salud.

En el documento se expone la magnitud de la situación del cáncer en México, haciendo uso de la información disponible actualmente en el país. Se analiza la evolución, tendencias y cambios de 1998 a 2014 (datos más recientes con los que se cuenta) y se hacen proyecciones para estimar el posible impacto y delinear la necesidad de cambio en los servicios de salud, en donde nos muestra la realidad que se vive actualmente en relación con otros padecimientos actuales.

Para alcanzar el control del cáncer es indispensable mejorar la planeación de los servicios de salud en todos los niveles, desarrollar una cultura basada en la prevención y cambio de conductas de riesgo para el desarrollo de alguna neoplasia maligna, sin ello se continuará con la misma espiral caracterizada por diagnóstico tardío, costos altos debidos al mismo retardo en el diagnóstico, falta de recursos para su atención óptima y alta mortalidad con pérdida de la calidad de vida para miles de personas.

5. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría.

El presente artículo habla sobre el abordaje en específico en personas mayores con cáncer colorrectal, a pesar de la alta prevalencia de este cáncer es favorable su pronóstico, no se cuenta con suficiente evidencia científica para tratar esta patología en este grupo de población, ya que, en los ensayos clínicos, con frecuencia excluyen a este grupo de edad; por ello, tampoco hay guías aplicadas que ayuden a tomar decisiones terapéuticas, enfocadas en una valoración geriátrica adecuada.

El tratamiento del cáncer en ellos se enfoca y consiste en ofrecer las pautas estandarizadas e individuales. La elevada prevalencia de esta enfermedad en la población mayor hace recomendable investigar los tratamientos, sin excluir a las personas por edad o por fragilidad. En el presente artículo también nos habla sobre aquellos beneficios en la intervención geriátrica en la persona con enfermedad oncológica, como es en la toma de decisiones del cuidado y abordaje, como el seguimiento previo, durante y posterior.

2.3 Teoría y modelo de enfermería

Paradigma de Enfermería

La evolución de la profesión de Enfermería se dio a través de la formación ordenada y sistemática, que se conoce como una disciplina donde se crearon modelos conceptuales y teorías; una teoría es un conjunto, de definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, la cual tiene por objeto describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.

El modelo teórico de esta profesión ofrece una visión global de los parámetros generales, que incluyen ideas sobre la naturaleza, el rol de persona mayor y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla el cuidado y sobre acciones e intervenciones. (16,17)

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Florence Nightingale en 1859 cuando propuso por primera vez sus ideas acerca de esta profesión. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas en que consiste esta profesión, cada uno tienen una imagen privada de la práctica y cómo influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos, Nightingale la considerada pionera que estableció las bases de la enfermería moderna, describió en su obra "Notas de Enfermería" (1859), qué es la enfermería y cuál es su función, así como la diferencia de entre las demás profesiones del equipo de salud. (18)

La construcción de la disciplina del cuidado, permitió definirla como el arte que precede a todos los demás, acompañados de las diferentes etapas de la vida, en el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona atravesarlas.

Metaparadigma de Enfermería

El cuidado es considerada una práctica antigua que ha evolucionado desde una base empírica hasta la formación de una disciplina, donde se han establecido conceptos clave como núcleos del cuidado a través de un modelo teórico denominado metaparadigma, está como una representación abstracta y global de la disciplina, la cual integra definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería, dotando así a nuestra profesión de un significado concreto, dependiendo del enfoque del modelo teórico. (14,15)

Las definiciones conceptuales varían dependiendo de la visión del profesional, en términos generales se puede definir de la siguiente manera:

- **Salud**

Como un estado de bienestar, física, mental, social y cultural, donde se alcanza un equilibrio, en un nivel máximo de adaptación al entorno y no únicamente en el estado de enfermedad.

- **Persona**

Se define como un ser humano con construcciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse, un ser unitario dentro de sus costumbres, cultura, espiritualidad y religión, que busca conseguir una armonía total y es consciente de la esencia de su ser.

- **Entorno**

Queda definido como los campos de energía que constituyen la persona, con una tendencia a la diversificación creciente y creativa, con factores positivos, negativos y cambiantes.

- **Enfermería**

Es una disciplina científica y humanística del arte de cuidar, donde se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico, ejerciendo roles dentro de un equipo multidisciplinario. (16,19)

Por tanto, la interrelación de dichos conceptos radica que una complementa la otra si bien la teoría nos ayuda entender cómo se comporta todo aquello que existe e involucra a través del paradigma del cuidado visto como un fenómeno, por otro lado, el modelo habla

la existencia de este, basando desde una base científica tomando en cuenta las definiciones conceptuales que integra el metaparadigma en sus diversos conceptos.

Teoría de Virginia Henderson

Biografía

Virginia Henderson nacida en Kansas City, Estados Unidos el 19 de marzo de 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, vivió en el estado de Virginia a partir de 1901. En el verano de 1918 a los 20 años Henderson leyó sobre la Army School of nursing de Washington D.C. a la cual ingresa por intercesión de su padre y se recibió como Registered Nurse después de 3 años de estudio, y en 1929 obtuvo el grado de Máster en la Universidad de Columbia.

En la primera edición de su libro “Principios básicos de Enfermería” (1971), da a conocer los componentes básicos de los cuidados a través de las 14 necesidades, refiriendo en forma sencilla las necesidades fundamentales de cada persona comunes a todos los individuos y a todas las edades. Obtuvo nueve títulos doctorales honoríficos de diversas Universidades y en 1988 recibió mención de honor por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería. El 30 de noviembre de 1996 fallece de muerte natural a la edad de 99 años. (20)

Valoración por Necesidades

La Teoría de Virginia Henderson, es un modelo que parte de una teoría en donde deben cumplirse ciertas necesidades básicas para la vida y la salud, incluyendo aspectos espirituales, como núcleo central en la intervención de Enfermería, en donde se considera a la persona como un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, este modelo lo desarrolló a partir del modelo conceptual de las teorías sobre las necesidades (Abraham Maslow) y del desarrollo humano (Piaget y Erikson) para contextualizar a la persona como un ser integral. (21, 22).

Henderson es una enfermera que causó gran impacto en la forma de ver la disciplina del cuidado, la cual desarrolló un interés particular de lo que es la enfermería. (18)

El metaparadigma planteado por Henderson comprende los siguientes elementos conceptuales:

Persona.- es un individuo que precisa de ayuda para recuperar su salud e independencia o una muerte tranquila. El cuerpo y el alma son inseparables manteniendo el equilibrio emocional y fisiológico, también contempla a la persona enferma y a la familia como una unidad.

Salud.- la salud depende de la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, es decir, precisa de independencia e interdependencia de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades y mantener la calidad de vida esencial.

Enfermería.- Henderson definió a la enfermería en términos funcionales, afirmando que la función de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o una muerte tranquila. Así, mismo precisó realizar acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente.

Entorno.- Henderson utilizó la definición que hizo la Webster New Collegiate Dictionary que refiere que el entorno es el “conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. (18)

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son las necesidades, que adquieren un pleno significado desde la especificidad de cada individuo y universalidad que son comunes en el ser humano, estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera a través de un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades específicas de las personas. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.

El rol de la enfermera, según Henderson se establecen tres niveles, la cual se encarga de suplir la autonomía de la persona o ayudarle a lograr la independencia. La relación enfermera-persona mayor, según V. Henderson, se establecen tres niveles:

- Enfermera como sustituto de persona atendida con un enfoque de suplencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos o voluntad.
 - Enfermera como auxiliar de la persona atendida con un enfoque de suplencia y ayuda, como aquella que realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades de la persona que puede realizar por sí mismo.
 - Enfermera como acompañante de la persona atendida con un enfoque de ayuda donde se supervisa y educa a la persona, pero es éste quien realiza sus cuidados.
- (18,19)

De igual manera enfermería trabaja en conjunto con equipo multidisciplinario, para la recuperación adecuada de las personas como son actividades:

- Intervenciones de enfermería dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de las

personas, de acuerdo con el ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería;

- Intervenciones de enfermería independientes: A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo con su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud;
- Intervenciones de enfermería interdependientes: A las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros. (13)

Proceso Atención de Enfermería

El PAE está constituido por una serie de etapas subsecuentes, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. Este es un método organizado y sistemático para brindar cuidados de enfermería al paciente en forma individualizada e integral. (23,24)

La relación que existe entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el PAE, radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el transcurso en la atención de Enfermería, donde se identificarán problemas reales o potenciales, así como una evaluación del grado de independencia que la persona adquiere una vez ejecutadas las intervenciones. Su aplicación estará guiada por este modelo conceptual propuesta por catorce necesidades básicas de la persona, orientada por datos objetivos y subjetivos, lo cual nos permitirá dar las intervenciones individualizadas y especializadas a la persona. (20)

Figura 1. Modelo del proceso de atención de enfermería



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

Etapas del proceso de atención de enfermería

a) Valoración

Esta valoración está constituida por una serie de pasos, desde la recogida de información de antecedentes familiares, personales y resultados de pruebas complementarias, así como dependerá del área de atención como la edad dependerá el tipo de valoración que se realizara porque con la persona mayor se correlacionara enfocado a una valoración geriátrica integral de la cual más adelante se planteara, Henderson como ya se mencionó basa su valoración con relación a las principales necesidades según se estableció en su modelo conceptual, estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.

En esta necesidad se valora la función respiratoria de la persona, las características de la respiración como la amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de tegumentos, frecuencia respiratoria, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos, disnea, hábitos respiratorios.

Al relacionar esta necesidad con el adulto mayor y cambios del envejecimiento, lo cual existe un debilitamiento, el diafragma, músculo, respiración se debilita, los músculos respiratorios impiden una adecuada expansión y contracción, disminución de la elasticidad de los bronquiolos, disminuye el intercambio gaseoso y hay perdida de tejido de sostén de las vías aéreas. Los cuales producen un nivel de intercambio gaseoso, oxígeno y bióxido de carbono, además de que el sistema circulatorio cambios de la rigidez del corazón, vasos sanguíneos y disminución del gasto cardiaco.

2. Alimentarse e hidratarse.

La alimentación es una necesidad buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su bien estar, alimentos de preferencia, tipo de dieta, ingesta de suplementos alimenticios, así como el estado de apetito, saciedad, electrolitos, metabolismo, alergias y el estado nutricional a través de la escala MNA.

En el adulto mayor se producen cambios en las células activas que afectan la eficiencia de la función de los órganos y procesos metabólicos, además de la pérdida de piezas dentales, problemas de la deglución, tolerancia alimentaria y absorción de nutrientes.

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Defecación, diuresis, características de micción (incontinencia), sondaje, uso de pañal, orina, heces, sudor, horaria eliminación intestinal, estreñimiento, uso de laxantes.

La valoración de esta necesidad tiene una gran importancia en el adulto mayor, ya que padecen de incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de la orina de forma constante, debida aún debilidad de músculos, por tanto hay problemas de vaciamiento completo, por otra parte, retención urinaria que se puede presentar en la presencia de infecciones, de igual manera tomar en cuenta Escala Bristol que tiene objetivo clasificar las heces tomando como indicador si hay problemas de estreñimiento o impactación fecal, esto aparece por el cambio de los movimientos intestinales o incontinencia fecal el paso de heces.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Valorar amplitud de movimientos, ejercicios activos/pasivos, frecuencia cardiaca, mecánica corporal, postura, presión arterial, tono muscular, fuerza con escala de Daniels, capacidad física funcional con escalas, Lawton y Brody (AIVD), Katz (ABVD), marcha-equilibrio Rosow-Breslau, Tinneti, Nagi y desempeño corto.

El adulto mayor se ve afectada esta necesidad debido al cambio de locomoción, pérdida del equilibrio, bradicinesia, deterioro, articulaciones y pérdida de masa muscular.

5. Dormir y descansar.

Se valora descanso, horas de sueño, calidad y cantidad de sueño, hábitos de sueño, utilización de fármacos para mejorar el sueño.

En la persona mayor el patrón de sueño, volviéndose más ligero y liviano, provocando que se despierte con más frecuencia por la noche y se levante más temprano por la mañana.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Valorar aspectos de vestimenta adecuada, escala Barthel, creencias de vestimenta, cultura, capacidad de vestirse y desvestirse.

Esta necesidad se relaciona con otras necesidades por la pérdida gradual de habilidades motoras y coordinación, para satisfacer esta necesidad.

7. Mantener la temperatura corporal.

Adaptación de clima, clima, temperatura corporal y entorno.

Con el paso de los años se presenta cambios de metabolismo que tiene gran impacto en la termorregulación y la percepción de la temperatura del ambiente, así como protectores intrínsecos y extrínsecos, disminución en la regulación de temperatura corporal, en la pérdida de calor más frecuente y los vasos sanguíneos de la piel se contraen para conservar su temperatura corporal.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.

Aseo, baño, higiene bucal, estado dental, escala de Braden, valorar estado de piel y mucosas.

Él la persona mayor en sus cambios fisiológicos, la piel tiende adelgazarse, es más frágil, seca y pierde elasticidad, así como la higiene personal varían dependiendo de la autonomía, proceso de enfermedad, así como practicas higiénica.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Factores valorables que influyen edad y estado de desarrollo, ambiente, inmunidad, mecanismo preventivos y defensa, seguridad física, psicológicas, educación, religión, cultura, alergias, tratamiento, control de la medicación, orientación, riesgo de caídas, valoración de dolor, escala ENA, hábitos tóxicos (alcohol, cigarro, sustancias nocivas, etc.). El aumento de accidentes o ser víctima de malos tratos, o sufrir lesiones constantes por debilidad muscular.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.

Se valora la calidad de comunicación, déficits sensoriales, relaciones sociales y familiares, conocimiento del yo, estímulos externa, percepción, emociones, entorno y estatus social.

La comunicación se ve afectada para el ambiente, según la persona, ya que sufre pérdidas de actividades y funciones, que fueron importantes para ellos, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Creencias, Fe, ideología, ritual espiritual, valores, sentido de la vida, emociones, cultura, pertenencia religiosa, espiritualidad. Son vulnerables de la falta motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento, situaciones de pérdida, inadaptación social, a problemas de funciones cognitivas, sensoriales, traumatismos, estrés o autorrealización.

12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

Rol social y familiar, autonomía o autoestima, rol tras la jubilación. Manejo de los tiempos tras la jubilación para realizar otras actividades.

13. Participar en actividades recreativas.

Se valora ocio, placer, juego, capacidad física, desarrollo psicológico, emociones, roles sociales, relación social, estado emocional al realizar actividades.

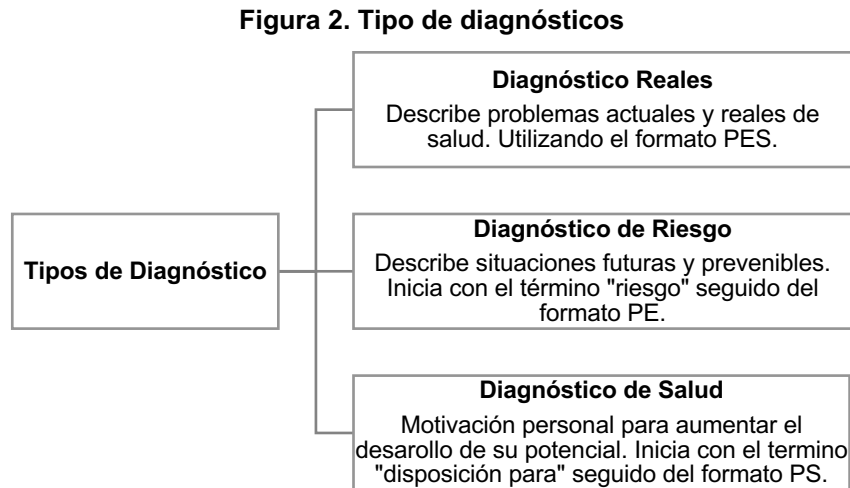
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Valorar nivel de estudios, capacidad y motivación para aprender, fuentes de aprendizaje, educación sanitaria, manifestaciones de independencia. (16,19)

b) Diagnóstico

La etapa Diagnóstico de enfermería corresponde a una fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración, con un juicio clínico se delimitan las fuentes de dificultad, puede ser de tipo fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad, la cual será guía intervenciones enfocadas a lograr objetivos planeados de las actividades para recuperar la independencia. (18,19)

Para la elaboración de diagnósticos enfermeros existen diversos formatos uno de ellos es el formato “PES” donde (P) es el problema el cual describe la alteración, déficit o dificultad de la persona a un cambio de estado de salud, (E) etiología que refleja los agentes o factores causales del problema y (S) son los signos y síntomas como manifestaciones objetivas y subjetivas del problema.



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

c) Planificación

Es la etapa de consenso en la que se establece con el persona los objetivos o metas a alcanzar, así como la planificación de plan de cuidados que se llevara a cabo con sus intervenciones y actividades del cuidado en función de la fuente de dificultad, el cual se dispondrá de un enfoque de enfermería suplencia, ayuda o acompañamiento, en función del tipo de cuidado, así como el tipo de intervención ya sé independiente, dependiente o interdependiente, con base a las fuentes de dificultad detectadas.

d) Ejecución

Ejecución esta consiste en ejecutar los cuidados propuestos, reevaluar a la persona y comunicar las estrategias de enfermería que se aplicara, para el logro objetivos establecidos, para mantener salud, recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte tranquila.

e) Evaluación

Evaluación es la etapa final del proceso de atención de enfermería, donde se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos, donde se evalúa y determina la eficacia de las actividades e intervenciones realizadas, conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una revaloración de la persona, se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados. Según Henderson los objetivos se logran cuando la persona mejora, recupera la necesidad afectada o recibe una muerte apacible. (18,19,25)

Valoración Geriátrica Integral

Valoración Clínica

La valoración clínica es donde se evalúa el estado físico de la persona mayor, el cual comprende la anamnesis y examen físico, así como pruebas complementarias de apoyo diagnóstico. Son personas con entidades abstractas en el cual las enfermedades que presentan tienen su nivel de atipicidad, por ello la importancia de una valoración adecuada para favorecer su manejo integral, donde se ha reintegrado los síndromes geriátricos como un conjunto de padecimientos, así como la identificación de estos.

- Anamnesis.- es el conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de la persona con un objetivo de diagnóstico, en el cual se debe tener en cuenta ciertas condiciones al momento de la recolección de la información, como puede ser la presencia de déficit sensoriales o neurocognitivos, al momento de la entrevista, ya que puede ser una limitante para la obtención de datos verídicos. Puede ser imprescindible la colaboración de la familia para completar información, tratando de que al familiar que se le entreviste sea el cual sea el que tenga la mayor parte de información, este al pendiente de sus hábitos, tratamiento, etc. Es fundamental exponer adecuadamente los síntomas que refiere a la persona de manera que se nos ayude a llegar al diagnóstico oportuno, indagando sobre aquellos síntomas de atipicidad.

- Exploración física. - Es uno de los componentes esenciales en la evaluación clínica donde se realiza una inspección general y específica, evaluando datos como el aspecto general, cuidado, aseo, colaboración e identificación de constantes vitales y la revisión topográfica por aparatos y sistemas de manera cefalocaudal. (23,27,29)

Una vez realizada la valoración clínica habitual se realiza pruebas complementarias de laboratorio y gabinete; estas pueden ser básicas o incrementarse, en función a lo que se busca. Así como el uso de pruebas de tamizaje que faciliten la detección de deterioro, permitiendo un diagnóstico más temprano y una intervención más eficaz. (26)

Síndromes Geriátricos.- Un síndrome geriátrico es una entidad que ocurre por el conjunto de problemas de salud en la persona mayor, en el cual dependerá de la forma de presentación de las enfermedades, las condiciones de salud multifactoriales que están implicadas, habitualmente originado por la interacción de enfermedades de alta prevalencia de esta etapa de la vida.

En la práctica clínica es complicado separar ciertos padecimientos, ya que un padecimiento puede estar creando un impacto a su vez a otras entidades clínicas específicas, creando alteraciones tipo "Iceberg" puesto que hay enfermedades no evaluadas y las manifestaciones no son evidentes, con un origen complejo, puesto que proviene de múltiples factores. Por ello que esta etapa de la valoración es de vital importancia para determinar las principales intervenciones que se deberán dar en primera estancia, debe ir incluido los diversos síndromes y problemas geriátricos, para la evaluación de enfermedades que se manifiestan de forma atípica y sutil. (25,28)

- Evaluación Nutricional. - Una adecuada valoración del estado nutricional resulta fundamental para la detección precoz de la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de los posibles déficits, diseñar el plan de actuación para mejorar y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales.

La valoración nutricional geriátrica es un proceso complejo porque debe tener en cuenta la etiología multifactorial de la desnutrición y la amplia variabilidad de los sujetos valorados.

El Mini Nutritional Assessment (MNA) ^(ANEXO 1) es un método de valoración nutricional estructurado validado para población mayor de 65 años a nivel hospitalario, residencial o en la comunidad. Es el cuestionario más aceptado y utilizado a nivel mundial. El MNA es una herramienta práctica, que no precisa datos de laboratorio y que permite identificar a sujetos con RMN antes de que aparezcan alteraciones en los parámetros bioquímicos y antropométricos. (30)

- Criterios STOPP-STAR (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions - Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment)

El envejecimiento tiene implicaciones clínicas y terapéuticas, por una parte, la comorbilidad que se caracteriza por la presencia de dos o más enfermedades crónicas; por otra, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicas que predisponen a las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI), definidas como aquellas cuyo riesgo de efectos adversos es mayor que el beneficio clínico. Incluye el uso de fármacos con dosis o duración superior a la óptima, interacciones potenciales y duplicidades terapéuticas. La omisión de medicamentos con indicación establecida también se considera inadecuada. (31)

Los criterios STOPP-START ^(ANEXO 2) han demostrado ser una buena herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención. (32)

Valoración Funcional

La importancia de la valoración funcional radica en que se ha observado que las personas mayores con alteraciones en la funcionalidad tienen mayor posibilidad de ser institucionalizados y un aumento de la mortalidad, asimismo mayor consumo de recursos, prediciendo futuras discapacidades. Ya que nos permite conocer la capacidad para realizar AVDB (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y AVDI (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), y algunos consideran las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA), a mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad se estima que el 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 que requieren ayuda en sus AVDB.

El propósito de la valoración es la detección, cuantificación e identificación de las fuentes de la disminución de la capacidad funcional, existen diversas escalas de tamizaje que valoran la capacidad de independencia, estas son:

- Índice Katz. - mide diversas funciones como alimentarse, continencia, levantarse, baño, vestirse y bañarse, enfocadas ABVD que hacen referencia a todas aquellas actividades indispensables para la supervivencia. (ANEXO 3) Las categorías van desde la independencia, hasta la dependencia total, los estados intermedios son dependencia parcial. La evaluación de funcionalidad no solo nos permite determinar el nivel de deterioro, sino también las causas que lo originaron, con el objeto de intervenir para revertir o evitar un mayor deterioro; asimismo, permite indicar el cuidado apropiado. Cada ítem tiene dos posibles respuestas, si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia se calificará con 1 punto, si se requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza se calificará con un puntaje de 0 puntos. (23)
- Escala Lawton & Brody. - es aquel que mide la funcionalidad de las AIVD que son actividades de interrelación con el medio ambiente, para vivir de manera independiente y están influenciadas por el contexto social y cultura de la persona, se clasifica en 8 ítems como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar trasportes, control de sus medicamentos y manejo de dinero. (ANEXO 4) Tiene una puntuación dicotómica que varía entre 0 y 8 puntos, a mayor puntuación, mayor independencia. (23,26)
- Índice de Karnofsky. - es una escala de tamizaje que valora el estado funcional, como predictor de evolución, supervivencia e incluso como indicador de calidad de vida, se diseñó una escala numérica para cuantificar la situación funcional de las personas con cáncer sometidos a quimioterapia.

Es una escala numérica (ANEXO 5) con descriptores que clasifican el estado funcional de 100 (máxima independencia y vida normal) a 0 (defunción). Las personas se clasifican según la puntuación en 3 niveles: a) vida normal, no necesita cuidados especiales (80-100); b) incapacidad laboral, pero capacidad de autocuidado (50-70) y c) incapacidad para el autocuidado (0-40). La escala de Karnofsky fue diseñada para

la evaluación de la capacidad funcional y de autonomía de las personas con cáncer. (33)

- Rosow-Breslau. - evalúa actividades físicas como; capacidad para realizar trabajo pesado. Sus ítems valoran categorías de movilidad, fuera y resistencia, este incluye ítem que evalúan la capacidad de subir y bajar las escaleras de un segundo piso, o caminar media milla (800 metros) y/o realizar trabajo doméstico pesado (lavar y tender ropa) (ANEXO 6) (34)
- Índice Nagi. - el objetivo de este cuestionario es establecer la capacidad funcional física del individuo, la cual está integrado por actividades físicas que valoran la flexibilidad, elasticidad, fuerza y resistencia del aparato músculo esquelético. (ANEXO 7) La puntuación va del 1 a 3, cada actividad se califica con 1 si no está realizada, 2 si se realiza con dificultad y 3 si es completada sin dificultad, las actividades a evaluar es levantar brazos por encima de la cabeza, maneja objetos pequeños, levantar pesos de unos 5 kg o grandes, inclinarse, ponerse en cuclillas y levantarse. (35)

Valoración Cognitiva – Emocional

Este apartado de la valoración se compone del área cognitiva y afectiva, con esto conoceremos las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte cognitiva depende de muchos factores, están los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona.

La prevalencia de problemas de la esfera mental es muy grande, cerca del 25%, sufren de un trastorno psiquiátrico, este tipo de problemas conlleva a la aparición de una gran cantidad de síndromes geriátricos. El evaluar esta área desde el hecho de hacer un diagnóstico hasta el de dar indicaciones terapéuticas tendrán como base las relaciones sociales desde el cuidador-familiar, para la prueba estas áreas dependerán del nivel asistencial en que nos encontremos. El objetivo es identificar algún deterioro cognitivo que pueda afectar la autosuficiencia de la persona mayor y así establecer estrategias de intervenciones anticipadas.

- MMSE. - el Mini Mental State Examination de Folstein, (ANEXO 8) es una prueba de tamizaje que valora la orientación temporal-espacial, la memoria reciente y la fijación misma, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis. El objetivo principal detectar deterioro cognitivo leve o demencia, una puntuación por debajo de 24 indica deterioro cognitivo, aunque se debe recordar que se ajusta en función de la escolaridad. (23,26)

En la valoración emocional, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; puede encontrarse en el 20% de los hombres y hasta el 40% de las mujeres, y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida. El diagnóstico y detección puede resultar difícil, por la tendencia de negación de sentimientos o presentación atípica de la enfermedad, es evaluada a través de la entrevista clínica, la cual se interroga sobre su estado de ánimo, sus emociones, energía, anhedonia, trastornos de apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de la muerte, quejas somáticas. (23,27)

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. - esta comprende de 30 ítems; (ANEXO 9) existe una versión corta de 15 ítems, los cuales 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responde afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa que es la más recomendada para tamizaje. Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en 5/6: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, es una probable depresión, y más de 10, depresión. El tiempo de aplicación es de 5 minutos aproximados, para evitar sesgos en las respuestas, puede variar dependiendo el contexto y situación de la persona. (23,26)
- DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5a edición)).- fue propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría para describir los síntomas y signos de más de 250 desórdenes mentales. Así como también ofrece estadísticas de género, edad y los efectos de los diferentes tratamientos más comunes. De este modo, el profesional de salud ayuda a comprender mejor las necesidades potenciales de las personas, pero también para la evaluación y el diagnóstico de cada caso, en concreto, como las ediciones anteriores de este manual,

está basado en el modelo categorial, que implica que cada categoría diagnóstica es diferente de la salud y del resto de las categorías diagnósticas. (36)

Sin embargo, al ser conscientes sus autores de las limitaciones del sistema categorial, incorporan, hasta cierto punto, un enfoque más dimensional que en las ediciones anteriores. (ANEXO 10)

Valoración Social

Uno de los aspectos importantes es la evaluación del entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos de la persona, que puede jugar un papel relevante en el proceso de atención y cuidado de la persona geriátrica. Se debe indagar por medio de los cuidadores primarios que se encargan de las condiciones de vivienda, recursos económicos o de sostenimiento, acceso a servicios de salud, entre otros. En diversas oportunidades, todos estos cuestionamientos influirán de manera determinante en el diagnóstico, el tratamiento e incluso la toma de decisiones. Cuando exista algún grado de dependencia, este cuente con un cuidador primario, es necesario valorar si se encuentra en buen estado para continuar con el apoyo, ya que la sobrecarga de trabajo que reciben, tanto física como mental, el cual, puede incluir maltrato; la cual debe identificarse exista una sobrecarga es importante para que, en caso de existir, se tomen medidas generales. (24,27)

- Zarit. - es una escala que identifica la sobrecarga del cuidador, que válida el medio ampliamente utilizado no solo en estudios de independencia y dependencia. La sobrecarga produce en el cuidador consecuencias físicas, psíquicas y económicas, como factores de riesgo de mortalidad. Esta escala consta de 22 preguntas que está diseñada para valorar la sobrecarga, ampliamente utilizados en estudios de dependencia en atención primaria. (ANEXO 11) (24, 37)
- Familiograma-. el genograma, árbol genealógico o familiograma es una representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Es un diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. Mediante esta herramienta se puede visualizar información elemental sobre la dinámica y estructura familiar, incluyendo vínculos consanguíneos, así como la relación entre

ellos, lo cual permite identificar la dinámica de estas relaciones, el cual se pueden identificar los diferentes riesgos existentes, en el trazado del genograma puede identificarse además la repetición de pautas de generación en generación, ya que se revisan tres generaciones hacia arriba de la persona identificada y tres generaciones hacia abajo, pudiendo identificarse pautas con repetición generacionales; estas pautas pueden darse en tres formas: en lo relacional, lo estructural o lo funcional. Reconocer e identificar estas pautas ayuda a la familia de manera preventiva o remediar, interrumpiéndolas y cortando su reproducción, siendo este un instrumento indispensable para la práctica, debido a que con su aplicación se favorece una mejor relación.

2.4 Daños a la salud

2.4.1 Adenocarcinoma Colorrectal

Concepto

Cáncer colorrectal (CCR).- Es una de las neoplasias malignas más comunes del tracto gastrointestinal, considerado el 95 % de los tumores rectales malignos que constituye el adenocarcinoma, esta puede presentarse en diversas etapas de la vida sin razón aparente se considera de origen multicausal, se conoce como el cuarto cáncer más diagnosticado en hombres detrás de los cánceres de próstata, pulmón y estómago, el tercero en mujeres, después del cáncer de mama y cérvix.(40,41)

Factores de Riesgo

Los tumores malignos presentan una tendencia ascendente, la etiología del cáncer colorrectal es compleja, se presenta en dos escenarios: el esporádico y el genético. El esporádico oscila entre el 80 y 90% de los casos, al parecer, sigue en la secuencia el adenocarcinoma asociado a factores extrínsecos (ambientales y estilos de vida) e intrínsecos (genéticos) los individuos con cierta carga genética predisponente presentan mayor riesgo, definido por presentar antecedentes familiares como la presencia de pólipos y enfermedad inflamatoria intestinal.

Factores Extrínsecos

Estilos de Vida

El estilo de vida es el conjunto de hábitos y patrones de conducta de cada individuo. Al presentar condiciones constantes, puede constituirse en dimensiones de riesgo o seguridad. El cáncer colorrectal presenta una estrecha relación con los estilos de vida. Algunos estilos de vida que presentan alto riesgo para desencadenar CCR son la dieta, la falta de actividad física, consumo de alcohol y tabaco. (41)

Dieta

Los hábitos alimenticios son importantes durante toda nuestra vida y estos deben ser apegados a las necesidades diarias que nuestro cuerpo necesita, si bien se cree que la alimentación y el tipo de dieta, la calidad de alimentos y sobre todo la cantidad de alimentos puede ser un factor de riesgo para adquirir ciertas enfermedades.

Las dietas varían dependiendo sus componentes necesarios de cada individuo, como donde se cree que las ricas en lípidos saturados de origen animal aumentan el riesgo de CCR, ya que se debe tener un ajuste entre el consumo tomando en cuenta la edad, comorbilidades y actividad física, esto con relación al tipo de grasas consumidas, puesto que genera varias alteraciones, por ejemplo, la alteración del ácido biliar promotor de tumores que inducen la proliferación celular las cuales actúan promoviendo el CCR al mejorar la actividad de la descarboxilasa de ornitina epitelial del colon. Sobre la mucosa intestinal del colon, el aumento de ácidos biliares derivados del colesterol y las betaloproteína tienen una acción agresiva sobre esta, generando un proceso crónico irritativo dañando el ADN celular, originando pólipos y siendo un factor de riesgo principal para desencadenar cáncer colorrectal, por otro lado, se ha demostrado que la ingesta de otro tipo de lípidos como lo es los lípidos poliinsaturados del tipo omega-3 tiene un efecto protector.

Otro de los grupos alimenticios que se asocia al incremento de sufrir CCR es el consumo frecuente de carnes, a largo plazo, especialmente de carnes rojas (res, cerdo, cordero), incluso más fuerte que las carnes procesadas (salchichas, carne ahumada y enlatada) aumentando la probabilidad dos veces la prevalencia de padecer un adenoma,

la ingesta de carnes rojas suele ser un factor de riesgo importante de la dieta en donde influye la preparación de la carne, la frecuencia del consumo está se debe principalmente a los métodos de cocción a alta temperatura que pueden influir en la producción de componentes cancerígenos en la superficie de carnes cocinadas durante largos períodos de tiempo.

Existen alimentos que se recomendó a su alto consumo como alimento protector como lo es con la fibra, aunque es baja su incidencia, entre los mecanismos propuestos se encuentran que la fibra favorece la disminución del pH intraluminal lo que disminuye el mutagénico de los ácidos biliares secundarios. Así bien, como el consumo de frutas, vegetales y vitaminas de forma tradicional, se ha asociado la ingesta de frutas y vegetales con un efecto protector, sobre todo los vegetales verdes y si se consumen crudos. Este efecto se ha asociado al contenido de vitaminas antioxidantes (A, E y C), la presencia de carotenoides; de igual forma, el uso prolongado de suplementos vitamínicos durante periodos prolongados disminuye el riesgo de CCR en un 75%. (42)

Consumo de alcohol y tabaco

El estilo de vida que llevan las personas influye directamente en la aparición de diversas enfermedades, el consumo de sustancias nocivas como lo es el alcohol, el tabaco y otras sustancias sugieren un factor predisponente en diferentes neoplasias, se ha sugerido que la ingesta de más de dos bebidas alcohólicas por día aumenta dos veces el riesgo de CCR, así como el consumo del tabaco de manera prolongada , de forma tal que si se consumen más de 20 paquetes año de cigarrillos se aumenta el riesgo de adenomas, así, si se consumen más de 35 paquetes año aumenta el riesgo esto debido a que específicamente, el tabaco contiene un número elevado de carcinógenos. Además, predispone al desarrollo de pólipos colónicos, considerado un estado preneoplásico. El humo de tabaco puede iniciar la formación de esta neoplasia después de un largo tiempo de consumo (a partir de 20-30 años).

Por su parte, el alcohol induce la proliferación celular, bloqueando la donación de grupos metil e inhibiendo el reparo del ADN. Cuando hay exceso de consumo de alcohol, el riesgo de CCR aumenta entre 2 -3 veces; también por las alteraciones que causa este en el ácido fólico (encargado de la metilación, síntesis y reparación del ADN) y metionina del cuerpo, debido a que el alcohol tiene un efecto nocivo por su intenso efecto anti-fólico, que genera déficit de ácido fólico promoviendo la carcinogénesis. (42)

Actividad física

La actividad física es un hábito que los seres humanos tendríamos que tener ya establecido en nuestra rutina diaria, ya que según información la inactividad física hoy por hoy se presenta una alta mortalidad mundial y está asociado al desarrollo de neoplasias como el CCR hasta en un 25%, además, el comportamiento sedentario se asocia con un mayor riesgo del desarrollo de este cáncer, pues se ha demostrado que la actividad física realizada en un rango de edad entre 30 a 50 años de edad, y actividad física vigorosa reduce el riesgo de su desarrollo, se cree que las personas que realizan actividad física regular tienen 50% menos riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, en relación con los sedentarios. (42)

Factores Extrínsecos (Genéticos)

Los antecedentes familiares pueden significar una alteración genética o unos factores ambientales compartidos, o una combinación de ambas cosas. Alrededor del 15 % de todas las neoplasias colorrectales se produce en personas con antecedentes de CCR en familiares en primer grado. Las personas con un familiar en primer grado que ha sufrido un cáncer colorrectal tienen una probabilidad de más del doble de sufrir un cáncer de colon que aquellas que carecen de antecedentes familiares.

Aproximadamente el 5% de todas las personas con cáncer colorrectal tiene síndromes hereditarios asociados, principalmente poliposis adenomatosa familiar o cáncer de colon hereditario sin poliposis, y otro 20% tienen historia familiar, no asociada a ningún síndrome hereditario conocido. El primer grado de consanguinidad se asocia a un aumento de aproximadamente dos veces el riesgo, comparado con la población general. Este riesgo se modifica según el número y la edad de diagnóstico en los familiares afectados de primer grado. Este riesgo es similar, incluso si la persona en primer grado

solo tiene un pólipo adenomatoso, las personas con antecedentes familiares o personales tienen una mayor predisposición para contraer CCR, la cual se estima hasta en 25%.

Las enfermedades inflamatorias del intestino están compuestas principalmente por dos trastornos: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), generando inflamación del tubo digestivo y complicaciones graves que desencadena esta neoplasia; presenta un riesgo relativamente bajo solo durante los primeros 10 años de la enfermedad, pero después tiene de este tiempo aumenta el riesgo de presentar CCR del 0,5 al 1,5% por año (42)

Envejecimiento

El proceso de envejecimiento es muy complejo, y cada persona envejece a un ritmo diferente. Esto significa que su edad real no puede reflejar su edad fisiológica, la cual puede estimarse de acuerdo con cómo funciona cada organismo tanto a nivel funcional como cognitivo. La edad nunca debe ser la base para la toma de decisiones. Existen varias teorías que podrían favorecer el desarrollo de tumores en la vejez, como la carcinogénesis, las alteraciones en el metabolismo, las alteraciones en el sistema inmunitario y los radicales libres. (43)

Existen varias teorías donde se describe que el cáncer aumenta con la edad:

1. La exposición prolongada a los carcinógenos.
2. La susceptibilidad alterada de las células envejecidas a los carcinógenos.
3. La disminución de la habilidad para la reparación del ADN.
4. La activación de los oncogenes o la amplificación o la disminución de la actividad de los genes supresores de tumores.
5. Acortamiento de los telómeros y de la inestabilidad genética.
6. Alteraciones en el microambiente.
7. Una disminución en la respuesta inmune.

El envejecimiento puede aumentar o disminuir la susceptibilidad a diferentes tejidos a iniciar el proceso y usualmente facilitar la promoción y la progresión a la carcinogénesis.

Anatomía y Fisiología

Sistema Digestivo

El aparato digestivo contribuye a las homeostasis a través de la degradación de los alimentos hasta formas que puedan ser absorbidas y usadas por las células del cuerpo. También absorbe agua, vitaminas, minerales y elimina los desechos del cuerpo. Los alimentos que se ingieren contienen una gran variedad de nutrientes utilizados para la construcción de nuevos tejidos corporales y ellos dañados. Los alimentos también son esenciales para la vida porque son la única fuente de energía química. Sin embargo, la mayor parte con siete moléculas demasiados grandes para ser usadas por las células del cuerpo. Por consiguiente, los alimentos deben ser degradados hasta el tamaño de moléculas suficientemente pequeñas para la ingesta en las células del cuerpo para ser utilizadas.

El aparato digestivo está compuesto por dos grupos de órganos: el tubo y los órganos digestivos de accesorio. El tubo digestivo es un conducto continuo que se extiende desde la boca hasta el ano a través de las cavidades torácicas y abdominal-pélvica. Los órganos del tubo digestivo incluyen la boca, la mayor parte de la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Los órganos accesorios del aparato digestivo incluyen los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas. (41)

Funciones del Aparato Digestivo

1. Ingestión: tomar la comida con la boca.
2. Secreción: liberación de agua, ácido, amortiguadores y enzimas en el lumen del tracto.
3. Mezcla y propulsión: batido y movimiento de los alimentos a través del tracto gastrointestinal.
4. Digestión: degradación mecánica y química de los alimentos.
5. Absorción: pasaje de los productos digeridos desde el tracto gastrointestinal a la sangre y la linfa.

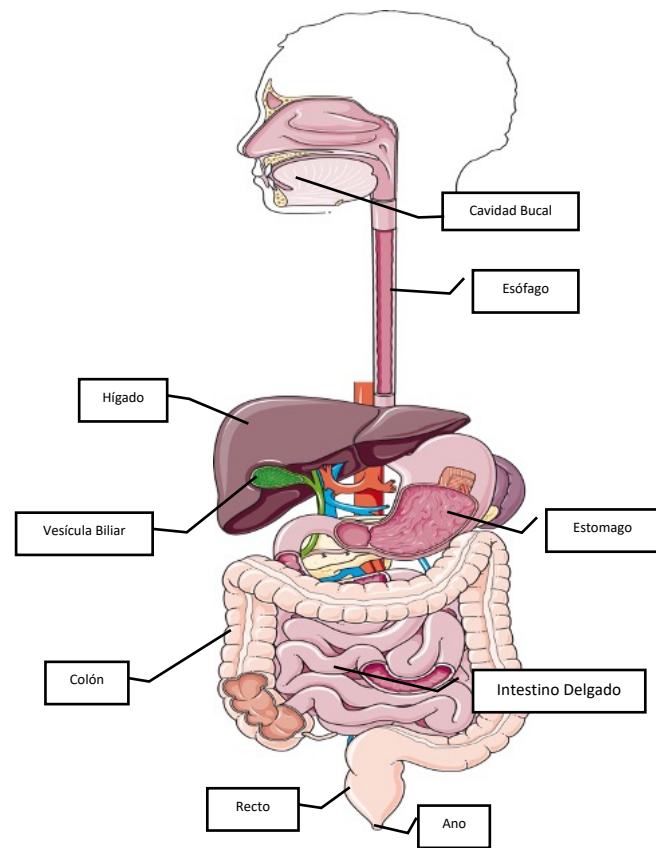


Figura 3. Sistema digestivo

El intestino grueso es la porción terminada en el tubo digestivo. Las funciones globales del intestino grueso consisten en completar la absorción, la producción de determinadas vitaminas, la formación de las heces y la expulsión de estas fuera del cuerpo. La pared del intestino grueso contiene las cuatro capas típicas que se hallan en el resto del tubo digestivo: mucosa, submucosa, muscular y serosa. En comparación con el intestino delgado, la mucosa del intestino grueso no tiene tantas adaptaciones estructurales para aumentar el área superficial. Carece de pliegues longitudinales y de vellosidades; sin embargo, si hay microvellosidades en las células absorbentes.

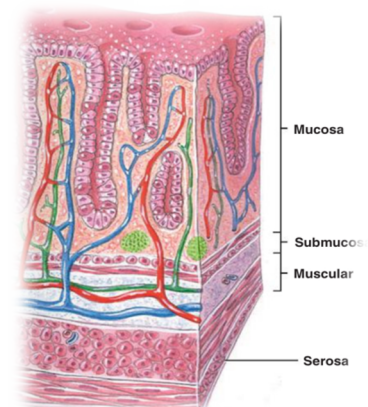


Figura 4. Capas de intestino grueso

Funciones del Intestino Grueso

1. El peristaltismo y el peristaltismo en masa impulsan el contenido del colon hacia el recto.
2. Las bacterias del intestino grueso convierten proteínas en aminoácidos, degradan aminoácidos y producen algunas vitaminas del grupo B y Vitamina K.
3. Absorción de agua iones y vitaminas
4. Formación de las heces
5. Defecación (vaciamiento del recto)

El intestino grueso está formado por el ciego, el apéndice vermiforme, el colon (ascendente, transverso, descendente y sigmoides), El recto y el conducto anal. El intestino grueso mide aproximadamente 1.5 m de longitud y 6.5 cm de diámetro en seres humanos vivos. Está fijado a la pared abdominal posterior por mesocolon, una capa doble del peritoneo. (45)

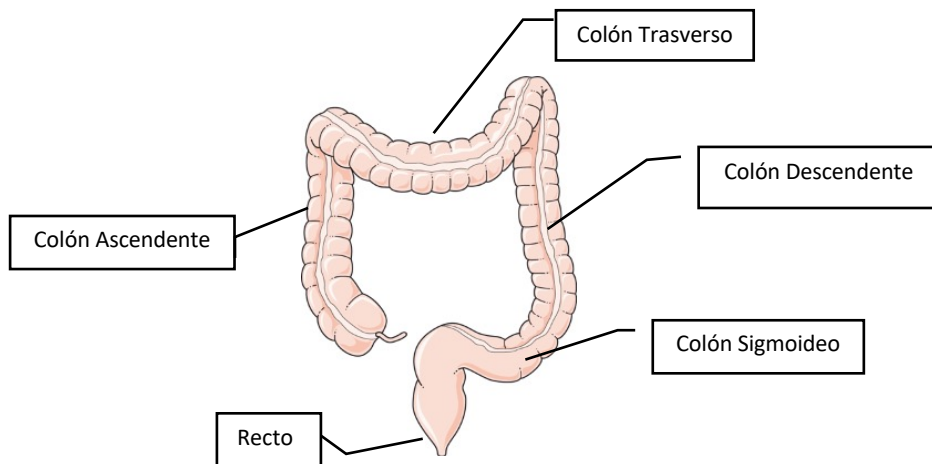


Figura 5. Anatomía de colón

Recto

El recto es la parte terminal fija del intestino grueso, tiene forma de S en la vista lateral, éste tiene 15 cm de longitud, principalmente retroperitoneal y subperitoneal, donde se continúa con el colon sigmoideo, la unión se encuentra en el extremo inferior del mesenterio del colon sigmoideo este se continúa inferiormente con el conducto anal, los 2-3 cm terminales este conducto está ordenada su mucosa en pliegues longitudinales llamados columnas anales que contienen una red de arterias y venas. La abertura del exterior del conducto anal es el ano, que tiene un esfínter anal interno de músculo liso (involuntario) y un esfínter anal externo de músculo esquelético (voluntario). (42)

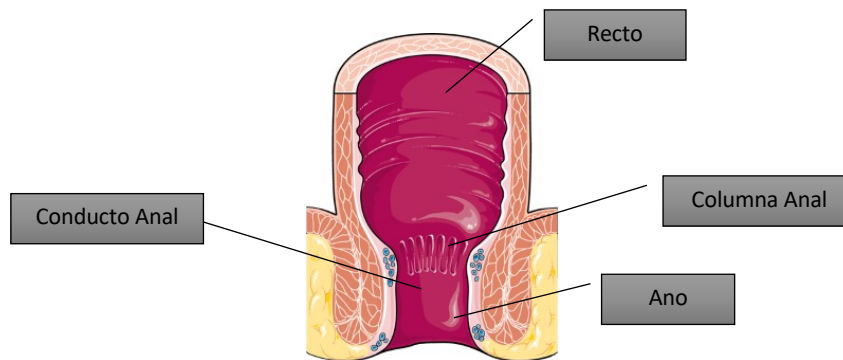


Figura 6. Anatomía del recto

Cambios propios del envejecimiento aparato gastrointestinal

Los cambios gastrointestinales a través del envejecimiento y patologías asociadas que suelen propiciadas, donde es frecuente observar diversos cambios.

La principal función del tubo gastrointestinal que más se va a ver afectada en el envejecimiento es la motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos neurogénicos. Estas modificaciones van a suponer trastornos funcionales y orgánicos en el anciano, y, consecuentemente, cambios en la función absortiva y secretora.

En la función secretora existe un descenso variable en la liberación de hormonas y fermentos gastrointestinales, en parte debido a la disminución de mecanismos reguladores y a los cambios estructurales de la mucosa digestiva que se producen al envejecer.

Los principales cambios funcionales en el aparato gastrointestinal vienen determinados por:

- a) Degeneración neuronal.
- b) Cambios degenerativos en el tejido conectivo.
- c) Isquemia.
- d) Modificaciones de la flora intestinal.
- e) Cambios en los hábitos y comportamientos del individuo.

El intestino se ve reducido de forma progresiva, tanto en el peso del intestino delgado como en la cantidad de mucosa. Este proceso se debe a un acortamiento y ensanchamiento de las vellosidades, que conduce a una atrofia de la mucosa. Junto a ello, se produce una sustitución progresiva del parénquima por tejido conectivo. También se ve modificada la distribución de los folículos linfáticos en la superficie intestinal. La modificación de la función motora produce un enlentecimiento del tránsito intestinal.

En el intestino:

- Desnutrición y diarrea por la proliferación bacteriana que produce malabsorción.
- Pérdida de masa ósea ante la menor absorción de calcio debido a la resistencia intestinal frente a la acción de la 1,25-dihidroxitamina D.
- Estreñimiento.
- Incontinencia fecal por alteraciones en la sensibilidad.
- Mayor incidencia de colitis isquémica.
- Incremento de diverticulosis y cáncer de colon. (47)

Fisiopatología y patogenia

La gran mayoría de neoplasias malignas que se originan de intestino grueso son adenocarcinomas epiteliales que derivan de células epiteliales columnares en la capa mucosa del colon y recto.

Son muchas las fuerzas que dirigen la transformación de una mucosa colorrectal sana en una neoplasia. La herencia y los factores intrínsecos y extrínsecos ya descritos.

Se considera como una etiología principal las siguientes variables:

Pólipos-. La importancia que tienen los pólipos se debe a la tan conocida posibilidad que tienen algunos de ellos de evolucionar hacia un CCR. Esta evolución es un proceso que tiene lugar en varias etapas y que discurre a través de la hiperplasia de las células

mucosas, la formación de un adenoma, el crecimiento y la displasia, hasta la transformación maligna y la aparición de una neoplasia infiltrante. Los carcinógenos ambientales pueden hacer que se desarrolle la neoplasia con independencia de la dotación genética de una persona, aunque las personas con una mucosa genéticamente propensa heredan una predisposición a la proliferación celular anómala. La inactivación de oncogenes y de genes supresores tumorales, las enzimas de reparación de los errores del emparejamiento del ADN deficientes y la delección cromosómica pueden conducir a la formación de adenomas, el crecimiento con displasia progresiva y el carcinoma invasor. La gran mayoría de los pólipos ocurren de forma esporádica y en individuos de edad avanzada. (42)

Potencial maligno de los adenomas. Se relaciona con el aumento de tamaño, la presencia y el grado de displasia en un componente vellosos, y la edad de la persona. Los pólipos colorrectales pequeños (de menos de 1 cm de diámetro) no se asocian a una mayor incidencia de cáncer colorrectal; esta, sin embargo, aumenta 2,5-4 veces si el pólipo es de gran tamaño (más de 1 cm de diámetro), y 5-7 veces en aquellas personas que tienen muchos pólipos. El estudio de la evolución natural de los pólipos no tratados .1 cm de diámetro mostró que el riesgo de progresión hacia un carcinoma es del 2,5 % a los 5 años, del 8% a los 10 años y del 25% a los 20 años. El momento de la progresión hacia la malignidad depende de la intensidad de la displasia, con un promedio de 3,5 años para la displasia grave y de 11,5 años para la displasia leve. (44)

Localización y Estadaje

Localización.- Dos tercios de los carcinomas colorrectales se localizan en el colon izquierdo y un tercio lo hace en el derecho, aunque en las mujeres es más frecuente esta última localización. Alrededor del 20 % de estas neoplasias se localiza en el recto. Los tumores rectales se detectan, en el 75 % de los casos, mediante tacto rectal. Casi el 3 % de los adenocarcinomas colorrectales son multicéntricos, y se calcula que el riesgo de que aparezca un segundo tumor primario en el colon es de aproximadamente un 1 % anual.

Estadaje.- La estadificación determina la extensión del cáncer y es uno de los factores más importantes para determinar el pronóstico y las opciones de tratamiento. Se basa en

los resultados del examen físico, del examen de la muestra histopatológica obtenida por biopsia o escisión local. Dicha estadificación se realiza mediante el sistema TNM desarrollado por la American Joint Committee on Cancer (ACJJ), donde la categoría T describe la profundidad de la penetración del tumor, la categoría N el número de ganglios linfáticos evaluados y el número de positivos y la categoría M la propagación o metástasis a órganos distantes como el hígado, los pulmones o los ganglios linfáticos distantes. Una vez determinadas las categorías, se realiza un agrupamiento por estadios desde el I (etapa menos avanzada) hasta el IV (etapa más avanzada). (48)

Tabla 2 . Estadíaie por ACJJ

Tumor Primario (T)	Tx: tumor primario no puede ser evaluado	
	T0: no evidencia de tumor primario	
	Tis: adenocarcinoma in situ (intraepitelial o invasión de la lámina propia)	
	T1: el tumor invade la submucosa	
	T2: el tumor invade la lámina muscular propia	
	T3: el tumor atraviesa la lámina muscular propia e invade los tejidos pericólicas	
	T4a: el tumor invade la superficie del peritoneo visceral	
	T4b: el tumor invade directamente otros órganos o estructuras o se ha adherido a ellos	
Ganglios Linfáticos Regionales (N)	Nx: los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados	
	N0: no hay metástasis en ganglios linfáticos regionales	
	N1: metástasis de 1-3 ganglios linfáticos regionales	N1a: metástasis en 1 ganglio regional
		N1b: metástasis en 2-3 ganglios regionales
		N1c: depósitos en la subserosa, mesenterio o tejido pericólico o perirrectal sin metástasis regional
	N2: metástasis en 4 o más ganglios linfáticos regionales	N2a: metástasis en 4-6 ganglios regionales
N2b: metástasis en 7 o más ganglios regionales		
Metástasis (M)	M0: no hay metástasis distantes	
	M1: metástasis distante	M1a: metástasis confinada en un órgano
		M1b: metástasis en más de un órgano o en el peritoneo

Fuente: American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual seventh edition: colon and rectum cancer staging.

Tabla 3. Clasificación TNM según la AJCC (7º edición) y equivalencia con otros sistemas de clasificación

Estadios según AJCC	Clasificación TNM	Dukes	MAC	Supervivencia 5 años
Estadio 0	Tis N0 M0	---	---	---
Estadio I	T1 N0 M0	A	A	>90%
	T2 N0 M0	A	B1	
Estadio IIA	T3 N0 M0	B	B2	85%-60%
Estadio IIB	T4a N0 M0	B	B2	
Estadio IIC	T4b N0 M0	B	B3	
Estadio IIIA	T1-2 N1/N1c M0	C	C1	60%-55%
	T1 N2a M0	C	C1	
Estadio IIIB	T3-T4a N1/N1c M0	C	C2	42%-35%
	T2-T3 N2a M0	C	C1/C2	
	T1-T2 N2b M0	C	C1	
Estadio IIIC	T4a N2a M0	C	C2	27%-25%
	T3-T4a N2b M0	C	C2	
	T4b N1-2 M0	C	C3	
Estadio IVA	Cualq T, cualq N, M1a	---	---	7%-5%
Estadio IVB	Cualq T, cualq N, M1b	---	---	

Fuente: American Joint Committee on Cancer (30, 31)

Clínica

La mayoría de las manifestaciones clínicas habituales en las personas con CCR se relaciona con el tamaño y la localización del tumor. Las lesiones situadas en el lado derecho del colon suelen ser asintomática, aunque cuando los síntomas se manifiestan, suelen causar dolor abdominal, hemorragia y anemia sintomática (que causa debilidad, cansancio y pérdida de peso), en lugar de una obstrucción del colon. Los tumores localizados en el lado izquierdo suelen producir cambios en el hábito intestinal, hemorragia, dolor por meteorismo con una disminución del calibre de las heces, estreñimiento, aumento del uso de laxantes y obstrucción del colon. En ocasiones la metástasis a distancia, particularmente las metástasis hepáticas, pueden producir los síntomas clínicos iniciales. Los síntomas que presentan dependen de la ubicación del tumor. Obstrucción, perforación, cambio en el carácter de las heces y hematoquecia se presentan en tumores del lado izquierdo. La anemia por deficiencia de hierro, pero es más común en tumores del lado derecho. (50)

Evolución Clínica.- en el 40% - 70% de los casos, se encuentran en metástasis en los ganglios linfáticos regionales en el momento de la recepción tumoral. Las localizaciones

más frecuentes de la metástasis son en el hígado, la cavidad peritoneal y el pulmón, seguidos por las glándulas suprarrenales como los ovarios y los huesos. Las metástasis cerebrales, aunque son poco frecuentes, se observan con mayor frecuencia a medida que la supervivencia con enfermedad a distancia se prolonga, gracias al uso de mejores tratamientos. Los tumores rectales tienen una probabilidad de recidivar localmente 3 veces superior a la de los tumores proximales del colon, debido en parte a que el recto carece de una capa serosa externa en la mayor parte de la extensión. Como el drenaje venoso y linfático del recto se realiza a través de la vena cava inferior, los cánceres rectales tienen mayor incidencia de metástasis pulmonares que los cánceres de colon, aunque la mayoría de las veces se producen en el hígado. (50)

Diagnóstico

Las bases del diagnóstico del CCR es identificar los factores de riesgo importantes, los antecedentes personales o heredo familiares de pólipos adenomatosos CCR, así como identificar los síntomas y signos depende de la localización del tumor, su edad y estado de salud general. Existen pruebas que se utilizan para el diagnóstico, pero no todas las pruebas se utilizan en todas las personas, esto dependerá de los factores que se asocian al CCR, además de una exploración física minuciosa que incluye tacto rectal.

Laboratorios Clínicos

Se realizan algunas pruebas de laboratorio como es la biometría hemática completa en busca de datos de anemia, así como pruebas de función hepática que tienden a estar elevadas, en particular la fosfatasa alcalina, lo cual es dato de sospecha de enfermedad metastásica.

En todos los individuos con cáncer colorrectal comprobando se sugiere cuantificar el antígeno carcinoembrionario (CEA), un valor preoperatorio CEA > 5 ng/mL suele ser un indicador de mal pronóstico. Después de la resección quirúrgica completa debe normalizarse las concentraciones de CEA; la persistencia de valores altos sugiere continuación de la enfermedad y justificación, valoración adicional. La sensibilidad de la CEA para la detección de recurrencia oscila entre el 68% y 82% y su especificidad es del 80% a 97%. Por este motivo, se vigilan las concentraciones de la CEA de forma sistemática en el momento del tratamiento adyuvante y durante la vigilancia

postoperatoria de las personas que tenían altas concentraciones antes de la resección. (46)

.- **Colonoscopia.** La colonoscopia es el procedimiento diagnóstico de elección en personas con antecedente clínico que sugiera CCR o sospecha de cáncer, probablemente no se pueda realizar un diagnóstico completo que describa con precisión la localización y la diseminación del cáncer hasta extraer quirúrgicamente el tumor. La colonoscopia permite realizar una biopsia para confirmación anatomopatológica de la afectación maligna, siendo esta importante para la confirmación.

.-**Estudios de Imagen.** La estadificación preoperatoria requiere tomografías computarizadas de tórax, abdomen y pelvis. Estos pueden ayudar a demostrar metástasis a distancia, pero por lo general son menos precisos para determinar la extensión local del tumor (categoría T) o la diseminación linfática (categoría N). El hígado se puede evaluar intraoperatoria mente mediante palpación directa y ultrasonografía para identificar metástasis hepática (categoría M).

La resonancia magnética pélvica o la ecografía endorrectal pueden determinar la profundidad de la invasión tumoral en la pared rectal (categoría T) y la diseminación en los ganglios linfáticos perirectales (categoría N), proporcionando información para la quimioterapia y la cirugía preoperatorias. A menudo se usa para averiguar qué tan lejos se ha diseminado el cáncer y puede ayudar con los planes de tratamiento, pero la prueba no puede detectar con precisión.

Tratamiento

.- **Quirúrgico**

El tratamiento quirúrgico es la parte primordial y piedra angular del tratamiento del CCR, de esto dependa el tratamiento tenga éxito, su objetivo principal es la extirpación del tumor primario y de cualquier extensión que haya podido producirse, ayudando a mejorarla calidad de vida.

La resección abdomino-perineal (RAP) de Miles ha sido el tratamiento quirúrgico estándar para el adenocarcinoma, la resección anterior ultra baja con anastomosis mecánica, es una proctomía en que solo se conservan 2 cm distales del recto hasta la unión anorrectal, la indicación para realización está condicionada a varios aspectos como las

características del tumor, la anatomía de la persona, la funcionalidad del esfínter, así como por la experiencia del equipo quirúrgico. El alta hospitalaria suele indicarse a partir de las primeras 72 horas de ser realizado el proceder según el protocolo institucional. (48) Los tumores que causan obstrucción del colon derecho suelen tratarse mediante recepción y anastomosis primaria. Los que causan obstrucción en el colon izquierdo pueden tratarse con una descompresión inicial (colostomía proximal) o la inserción de una prótesis, seguida de la extirpación del tumor y el cierre diferido de la colostomía. Es lo que quiere, sin embargo, las tendencias más recientes se inclinan a favor de ampliar la recesión la anastomosis primaria, para incluir los tumores que obstruyen el colon transversal, descendente e incluso, sigmoideo.

El cáncer de colon perforado necesitará la extirpación inicial del tumor primario y una colostomía proximal como seguida posteriormente de una nueva anastomosis y cierre de la colostomía.

Se deben dar un seguimiento postoperatorio, alrededor del 85% de todas las recidivas que se producen en el CCR se manifiestan durante 3 años siguientes de la extirpación quirúrgica, y a los 5 años se han presentado casi todas ellas.

.- Quimioterapia

Los cambios fisiológicos ocurren en todos los sistemas a medida que envejecemos, especialmente los involucrados en el metabolismo, como el hígado y los riñones, principalmente este último, el tratamiento como la quimioterapia debe ajustarse la dosis y los intervalos de administración deben tenerse cuenta en la elección del tratamiento quimioterápico, por el riesgo de interacciones farmacológicas de fármacos para el control de sus comorbilidades. Estas interacciones son capaces de modificar la eficacia y la toxicidad de los antineoplásicos, pero también de los medicamentos recibidos para el tratamiento de sus comorbilidades.

Como consecuencia de estos cambios en la farmacocinética y farmacodinamia en las personas mayores, así como la polifarmacia que presentan con regularidad las personas mayores, se estima que el riesgo de presentar una reacción adversa a un medicamento es de 3 a 10 veces mayor.

Se ha demostrado que la quimioterapia mejora la supervivencia total, según sea la etapa. Entre ellos, destacan el 5-Fluoruracilo (5FU), las fluoropirimidinas orales (capecitabina,

UFT, Utefos), el oxaliplatino y el irinotecan. A ellos hay que añadir dos anticuerpos monoclonales, el cetuximab y el bevacizumab. En la elección del régimen de quimioterapia a administrar, se tienen en cuenta la actividad y tolerancia del esquema de quimioterapia y una serie de factores que dependen de la persona a la hora de seleccionar una terapia, debe estar muy claro el beneficio clínico que esta proporcionará, ya sea en respuesta, supervivencia o control de síntomas; evitar los medicamentos que no tengan un impacto claro en los objetivos principales, y elegir el tratamiento de acuerdo con las condiciones específicas del adulto mayor y el riesgo de toxicidad.

.- Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de la radiación ionizante con fines terapéuticos y tiene como objetivo primario erradicar la enfermedad, es decir, destruir el mayor número posible de células tumorales, reducir el tamaño de los tumores y limitar el daño sobre el tejido sano circundante. Si este objetivo no puede alcanzarse, el segundo es la paliación, en la que la radioterapia se administra en varias sesiones fraccionadas (entre 1 y 5-10, aproximadamente) para mejorar la calidad de vida de la persona y reducir la sintomatología en la enfermedad avanzada o metastásica. La dosis de radiación que se administra depende principalmente de tres factores: dosis total, número de fracciones y tiempo, aunque también hay que tener en cuenta el tipo de tumor y la presencia de tejidos o estructuras sensibles que puedan verse afectadas. (50)

2.4.2 Síndromes Geriátricos

Síndrome Deslizamiento

El síndrome de deslizamiento es un concepto que cobra relevancia puesto que la persona mayor cae en un deterioro importante en el estado general, donde es preciso señalar que se debe a una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.(54)

Este síndrome fue descrito por primera vez en Francia en 1956, el síndrome de deslizamiento es un proceso que se produce en sujetos de edad avanzada tras una grave afección psicosomática creado por una desestabilización como modelo de crisis por otra causa desencadenante, factor donde se experimenta una alteración de su estado general, progresando hasta la muerte, este presentándose en unos pocos días. (55)

Etiología

Los desencadenantes son múltiples patologías y ante la sospecha de un síndrome deslizamiento, se debe buscar una patología orgánica subyacente como:

- Episodios infecciosos (neumopatías, infecciones, tracto urinario, etc.)
- Episodios traumáticos (fracturas, intervenciones quirúrgicas, etc.)
- Patologías somáticas (ictus, hematoma subdural, etc.)
- Episodios Psíquicos
- Endocrinas (hipotiroidismo)
- Inmunosupresoras
- Inflamatorias

Uno de los desencadenantes con más frecuencia manifestados es de sintomatología psíquica, suelen presentarse como una patología psicosomática y puede ser causados por traumas psicológicos como podría ser la muerte súbita del cónyuge, lo cual podría ser un factor precipitante psíquico del síndrome. Otro ejemplo podría ser la negación de su estado actual, afectando a la realización de sus actividades básicas donde la persona mayor se opone a la realización de actividades como es el comer normalmente, lo que conduce a un estado de adinamia.

Otro factor para presentar este síndrome es la institucionalización, que no es aceptada, presentando un sentimiento de abandono y retraimiento, la cual conduce a un estado psicológico en el que predomina los sentimientos de desánimo, impotencia u oposición; esta situación puede empeorar y evolucionar hacia un estado de dependencia, donde el declive emocional y funcional son evidentes este se ve reforzado por la persona que busca huir de una realidad insoportable desliziándose a la regresión. (55,57)

Las causas de precipitación del síndrome no son claras y aún está por determinar, pero existen diversas propuestas como es la del geriatra Frances Bouchon que ve la evolución del síndrome de una manera peyorativa como un modelo de tres: el envejecimiento fisiológico, las enfermedades crónicas y finalmente los factores de descompensación. Es por ello la complejidad de su diagnóstico puesto que usualmente se sospecha de primera instancia como un trastorno depresivo u adaptativo siendo estos modelos de crisis, ante una enfermedad grave creando una pérdida de la confianza en una posible cura, es un soltar de las personas cansados de vivir y abandonar una lucha que perciben perdida sin alguna justificación clara.

Epidemiología

No existe mucha información al respecto en Latinoamérica, ya que es un concepto poco conocido y muy controversial, pero según estadísticas internacionales, del 1 al 4% de la persona mayores hospitalizados están afectados por este síndrome, el cual no existe predominio de género.

Este síndrome es propio de personas mayores por los componentes ya descritos que los predisponen, la edad media para ambos géneros es de 83 años, para mujeres de 85 años y en hombre la edad prevalente es de 78 años. (56)

Diagnóstico

El cuadro clínico propuesto por Delomier (1978) el cual aclara e insiste que tiene que diagnosticarse con el intervalo de algunos días entre el episodio somático al psíquico y este no siendo evolutivo. Si bien este es basado en el factor desencadenante, la fase de latencia y la tríada somática (anorexia-adipsia, trastorno de esfínteres y estado confusional).

Se debe tomar en cuenta que el síndrome de deslizamiento y la depresión no se debe superponer, Delomier sitúa la depresión y la adaptación como una vía patogénica entre el desencadenante y el deslizamiento en su modelo de crisis. Los síntomas relacionados con la depresión son: indiferencia, apatía, negativa de comunicación, retraimiento y silencio.

El síndrome de deslizamiento además toma en cuenta el suicidio como un equivalente, en el que unas renuncias prematuras a los esfuerzos permiten la continuación de su vida, en donde se acompaña de una ruptura en el “trabajo de envejecer” y una carrera frenética, si no incontrolada, hacia la muerte, este suele ser desorganizado, con intervalo libre y una fase durante la cual parece nada sucede. (56)

Tratamiento

La eficacia del tratamiento se basa en la coordinación multidisciplinar y depende de la cohesión de las acciones médicas y paramédicas. Las modalidades terapéuticas son diversificadas y atacan todos los elementos del síndrome.

En el tratamiento no es claro y existe poca evidencia que afirmar cuál es el mejor tratamiento, sin embargo, se considera al equipo multidisciplinario en donde generalmente es un constante trabajo de negociación para la implementación de actividades que ayuden a mejorar su estado de ánimo evitar el declive del estado general.

En el área de Enfermería se debe encargar de una rigurosa atención, esta debe ir asociada a un cierto grado de cuidado dando protección, fomentando la espiritualidad y la autonomía del autocuidado, así como cuidados de higiene, cambios de posición, la adecuada ingesta de agua y alimentos debe ser monitoreada por medio de reporte. (56)

Síndrome Confusional Agudo

Concepto

El Delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome agudo y fluctuante, con alteraciones de la atención, conciencia y cognición, precipitado ya sea por una enfermedad subyacente o un evento en personas vulnerables. Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en la persona mayor, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. (58)

Epidemiología

El delirium es más común en personas mayores en hospitales y centros de atención a largo plazo, los porcentajes varían según los autores, en el caso del ámbito hospitalario, utilizando los criterios diagnósticos del DSM se ha encontrado delirium en hasta un 22% de las personas mayores al ingreso (prevalencia) y hasta un 31% durante la hospitalización (incidencia).

En general, la epidemiología del delirium es ampliamente variable, con una incidencia que oscila entre 3-44%, que es profundamente influida por factores como la edad de las personas, el escenario clínico y las patologías asociadas. (59)

Factores de Riesgo

Los factores predisponentes para el delirium incluyen deterioro cognitivo preexistente o demencia, edad avanzada, dentro de las comorbilidades se incluye alcoholismo, dolor crónico, historia de enfermedad de base pulmonar, hepática, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad terminal. También otros factores que predisponen que aumentan la vulnerabilidad son el deterioro funcional, el sexo masculino, la depresión, deshidratación, desnutrición, alteraciones sensoriales, el bajo nivel educacional, los antecedentes de delirium previa, la fragilidad, la demencia subyacente la morbilidad médica asociada y su tratamiento.(59)

Diagnóstico

El diagnóstico del delirium es eminentemente clínico, con base en la descripción sucinta y clara presentada en el DSM-5. No obstante, las condiciones clínicas en las cuales se presenta el delirium suelen ser altamente complejas, conllevando a que esta entidad sea infra diagnosticada y fácilmente pasada por alto. Ante esta situación, se ha desarrollado gran cantidad de instrumentos estandarizados para el diagnóstico del delirium. Entre los más utilizados se encuentra el Confusion Assessment Method (CAM), que ha mostrado una sensibilidad de 94% y especificidad de 89%, con alta confiabilidad entre evaluadores. Es necesaria una historia clínica detallada de la persona o referida por familiares y un examen físico y neurológico completo, con el fin de documentar que la confusión está presente e identificar sus síntomas clínicos. Es preciso establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades, esencialmente con cuadros psicóticos y demencias. (60)

El delirium se caracteriza por una alteración aguda o subaguda de la conciencia, atención y el deterioro en otros dominios de la función cognitiva.

Una de las características principales, es la tendencia del cuadro a la fluctuación a lo largo del día, oscilando desde un fallo mínimo hasta la dificultad de ser activado y al estupor. El trastorno suele agravarse por la noche y primeras horas de la mañana y a veces solo se presenta por la noche. La presentación nocturna puede explicarse por la menor estimulación sensorial.

En principio suele ser reversible, de corta duración, y suele acompañarse de manifestaciones asociadas a alteraciones del ciclo vigilia-sueño, del comportamiento psicomotor y de las emociones. La presencia de trastornos psicomotores permite la clasificación clínica del delirium en hiperactivo, hipoactivo y mixto.

Tratamiento

Un abordaje satisfactorio del delirium incluye los siguientes aspectos:

1. Medidas preventivas dirigidas a evitar los factores de riesgo. Se han elaborado protocolos que recogen las intervenciones para controlar determinados factores de riesgo. Han demostrado su eficacia en el sentido de reducir de forma significativa la incidencia y duración de este cuadro clínico.
2. Identificación y tratamiento de las causas subyacentes. Es lo fundamental, ya que el tratamiento etiológico conlleva, en algunos casos, la resolución del delirium.
3. Cuidados de soporte y rehabilitadores. Dirigidos a alcanzar el mayor grado de recuperación, exige un enfoque interdisciplinario que incluye una serie de medidas generales, como mantener un adecuado grado de nutrición e hidratación, facilitar y promover la movilización, proteger a la persona de caídas, cuidados intestinales, del tracto urinario y de las zonas de presión. También se necesitan medidas ambientales que permiten una adecuación del entorno de la persona , como mantener una buena iluminación, evitar el exceso de ruido o facilitar objetos que le permitan orientarse.
4. Control de síntomas. Cuando el soporte familiar y las medidas medioambientales son insuficientes para controlar la sintomatología del delirium, se ha de recurrir a las medidas farmacológicas.

No Farmacológico

La medida quizás más importante en el tratamiento del síndrome confusional agudo es prevenir la aparición del cuadro. El tratamiento preventivo reduce el número y duración de los episodios de delirium en personas adultas mayores ingresados en un hospital, hasta en el 50%. La evaluación y prevención se deben realizar al momento del ingreso al hospital y durante toda la estancia.

Existen diversas estrategias terapéuticas no farmacológicas como son:

- Medidas generales es primordial mantener una hidratación y nutrición adecuadas, privilegiando la administración vía oral, supervisada y asistida en caso de que se requiera para evitar la deshidratación con colaciones y comidas ricas en nutrientes y proteínas.
- Intervenciones multicomponentes
- Medidas higiene del sueño
- Musicoterapia y manejo de agitación
- Estimulación multisensorial

Farmacológico

Los dos principales síntomas del delirium que pueden requerir tratamiento farmacológico son la psicosis y el insomnio. Los neurolepticos han demostrado ser los fármacos de elección para el tratamiento de estos síntomas.

Lo fundamental es tratar la causa de base, controlando simultáneamente los síntomas del síndrome confusional. El tratamiento farmacológico debe reservarse para las personas que son una amenaza para su propia seguridad y la de los demás, si bien no existe un fármaco ideal para el manejo de este.

Los datos actualmente disponibles sobre los tratamientos farmacológicos para el delirium son más controversiales, los antipsicóticos han sido promovidos para el tratamiento del delirium, especialmente cuando han fracasado las medidas no farmacológicas, los síntomas causan malestar intenso a la persona o cuando esta representa un riesgo significativo para sí mismo o para otros. No obstante, la evidencia concreta subyacente a esta recomendación es escasa. Clásicamente, se ha observado predilección por el uso de haloperidol y algunos antipsicóticos de segunda generación, como risperidona y olanzapina, en el tratamiento del delirium, con mayor eficacia para el control de síntomas

psicóticos positivos, como las alucinaciones e ideas delirantes. Sin embargo, en una revisión sistemática que incluyó 13 ensayos clínicos aleatorizados, solo consiguieron evidencia convincente para el uso de antipsicóticos en este sentido para el manejo de personas intervención quirúrgica. Adicionalmente, debe remarcarse que en las personas con delirium, el uso de antipsicóticos podría relacionarse con la aparición de efectos adversos con mayor frecuencia que la que ofrecen beneficios clínicos. Entre estos eventos adversos son preponderantes manifestaciones extrapiramidales, hipotensión y arritmias en esta población. (61)

Dolor Oncológico

Concepto

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño».

Epidemiología

La prevalencia de este tipo de dolor es difícil de definir ya que depende de numerosos factores, estimándose en dolor crónico entre 33 – 59%, y siendo considerablemente mayor (64 a 74%) en las personas con enfermedad avanzada .

Por estas razones, todas las personas con enfermedad maligna activa deben ser examinados rutinariamente para evaluación de su dolor , ya que las consecuencias de la implementación de un tratamiento subóptimo son de gran alcance.

Etiopatogenia

El dolor oncológico es una suma de diferentes tipos de dolor en función de la afectación presente (somático, visceral, neuropático), influenciado y a menudo empeorado por las circunstancias psicológicas de la persona, derivadas del propio proceso y de su entorno.

Puede deberse a:

- Dolor causado por la acción directa del tumor: infiltración o compresión de estructuras óseas, nerviosas, vísceras, partes blandas, vasos., ya sea por el tumor primario o por metástasis. Es el más frecuente.
- Dolor tras la aplicación de medidas destinadas a erradicar el tumor: dolor crónico postoperatorio, dolor tras radioterapia y dolor tras-quimioterapia.

- En ocasiones el dolor es independiente del tumor y del tratamiento administrado, como una neuralgia postoperatoria, osteoporosis etc.
- Todo ello puede verse empeorado e influenciado por dolor psicológico.

Diagnóstico

La evaluación del dolor oncológico es una tarea compleja que debemos realizar de manera minuciosa ya que se trata del pilar fundamental en base al cual realizaremos el tratamiento.

Debemos incluir:

- Historia clínica detallada, que debe incluir información acerca del tipo de neoplasia y extensión.
- Tratamiento que está realizando.
- Características del dolor: inicio, duración, intensidad del mismo, fluctuaciones y repercusión en la calidad de vida y bienestar psicológico y social de la persona.
- Factores desencadenantes y factores de alivio del dolor.
- Capacidad funcional
- Patrón de sueño y apetito.
- Síntomas asociados.

Tratamiento Farmacológico

Paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):

Aceptados como primer escalón del tratamiento del dolor oncológico, en dolor leve moderado.

- En recientes revisiones bibliográficas se ha demostrado que añadir un AINEs a opioides “fuertes” reduce la necesidad de estos y mejora el dolor.
- No está demostrado la superioridad de ningún AINE sobre otros, ni entre inhibidores selectivos de la COX-2 y no selectivos, aunque los inhibidores selectivos no tienen efectos secundarios gastrointestinales ni sobre la función plaquetaria, y tienen poca repercusión sobre la función renal, actualmente mencionan que existe un incremento del riesgo cardiovascular.

Opioides débiles (tramadol, codeína): (uso de mayúsculas y minúsculas)

Constituyen el segundo escalón del tratamiento del dolor de la OMS. Actualmente, muchos autores (incluyendo la ESMO, Sociedad Europea de Oncología Médica), ponen en entredicho su función, recomendando pasar directamente del 1o escalón a dosis bajas de opioides fuertes.

- El tramadol es un analgésico de acción dual: por un lado, inhibe la recaptación de 5HT1 y de NA, y por otro se comporta como agonista débil de receptores μ .
 - Contrastada eficacia en alivio del dolor neuropático, con escaso potencial de adicción.
 - Posibilidad de efectos secundarios serotoninérgicos, y gastrointestinales (náuseas y vómitos).
- La codeína es un profármaco de la morfina, se metaboliza en el hígado y tiene 1/10 de la potencia de la morfina.
 - Acción analgésica y antitusígena.
 - En general, poco avalada en el tratamiento del dolor oncológico.

Opioides fuertes:

Se constituyen como la base del tratamiento del dolor oncológico de carácter moderado-severo. No hay demostradas superioridad ni inferioridad de ningún opioide respecto a otro.

- Morfina: agonista puro, considerado el modelo del grupo farmacológico.
- Tapentadol: acción dual, agonista μ e inhibidor de la recaptación de NA.
 - Menos efectos secundarios gastrointestinales, y menor incidencia de síndrome confusional o alucinaciones.
 - Muchos estudios demuestran su potencial mejora en el ámbito psicosocial y anímico de la persona (incluyendo disminución de la ideación suicida).
 - Muy útil en dolores oncológicos con componente neuropático, y muy recomendable en ancianos.

Fármacos Coadyuvantes:

No son analgésicos per se, pero pueden actuar potenciando la respuesta a los analgésicos o modulando la respuesta al dolor. Se pueden administrar en cualquier escalón analgésico.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de serotonina (5-HT1) y noradrenalina.

(Duloxetina, Venlafaxina): prometedores también en dolor neuropático asociados a dolor oncológico, en cáncer de mama, tienen un efecto adicional al reducir los sofocos asociados a hormonoterapia (aunque Duloxetina puede reducir el efecto del tamoxifeno). (62)

Trastorno Adaptativo

Concepto

El trastorno de adaptación (TA) es uno de los trastornos relacionados con el estrés y se caracteriza por síntomas mentales que aparecen en respuesta a un evento estresante identificable y que constituyen una respuesta mal adaptativa porque generan malestar significativo. (63)

Epidemiología

En mayores de 65 años atendidos en atención primaria se puede encontrar hasta en un 4,5%; en ellos, la presencia de una enfermedad médica (u orgánica) tiene un efecto estresor que puede explicar hasta el 29% de los casos con TA.

Diagnóstico

La característica esencial del TA es que los síntomas aparezcan en relación directa con un evento estresante, entendido como cualquier suceso o situación percibida como amenaza; se trata de una representación subjetiva, y por el hecho de aparecer, le demanda al individuo cambios en su vida, por lo que, si siente que no tiene los recursos para enfrentarlo, puede decirse que el evento lo supera y le genera estrés. En algunas personas incluso los eventos que podrían considerarse positivos pueden vivirse de manera estresante.

Una vez que se establece la existencia del evento estresante, es necesario demostrar la reactividad de los síntomas, por lo que la ubicación temporal del evento y los síntomas debe ser el paso siguiente. Según los manuales de clasificación, los síntomas deben aparecer en los primeros tres meses de iniciado el evento para el DSM-5 o en el primer mes, para la CIE-11. Los síntomas de un TA pueden aparecer a cualquier edad y son variables, por lo que no hay una descripción específica, sino que corresponden a una combinación de cambios emocionales, cognitivos y conductuales en estrecha relación con el estresor, que mejorarían si el estresor desaparece o el sujeto se adapta.

Dentro del afecto resaltan ánimo triste, llanto fácil, ansiedad y cambios de humor diurno. Entre las alteraciones cognitivas, la preocupación excesiva relacionada con el estresor, con rumiación del pensamiento, ideas de desesperanza y de suicidio, que pueden llegar a la planeación y a la conducta suicida. También es común insomnio de conciliación y pesadillas.

En los distintos sistemas de clasificación, el TA se ha especificado según el predominio de síntomas en subtipo depresivo, ansioso, conductual o mixto. Más de la mitad de las personas con TA presentan síntomas depresivos, de ahí que algunos autores los consideren nucleares, pero parecen no existir características distintivas, por lo que la utilidad de estos especificadores es limitada. (ANEXO 10)

Tratamiento

Intervención en crisis

Los momentos de crisis deben negociarse y gestionarse, se debe ser comprensivo y aceptando lo que mejorara la respuesta para el fomento de la catarsis, y solo la escucha empática puede ayudar. Si el médico no cree que el evento sea grave o estresante, entonces evite expresar una opinión y es mejor centrarse en validar la emoción, que es angustiada para la persona en ese momento. Es mejor permitir que la persona exprese las emociones relevantes. Una táctica rápida para bajar el ánimo es la respiración profunda y los cambios de temperatura. Durante esta parte lo único que se necesita es calmar un poco el dolor y validar la emoción para pasar a otras estrategias.

Psicoeducación

Es necesario explicar la naturaleza reactiva de los síntomas e indicar la relación con el estresor. Puede ser una indicación obvia pero necesaria para prestar atención al incidente y cómo tratarlo. Hay una variedad de formas de presentar información sobre el tema, desde folletos o carteles. La psicoterapia cognitivo-conductual puede ser eficaz a la hora de preparar material de lectura (bioterapia). Los temas que deben ser cubiertos son: la fuente del estrés y la necesidad de abordarlo o aceptarlo, encontrar recursos para ello, y la reactividad de los síntomas y su carácter transitorio.

Se pueden ofrecer algunas claves para manejo de síntomas. Para la preocupación, por ejemplo, resulta útil un ejercicio de escritura, ejercicios de respiración profunda y diafragmática. (64)

Capítulo 3. Metodología

3.1 Búsqueda de Información

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo y observacional, trasversal utilizando un método de investigación documental en la búsqueda de información se basó en consulta de artículos de investigación, revisión, guías de práctica clínica y manuales en las diferentes bases de datos como PudMed , Google Academic, Ebsco, Scielo, Cochrane y Elsevier. Se selecciono fuentes de información que no pasaran de un rango no mayor a 10 años, sin embargo, la poca información obtenida de años recientes se amplió a 20 años en idiomas en español, inglés y francés, así como la utilización de operadores boléanos (AND/OR/NOT).

Las palabras clave que se usaron para la búsqueda de información fueron Enfermería, Adulto Mayor, Modelo de enfermería, Modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, Proceso de Atención de Enfermería, Valoración Geriátrica Integral, Síndromes Geriátricos, Oncología, Oncogeriatría, Adenocarcinoma, Colorrectal, Ética en Enfermería. Las fuentes de información del estado de la persona fueron forma directa con la persona e indirecta con el expediente clínico electrónico de la base de datos del hospital.

3.2 Selección del Caso

Persona

Persona Mayor, Cristina de 80 años que pasa por un proceso de enfermedad oncológica afectando su esfera clínica, funcional, emocional – cognitiva y social.

Entorno

Instituto Nacional de Nutrición de Ciencias Médicas (INNCM) “Salvador Zubiran”, área de hospitalización, habitación compartida con otras personas. En un periodo desde su ingreso hospitalario septiembre a octubre 2021.

Salud

Persona dependiente del cuidado, con limitaciones para cumplir y satisfacer por sí misma sus necesidades y mantener la calidad de vida esencial.

Cuidado

Aplicación de proceso de atención enfermería en sus 5 etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Así como la aplicación de un instrumento de valoración por Clinimetría (ANEXO 12) trabajada durante el semestre en el posgrado de Enfermería en el Anciano por los estudiantes que incluye la valoración por catorce necesidades tomando el modelo conceptual de Virginia Henderson e incluyendo el proceso de valoración geriátrica integral a través de las diversas escalas de tamizaje como Katz, Lawton & Brody, Nagi, Rosow-Breslau, MMSE, GDS, Zarit por mencionar algunas en donde se toman en cuenta sus esferas clínica, funcional, emocional – cognitiva y social, como fuente de información directa proporcionada por la persona e indirecta por expediente clínico electrónico.

3.2 Consideraciones Éticas

Se solicitó el consentimiento verbal, tomando en cuenta las consideraciones éticas-legales que aplican en el estudio de caso como son la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, utilizado el adecuado manejo de este, siempre protegiendo la privacidad de la persona, confidencialidad de datos, la NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, aplicación Acciones Esenciales de Salud, así como se tomó en cuenta los derechos del persona en todo momento, la aplicación del código de Ética de Enfermería en su atención.

3.3 Aspectos Éticos

Principios Bioéticos

Definición

La bioética es la disciplina de la ética que tiene por propósito proporcionar los principios para la conducta adecuada del humano en relación con la vida, en el que se desenvuelve la vida en determinadas condiciones. Los principios bioéticos son parte del proceso formativo de la vida y exige esfuerzos permanentes de estudio y la aplicación en la práctica diaria con el fin de proteger los derechos de la persona a los que se le deben cuidar con un trato humanizado, digno y eficiente. (65)

Autonomía

Es la capacidad de las personas para hacer elecciones y tomar decisiones autónomas, siendo definida como “capacidad para pensar, decidir y actuar basándose en razonamientos y decisiones que se tomen de manera libre e independiente, sin influencias o impedimentos”. La autonomía es el derecho a participar en la toma de decisiones al enfermero, siendo este la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. (66)

Beneficencia

Este principio tiene su origen en la tradición médica y en el criterio del bien enfermero, siendo este el acto ético debe ser benéfico tanto para el enfermero como la persona, donde se debe brindar una adecuada y benéfica ejecución del acto de ahí que un acto sea éticamente más adecuado, está contando con la obligación moral que tiene todo ser humano de hacer bien a los otros. (65)

No maleficencia

El principio de no maleficencia, sinónimo del “No dañar”, otro elemento del par dialéctico beneficencia y no maleficencia. En cualquier de los casos, se reconoce como una obligación de hacer el bien y no el mal. Este se basa en el principio Hipocrático “Primum non nocere”, es decir, ante todo, no hacer daño a la persona. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la persona en la práctica de enfermería evitando el daño, consistiendo siempre en conservar la integridad del ser humano. (66)

Justicia

Este principio consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando discriminación en el acceso de recursos de salud, donde se entra en el campo de la filosofía social y política; donde se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes, siendo su inicial norma moral dar lo que se necesita. (65)

Decálogo del código de ética de enfermería México

Los códigos de ética tienen un papel muy importante, teniendo en cuenta que cada vez se ha deshumanizado las relaciones entre las personas, donde los principios de esta deben ser claros e importantes para una adecuada práctica diaria en enfermería, la cual

exige compromiso y disciplina, existiendo normas éticas para el correcto desempeño de la profesión. (66)

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

- I. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
 - II. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
 - III. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
 - IV. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
 - V. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
 - VI. 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.
 - VII. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
 - VIII. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
 - IX. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
 - X. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
- (67)

Carta de derechos generales de la enfermería

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.

Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.

2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.

Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.

3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.

Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.

4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

5. Recibir trato digno por parte de la persona y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte de la persona y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico.

6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.

Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo con la normativa de la institución donde laboran.

7. Tener acceso a las actividades de gestión docencia e investigación de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.

Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.

9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.

Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo con sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.

10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados. (70)

Carta de derechos de los pacientes

1. Recibir atención médica adecuada

La persona tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso

La persona tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

La persona, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud de la persona y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención

La persona, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en las personas terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

La persona, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales la persona decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad

La persona tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

La persona tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la persona tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico

La persona tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un

expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

La persona tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. (71)

Consentimiento Informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y la persona, que se consolida en un documento.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada a la persona debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, a la persona que tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. (72)

Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención Enfermería

4.1 Presentación Caso

La persona mayor Cristina N edad 80 años, nacionalidad mexicana, sexo femenino, estado civil casada , nivel socioeconómico alto , cuenta con un grado académico a nivel maestría como psicoterapeuta, residente de la CDMX, Alcaldía Xochimilco, refiere percepción de salud regular, ingresa a el INCMSZ 27 de septiembre del 2021, con un diagnóstico médico Adenocarcinoma colorrectal ECIIB / T3N1M0 + PO. Resección Ant. Ultra Baja + HAS.

Antecedentes Heredofamiliares

- Madre: Finada a los 68 años por adenoma inespecífico. Antecedente de HTA.
- Padre: Finado a los 85 años por IAM. Referido como previamente sano.
- Abuelos Maternos: Finados por causa desconocida. Referido sano.
- Abuelo Paterno: Finado por patología pulmonar no especificada y edad desconocida. Antecedentes de DM.
- Hermanos (3 M y 2 F): Hermana Mayor finada por IAM, antecedentes de dislipidemia, DM e HTA.
- Hijos: Niega antecedentes de enfermedad.

Antecedentes Patológicos

Tabla 4. Antecedentes y tratamiento basal

Patología	Tratamiento
Hipertensión Arterial (2015)	Telmisartán 40 mg
Dislipidemia (2010)	Atorvastatina 40 mg
Reflujo Gastroesofágico s/a Hernia Hiatal (2000)	Lanzoprazol 30 mg
Adenocarcinoma CCR EC IIIB (T3/N1/M0) (marzo 2021)	CAPOX (6) / XELOX (12) / Radioterapia
Dolor Neuropático (2021)	Pregabalina 10 mg / Venlafaxina 75 mg

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

Cronología de la enfermedad



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

Se ingresa a INCMNSZ el 27/09/2021 diagnóstico adenocarcinoma colorrectal ECIIB (T3N1M0) a la persona por que se decide realizar una cirugía LAPE + Resección anterior ultra baja + coloanoanastomosis mecánica + ileostomía de protección.

4.2 Valoración por Necesidades en el modelo Virginia Henderson

La persona mayor Cristina en la valoración (Figura 7.) se aplicó el modelo conceptual de Virginia Henderson y Valoración Geriátrica Integral (ANEXO 13), donde se detectaron en las catorce necesidades algunas alteradas, las cuales se desarrollan describiendo el nivel basal en primera instancia referida en un primer párrafo por Cristina, y en el subsecuente la comparativa de su estado durante su estancia posoperatoria.



Figura 7. Cronología de valoraciones

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

Necesidad 1. Respira con normalidad.

La persona mayor Cristina declaró antecedentes de tabaquismo y presencia de tos, refiere no tener dificultad respiratoria previo a su ingreso.

Se valoró constantes vitales: T/A: 140/70 mmHg PAM: 93 mmHg FR: 20 x' FC:96x' SpO2: 91%, medio ambiente 88%, oxígeno suplementario, puntas nasales a 3 LT x min. Cristina actualmente presenta respiración eupneica, reflejo tusígeno disminuido, tos productiva, presencia estertores, murmullo vesicular presente, movimientos torácicos amplexación y amplexión normales, coloración de tegumentos con palidez, miembros torácicos y pélvicos bilaterales sin compromiso aparente.

Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente.

Previo a su ingreso la persona contaba con un IMC: 25.5, refiere realizaba tres comidas al día con una ingesta del 80%; esporádicamente se auto prescribía suplementos alimenticios, pero no recuerda el nombre. Era dependiente en la preparación de sus alimentos por una trabajadora del hogar, dieta baja en sodio integrando todos los grupos de alimentos. Su ingesta de líquidos era de 1 LT aproximadamente en 24 horas.

Actualmente, tiene una ingesta de alimentos del 40%; realiza 2 comidas al día (desayuno y comida), su ingesta de agua es de 250 ml, más 450 ml integrados en la dieta, lo cual

da un total de 700 ml en 24 horas. Presenta edentulia parcial corregida, mucosas orales hidratadas, refiere hiporexia y náusea, así como incremento de los síntomas de ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) como esofagitis, odinofagia y pirosis. La escala nutricional Mini Nutritional Assessment (de 23.5/30, nos sugiere riesgo de desnutrición.

Necesidad 3. Eliminación.

Basalmente la persona refiere perdida involuntaria de orina con una sensación de urgencia y en cuanto a la eliminación intestinal refiere irregularidad en las deposiciones.

En la exploración física se encuentra abdomen blando, depresible con ileostomía colocada hace 72 horas sin datos de fuga, un gasto de 500 ml en 24 horas; con características pastosas y semilíquidas, se muestra renuente a recibir educación para la salud en relación con el cuidado de la misma, drenaje Jackson-Pratt con gasto ceromático, refiere incontinencia urinaria de urgencia, cateterismo vesical (1:27/09/2021), GU 0.4 ml/kg. (APÉNDICE 1)

Necesidad 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Se valoraron escalas de actividades básicas e instrumentadas de su estado basal; la escala KATZ resulto en 4/6, donde refirió dependencia en continencia y preparación de alimentos. La escala actividades instrumentadas LAWTON & BRODY 3/8 refirió dependencia en preparación de alimentos, lavado de ropa y compras. La escala Karnofsky resulto en un 60% donde se recomienda requerir de asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades. En la prueba de Rosow-Breslaw de funcionalidad, se obtuvo un resultado (2/3) con movilidad moderadamente adecuada, en el Índice Nagi con resultado (2/5) sin algún índice de discapacidad aparente.

Actualmente se encuentra en reposo absoluto. Presenta KATZ 1/6 con dependencia en baño, vestido, sanitario, movilidad y continencia, Escala Karnofsky resulto en 50% en donde se recomienda la necesidad de ayuda importante y asistencia médica frecuente. Muestra una disminución de la fuerza muscular y adinamia. En la valoración de la Escala Daniels arrojo disminución de la fuerza en miembros superiores 3/3 e inferiores 2/2, y

perdida de fuerza generalizada de 3/5 con incapacidad para la bipedestación, realiza cambios posturales en cama con asistencia y requiere de apoyo en trasferencias de cama a reposet.

Necesidad 5. Dormir y descansar.

En estado basal la persona refiere insomnio, suele dormir 7 horas fraccionadas en 2 periodos de 3 y 4 h con un intervalo de 45 minutos entre ambos, refiere cansancio diurno y que realiza 3 siestas de 30 minutos durante el día.

La persona durante su estancia hospitalaria refiere no poder descansar adecuadamente, ya que duerme en periodos fraccionados con una duración de 1 a 2 h debido a los procedimientos realizados durante la noche.

Necesidad 6. Vestirse y desvestirse.

Anterior a su ingreso utilizaba vestimenta formal, adecuada al clima y estación del año, así como de calzado; cambio de vestimenta diaria. Para ella el vestido representa protección del exterior y parte de la autoestima.

Actualmente, uso de ropa hospitalaria y presenta dificultad para vestirse de manera independiente, lo cual requiere asistencia de parte de enfermería para realizarlo.

Necesidad 7. Termorregulación.

Indica ser sensible a cambios de temperatura, por lo cual prefiere climas cálidos.

Actualmente, tiene una temperatura de 36.5 °C, describe el ambiente hospitalario templado, uso de dos batas hospitalarias y dos cobertores.

Necesidad 8. Mantener buena higiene corporal.

Basalmente refiere realizaba baño en regadera de manera independiente diariamente y sin presencia de alguna alteración de la piel. Realizaba higiene bucal tres veces al día.

Actualmente, a la valoración se encuentran tegumentos con adecuada coloración e hidratación. Se realiza diario baño en cama, correcta técnica de lavado de manos, buena higiene dental 2 veces al día, con enjuagues de clorhexidina.

Se valora herida quirúrgica en cuadrante inferior izquierdo de aprox. 15 cm cubierta, limpia y sin datos de infección aparente. Ileostomía en cuadrante inferior izquierdo, zona periestomal íntegra y con adecuada coloración, dos drenajes Jackson-pratt los cuales se exteriorizan por contra aberturas en flanco izquierdo, sitio de inserción cubierto y sin datos de infección. Se valora escala Braden de 16 puntos, que indican riesgo alto de lesión por presión.

Necesidad 9. Evitar Peligros en el entorno.

La persona refiere múltiples caídas en los últimos 6 meses, sin complicaciones o pérdida del conocimiento debido a la presencia de vértigo. Niega tener alguna adicción o toxicomanía. Cuenta con su esquema completo de vacunación y dos dosis de vacuna contra COVID-19 (Pfizer).

Desde antes de su ingreso se detectó presencia de presbiacusia predominando en lado izquierdo, sin uso de auxiliares auditivos. Así mismo, muestra presbicia corregida con uso de lentes, como antecedente hace referencia de catarata en ojo izquierdo, corregido.

Se realiza valoración posoperatoria de dolor con escala EVA 6/10, obteniendo como resultado dolor moderado; se administra tratamiento farmacológico analgésico.

(APÉNDICE 2). Se detecta alto riesgo de caídas presentando un valor en la escala Crichton 7/10. Así mismo en la escala CAM donde cumple con los criterios 1 (inicio agudo) y 2 (inatención)+ 3 (pensamiento desorganizado).

Síndromes Geriátricos identificados:

- Delirium
- Síndrome Deslizamiento
- Dolor
- Malnutrición1
- Trastorno Adaptativo (previo al ingreso)
- Incontinencia Urinaria
- Trastorno del Sueño
- Síndrome de Caídas

Necesidad 10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores u opiniones.

La persona hace referencia que su cuidador primario es su esposo con quien lleva 58 años de casados, así mismo cuenta con una buena relación con sus hijos y nietos, los cuales los visitan dos veces a la semana, mostrando una buena red de apoyo (APÉNDICE 3). Al ser diagnosticada expone haber dejado de disfrutar sus actividades laborales y sociales, debido a los efectos adversos de su tratamiento oncológico.

Actualmente, en la valoración de la escala de Yesavage obtuvo una puntuación 4/15, lo cual sugiere buen estado de ánimo. Sin embargo, el resultado pudo haber sido sesgado debido a su profesión de psicoanalista al conocer las pruebas, ya que muestra sentimientos de incertidumbre y apatía con relación a la periodicidad de la ileostomía, desconoce si es candidata a una reconexión. Por lo cual muestra oposición, renuencia y negación a los cuidados especializados de enfermería, presentando un deterioro importante en su estado general, al igual que expresa sentimientos de abandono ya que indica que necesitar la compañía de su esposo.

Necesidad 11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Refiere no profesar ninguna religión, ella se considera autónoma, los valores importantes en su vida son la honestidad, libertad y solidaridad. Para ella la espiritualidad es importante, ya que para ella significa vida interior.

Necesidad 12. Aprendizaje.

Basalmente se siente satisfecha con su nivel de estudios, anteriormente le gustaba aprender cosas nuevas, así como leer en sus tiempos libres.

Actualmente, no disfruta de nuevos aprendizajes puesto que refiere la indisponibilidad de la enfermedad y su tratamiento. En la valoración de la escala de Mini-Mental State Examination obtuvo 25 puntos, lo cual refiere el no tener presencia de deterioro cognitivo.

Necesidad 13. Trabajar para sentirse realizado.

Hasta antes de recibir su diagnóstico era psicoterapeuta privada con nivel estudios de maestría y especialidad en psicoanálisis.

Actualmente, no ejerce su trabajo como psicoterapeuta puesto que no cuenta con una adecuada estabilidad física y emocional para laborar; considera que ha realizado su proyecto de vida.

Necesidad 14. Participar en actividades recreativas.

En los fines de semana, en sus pasatiempos habituales realizaba Yoga, Artes plásticas y lecturas de su interés.

En su estancia hospitalaria, pasa el tiempo llamando a sus familiares.

4.3 Jerarquización

Tabla 5. Jerarquización de necesidades

Necesidad Afectada	Nivel Dependencia
9. Evitar Peligros	1
10. Comunicarse con los demás emociones, necesidades, temores u opiniones	2
2. Comer y beber adecuadamente	3
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	4
3. Eliminación	5
1. Respirar Normalmente	6
5. Dormir y descansar.	7
8. Mantener una buena higiene corporal	8
11. Actuar con arreglo a la propia fe	9
12. Aprendizaje.	10
14. Participar en actividades recreativas	11
13. Trabajar para sentirse realizado.	12
Necesidad 6. Vestirse y desvestirse	13
Necesidad 7. Termorregulación.	14

Elaborado: L.E. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023.

4.4 Plan de Cuidados General

Diagnóstico de Enfermería		
Interrelación de Necesidades 9. Evitar Peligros / 5. Dormir y Descansar		Esfera afectada Clínica / Cognitivo - Emocional
Enfermería Sustituta		Actividades Interdependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Síndrome confusional agudo (mixto)	Dolor, Polifarmacia.	Cumple criterios CAM, trastorno del ciclo sueño-vigilia (cansancio diurno).

Objetivos	⇒ La persona reducirá la sintomatología de delirium en un periodo de 24 horas.
------------------	--

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1-. Se valora el estado cognitivo a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de la escala de CAM • La detección de los factores precipitantes y los factores predisponentes del delirium, así como la reevaluación medicamentos de base y de uso actual que lo estén precipitando. <p>2-. Se valora el estado de dolor su localización, sus características, aparición, duración y frecuencia. Así como la aplicación de la escala ENA de dolor, donde de igual manera se determinan los factores que alivian o aumentan el mismo.</p> <p>3-. Se valorar el ciclo de sueño – vigilia, como el patrón de sueño si este es corto o largo y su cronotipo si es matutino o vespertino. El estado de ánimo durante el día, el nivel de activación diurna, las características del ambiente luminosidad, ruido y temperatura ambiental.</p> <p>4.- Se implementan estrategias de múltiples componentes como son:</p> <p><i>Clínicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se valora la colocación o retiro de sondas y catéteres innecesarios como son: catéter epidural, sondaje vesical, drenaje de Jackson Pratt. • Se realiza vinculación con el médico a cargo de la persona para identificar datos que sugieran procesos infecciosos. 	<p>⇒ Los profesionales de salud deben ser capaces para realizar una evaluación y diagnóstico a las personas mayores, que estén en riesgo de presentar delirium con un enfoque integral. Ante la presencia de una persona con delirium se debe buscar intencionadamente los factores predisponentes y precipitantes de delirium, así como los fármacos que potencialmente pueden causar delirium. (76)</p> <p>⇒ Es importante tomar en cuenta los componentes de la valoración clínica como es la anamnesis y la exploración física siendo estas las piedras angulares para establecer un diagnóstico de dolor que nos permita dar un enfoque terapéutico adecuado. (77)</p> <p>⇒ Las técnicas subjetivas de evaluación deben ser empleadas para una correcta valoración de la calidad y los hábitos de sueño, lo cual nos permite obtener datos que sirven como punto de partida para enfocar esta e interpretar los resultados de la misma. (78)</p> <p>El objetivo del tratamiento no farmacológico del delirium es proporcionar un entorno optimizado y seguro, tratar las causas reversibles, controlar los síntomas tomando en cuenta estrategias clínicas, conductuales y ambientales. (76)</p> <p>⇒ El abordaje inicial en el insomnio en la persona mayor deberá incluir al menos uno de los siguientes</p>

- Se monitorizan efectos secundarios y efectos adversos del tratamiento farmacológico con la finalidad de prevenir cascada de la prescripción.
- Se llevo a cabo la valoración de manera periódica del dolor y se implementa estrategias no farmacológicas como, por ejemplo:
 - Respiración guiada
 - Movilización articular
 - Eliminación factores que precipiten y aumenta , la experiencia del dolor.
 - Aplicación de Intervenciones psicológicas de la percepción del dolor
- Se implementan estrategias de prevención de deshidratación y evaluación del estado nutricional (consultar Necesidad 2.)
- Se valora alteraciones sensoriales, se solicita sus lentes de lectura.
- Se realiza una valoración emocional y cognitiva para comprobar si existe demencia o depresión.

Conductuales

- Se proporciona medidas de reorientación a la persona de forma continua en tiempo recordándole la fecha del día y se solicita reloj para que tenga en cuenta la hora, así como el lugar donde se encuentra y el motivo.
- Se realizan actividades estimulantes cognitivas con el método de reminiscencia.
- Se gestiona permitir visitas de familiares, tomando en cuenta los protocolos de la institución, así como se implementan técnicas verbales y no verbales para tranquilizar.
- Se estimula la movilización dentro de cama con cambios posturales cada dos horas.

Ambientales

- Se provee de patrones adecuados e higiene del sueño, como es iluminación adecuada, al reducir el ruido al mínimo para proporcionar un ambiente tranquilo, especialmente durante la noche, tomando en cuenta los horarios de medicamentos para evitar que interrumpan el sueño.
- Se le permite siestas periódicas (2 máximo) de 15 min, estableciendo horario fijo para levantarse y dormirse, se implementan terapias de relajación y meditación antes de dormir.

5.- Se administra medicación para el dolor tomando en cuenta los efectos secundarios como nauseas, mareo y somnolencia, así como la Escala Analgésica:

tratamientos no farmacológicos: higiene del sueño, terapia cognitiva, control de estímulos, restricción del sueño, entrenamiento en relajación, terapia de luz y diarios de sueño, siendo medidas subjetivas pero eficaces para mejorar la calidad del sueño. (79)

La base del tratamiento del dolor radica en tratar de equilibrar la balanza. Bloquear los neurotransmisores y vías excitatorios (Glutamato, substancia P, CGRP, péptidos gliales, canales de calcio) y/o potenciar las vías inhibitorias del dolor (Serotonina, noradrenalina, GABA, glicina, opioides, endocannabinoides). (80)

⇒ El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y coadyuvantes analgésicos según la escala analgésica de la OMS con dicha escala se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos.

Los coadyuvantes aumentan la eficacia analgésica, se utilizan en el manejo de síntomas concurrentes que exacerbaban el dolor y para tipos específicos de dolor como el neuropático. Se indican en cualquier escalón si el tipo de dolor lo precisa. (81)

⇒ Los criterios STOPP-START han demostrado ser una buena herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención. (82)

<ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos no opioides - Analgésicos opioides - Analgésicos Coadyuvantes: Antidepresivos , antiepilépticos. • Se tomaron en cuenta los criterios STOP-STAR en la administración de analgésicos como: <ol style="list-style-type: none"> 1. El uso a largo plazo de opiáceos potentes (Morfina), como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado. 2. Evaluar los opiáceos regularles durante más de dos semanas. 	
--	--

<p>Evaluación</p>	<p>Al implementar estrategias cognitivas se logró la reducción de la sintomatología de delirium en el periodo establecido, se revaloró la escala CAM y no se cumplió con criterios. Esto gracias a la aplicación de las intervenciones de los múltiples componentes y retiro de dispositivos invasivos.</p>
--------------------------	---

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 10. Comunicarse con los demás emociones, necesidades, temores u opiniones.		Esfera afectada Cognitiva-Emocional
Enfermería Ayudante		Actividades Interdependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Negación Ineficaz	Síndrome Deslizamiento	Rechazo del cuidado, ruptura con el autocuidado y sentimientos de incertidumbre y apatía

Objetivos	⇒ La persona disminuirá sintomatología asociada al síndrome de deslizamiento en un periodo de 7 días. (negación del cuidado, incertidumbre, apatía...).
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1-. Se realiza la valoración estado de ánimo, a través de la escala Yesavage y tomando en cuenta las emociones que predispongan a pensamientos negativos, por medio del método de introspección y expresión.</p> <p>2-. Se gestiona probable vinculación con psicología para proponer estrategias en la gestión de sus emociones.</p> <p>3-. Se aplica los componentes del bienestar psicológico tomando en cuenta la autoaceptación tratando de implementar estrategias de actitud positiva y reconocimiento de los aspectos negativos. El fomentar a la autonomía con estrategias que mantengan la independencia y el control en la regulación de su propia conducta con el control ambiental, creando un entorno que se ajuste a las expectativas o necesidades que tenga la persona.</p> <p>4-. Se explora las habilidades del crecimiento personal, para el cumplimiento de metas, a través de una relación positiva con otros, resaltando la importancia de la calidez y confianza, tomando en cuenta su propósito de vida, basando un objetivo.</p> <p>5-. Se aplica medidas terapéuticas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness en la aplicación de intervenciones de conciencia plena y atención, a través de la meditación. • Musicoterapia la nos ayuda a poder garantizar la salud física mental de la persona. • Aromaterapia donde el empleo de fragancias y esencias de plantas ayudaran a mantener un estado de relajación. 	<p>⇒ En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico. (83)</p> <p>⇒ El bienestar psicológico implica más que sentirse feliz y satisfecho con la vida, involucra cambios de perspectivas y cambios en el comportamiento que una persona incluye en su vida y así logra sentirse bien y sentirse plena. Este pretende un perfeccionamiento de las propias habilidades y consecución de la realización personal, tomando como referencia el plano afectivo de la satisfacción emocional que se obtiene mediante el autoconocimiento y conductas encaminadas hacia el logro de aspiraciones personales. (84)</p> <p>⇒ El practicante del mindfulness trabaja activamente con los estados de la mente para permanecer pacíficamente con todo lo que ocurre. A través del mindfulness, desarrollamos "atajos" para manejar la mente. Eso nos ayuda a reconocer cuando necesitamos también cultivar otras cualidades mentales, como el estado de alerta, la concentración, el amor incondicional y el esfuerzo, para aliviar el sufrimiento. (85)</p> <p>⇒ La musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y la garantía de la salud tanto física como</p>

<p>6-. Se emplea métodos biológicos y psicológicos para mejorar su relación con el autocuidado como son :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planifica la atención personalizada, examinado sus actividades básicas como es su alimentación, sus medidas de higiene del sueño y sus capacidades funcionales. • El manejo de la comunicación efectiva y la motivación, utilizando un adecuado tono para crear confianza, así como el lenguaje verbal y no verbal de empatía lo cual favorecerá la comunicación entre enfermera – persona mejorando la interacción. • Así bien se brinda apoyo emocional, donde se proponen mejoras en las competencias emocionales, como la habilidad para afrontar el estado emocional y hacer conciencia de este, de igual manera se brindó soporte emocional a través de herramientas de negociación para la apertura del cuidado, como afirmaciones positivas y realistas de su estado de salud. • Se estable metas para mejorar su estado de salud que ayuden a la mejora de su estado de ánimo, asíéndolo participe en su autocuidado. <p>7-. Se realiza propuesta de interconsulta con psiquiatría para la implementación de un diagnóstico oportuno y trabajo en conjunto para la implementación de intervenciones.</p> <p>8-. Se interconsulta con Trabajo Social para la gestión de aditamentos que mejoren la estancia hospitalaria, así como la posibilidad de ingreso de familiares tomando en consideración los protocolos COVID de la institución.</p>	<p>mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad. (86)</p> <p>⇒ Los aromas provocan reacciones físicas, pero también afecta al sistema nervioso provocando respuestas emocionales en el ser humano.</p> <p>Los aromas estimulan los centros emocionales del cerebro, en donde se almacenan memorias independientemente de otras partes del cerebro y es allí donde la aromaterapia puede tener el papel importante a nivel neurológico, estimulando conexiones neuronales. (87)</p> <p>⇒ El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.(88)</p> <p>⇒ Para lograr un autocuidado las personas se deben desarrollar capacidad de autosuficiencia, empoderamiento, autonomía, responsabilidad y p anticipación. (89)</p>
---	--

<p>Evaluación</p>	<p>La intensidad de las manifestaciones asociadas al síndrome disminuyó limitadamente ya que aún se presenta un rechazo a ciertas intervenciones. Se propone usar la negociación para ciertos cuidados básicos, más sin en cambio ella refiere que no necesita ninguna de esas intervenciones, siente que no tiene caso.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 2.Comer y beber adecuadamente		Esfera afectada Clínica
Enfermería Ayudante		Actividades Interdependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Ingesta de nutrientes insuficiente	Dificultad al tragar, esofagitis.	Ingesta alimentos del 40%, 700 ml líquidos en 24 H. MNA de 23.5/30.

Objetivos	⇒ La persona incrementara la ingesta de un 40 a 60 % en un periodo de 48 horas.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se valora el estado nutricional con la escala MNA, seguidamente de los hábitos alimenticios tomando en cuenta el registro de estos como la cantidad, calidad, preferencias y aversiones, alergias o intolerancia y si existe el consumo de suplementos alimentarios.</p> <p>2.- Se evalúa el estado cavidad bucal como la movilidad y tono de la musculatura orofacial, praxias buco linguales y reflejos de protección.</p> <p>3.- Se valora el estado de la deglución mediante de la anamnesis tomando en cuenta los antecedentes clínicos (intubación, tos, disfagia, desaturación, EVC); signos y síntomas de posible trastorno deglutorio como desaturación al tragar, odinofagia, dificultad masticación, arcadas, tos o disfonías y por medio de la observación valorar los reflejos de protección como lo es el reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, disfagia a solidos o líquidos, expectoración al comer, restos de comida en la cavidad oral al terminar de comer.</p> <p>4.- Se realiza vinculación con Nutriología donde se propone un plan alimenticio según las costumbres y necesidades de la persona con relación a sus comorbilidades, así como el adecuado cálculo de los requerimientos nutricionales y se plantea la posibilidad del ingreso de alimentos externos.</p> <p>5.- Se plantea evaluara el estado deglución a través de las pruebas de Volumen – Viscosidad de alimentos y si es necesario la aplicación de estudios complementarios como Videofluoscopia / Videoendoscopia diagnóstica.</p>	<p>⇒ La valoración nutricional completa u objetiva, es una aproximación exhaustiva a la situación nutricional de una persona mediante el uso de la historia clínica, historia dietética, el examen físico, las medidas antropométricas, la composición corporal, hábitos y cálculo de los requerimientos alimenticios. (90)</p> <p>⇒ Dentro de la evaluación geriátrica integral se debe realizar una revisión de la cavidad bucal de manera sistematizada que incluyan los distintos componentes de la cavidad bucal iniciando por los labios y comisuras, mejillas, carrillos, dientes, encías, lengua, paladar y la orofaringe, esto asegura que se identifique las lesiones de una manera temprana. (91)</p> <p>⇒ La evaluación de la deglución, como cualquier otra patología, es un proceso que empieza en la anamnesis; clave para la morbimortalidad de la persona y que, por lo tanto, debe ser completo, exhaustivo e integral. (92)</p> <p>⇒ La importancia de la detección precoz tanto de la disfagia como del trastorno deglutorio radica en que es un indicio que habilitará a un diagnóstico temprano y un tratamiento multidisciplinario rehabilitador, capaz de reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de la persona. El diagnóstico de las patologías de la deglución se realiza a través de una evaluación clínica y una evaluación instrumental de cada persona. (93)</p> <p>⇒ La valoración nutricional debe completarse con el cálculo de los requerimientos calórico-proteicos. El cálculo</p>

<p>6.- Se aplicarán medidas antirreflujo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masticar adecuadamente los alimentos, evitar comer apresuradamente. • Proporcionar dieta en porciones fraccionadas en quintos • Evitar acostarse después de comer y mantener cabecera a 30° • Evitar alimentos irritantes <p>7.- Se administra fármacos para disminuir los síntomas de reflujo como son los antiácidos, procinéticos e inhibidores H2.</p> <p>8.- Se aplican medidas de prevención de broncoaspiración como son los cambios posturales al comer tomando una postura sedente y favoreciendo la flexión del cuello, así como los cambios de volumen - viscosidad de la dieta según sus necesidades.</p> <p>9.- Se evalúa la higiene oral como es el cepillado dental después de cada comida y el uso de enjuagues clorhexidina e hilo dental.</p> <p>8.- Se implementa estrategias para incrementar la ingesta de líquidos / alimentos, estableciendo horarios tomando en cuenta las preferencias alimentarias, la consistencia y temperatura junto a la elección de alimentos y la disponibilidad de estos; la convivencia a la hora de ingerir alimentos es una estrategia eficaz.</p>	<p>calórico se puede realizar con las fórmulas que incluyen la edad como parámetro.</p> <p>⇒ Los estudios complementarios que comparan la evaluación de la deglución mediante videoendoscopia y video deglución revelan que los dos son igualmente sensibles para identificar aspiración. (94)</p> <p>⇒ El objetivo de la disminución de signos y síntomas en la ERGE depende de sus manifestaciones clínicas y/o morfológicas: conseguir la remisión de los síntomas y la curación de las lesiones, evitar las recidivas, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida. (95)</p> <p>⇒ El implementar estrategias para disminuir el riesgo de aspiración durante la alimentación oral, adaptando la dieta y líquidos con relación a los hábitos alimentarios y nutricionales, edad, sexo y actividad física; adaptando la textura de los alimentos sólidos y líquidos con el fin de conseguir un aumento en la eficacia y la seguridad de la deglución. (96,97)</p> <p>⇒ El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en su requerimiento de peso ideal para asegurar cubrir el aporte de micronutrientes, acompañado de incremento en la actividad física.</p> <p>En los adultos mayores se debe promover la reeducación y modificación de sus hábitos alimenticios y estilo de vida para lograr un mejor estado de nutrición y por lo tanto mejorar su calidad de vida</p> <p>⇒ Una adecuada hidratación es necesaria para facilitar el transporte de nutrientes, eliminar los subproductos y mantener la estabilidad cardiovascular. Siendo las recomendaciones de agua 30 a 35 ml por kg de peso corporal , con un mínimo de 1500 ml/ día. (98)</p>
--	---

<p>Evaluación</p>	<p>Se logro aumentar la ingesta de alimentos a un 60%, así como la disminución de síntomas que dificultan trague los alimentos, gracias a las intervenciones implementadas, más sin en cambio se pretende mejorar la calidad de la alimentación.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad		Esfera afectada
4. Moverse y mantener posturas adecuadas		Funcional
Enfermería		Actividades
Suplente		Interdependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Disminución de la tolerancia a la actividad	Desacondicionamiento físico (Neoplasia)	Katz 1/6, Lawton 3/6, Karnofsky 50% , Daniels MI 4/4 MS 3/3, perdida fuerza generalizada 3/5, Crichton 7/10, adinamia.

Objetivos	⇒ La persona aumentara su funcionalidad e independencia en sus actividades básicas diarias en un periodo de 4 días.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se realiza valoración funcional tomando en cuenta el Índice de Katz, Escala Lawton Brody y la escala Daniels.</p> <p>2.- Se evalúa escalas para tomar medidas preventivas como: Riesgo de Caídas: Escala Crichton / Riesgo de LPP: Escala de Braden.</p> <p>3.- Se valora signos vitales antes de la realización de alguna actividad que implique esfuerzo.</p> <p>4.- Se implementan actividades estructuradas que favorezcan el movimiento como lo es la estimulación de la actividad y el movimiento. Fomentando la independencia ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y AIVD (Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria) al promover una movilidad funcional en cama en el manejo postural en la realización de ABVD, determinando el grado de movimiento al adoptar ciertas posturas, así como la manipulación de objetos pequeños y trasferencias.</p> <p>5.- Se realiza modificación del ambiente para proporcionar un fácil y adecuado acceso a sus artículos personales.</p> <p>6.- Se proponen ejercicios Kinestésicos que mejoren la fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia. (ANEXO 17.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de fuerza <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios Isométricos • Entrenamiento de equilibrio <ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio estático y dinámico • Entrenamiento de flexibilidad y resistencia <ul style="list-style-type: none"> - Movilidad articular y control muscular, con movilizaciones activas. 	<p>⇒ La evaluación funcional, es considerada una de las estrategias de la geriatría, destinada a los cuidados de salud de las personas geriátricas con distintas comorbilidades que con su evolución generan deterioro progresivo a la funcionalidad, comprometiendo la autovalencia y autonomía, favoreciendo la dependencia. Los indicadores de la evaluación funcional colaboran a identificar riesgos usando instrumentos de evaluación que nos permitirán detectar dependencia en ciertas activades. (99)</p> <p>⇒ En una persona con un deterioro de movilidad es necesario que se evalúen los factores de riesgo para el desarrollo de caídas y de posibles lesiones por presión como un prerrequisito para la detección temprana.</p> <p>⇒ Las consecuencias fisiológicas del reposo en cama son globales y después de dos días disminuye el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, los volúmenes pulmonares, la capacidad de concentración de la orina, la motilidad intestinal y aumentan el catabolismo proteico así como la perdida de calcio y nitrógeno. (100)</p> <p>⇒ La inactividad y el reposo prolongado en cama, que constituyen una consecuencia común de las enfermedades , contribuyen a la debilidad muscular, a la perdida de flexibilidad, el desacondicionamiento físico y a la alteración del control postural, lo que se traduce en una disminución o perdida de funciones básicas.</p> <p>⇒ La kinesiólogía geriátrica permite prevenir, tratar y rehabilitar diferentes patologías. A su vez , se constituyen como</p>

<p>7.- Se realiza vinculación con fisioterapeutas para implementar una rutina de ejercicios de manera distribuida en miembros torácicos y pélvicos, se sugiere realizar ejercicios respiratorios con inspiraciones profundas y espiración frenada, acompañadas de los miembros superiores. Técnicas del soplido y tos controlada ayuda a un mejor control del movimiento.</p> <p>8.- Se propone terapias ocupacionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades terapéuticas de mantención o activación de las habilidades psicomotoras y cognitivas (reminiscencia, gimnasia cerebral, lecturas o manualidades). • Actividades de reducación funcional de extremidades superiores (sensopercepción, coordinación y control postural, destreza perceptivas y motoras). • Actividades de estructura y funcionamiento de ciertas posturas corporales 	<p>promotora del envejecimiento activo a través de la actividad física, con el fin de evitar el sedentarismo, los trastornos de movilidad y problemas secundarios.</p> <p>Los ejercicios isométricos son aquellos en los que el músculo o la extremidad no se mueven mientras se ejercita. De tal manera que hay una contracción del músculo implicado sin movimiento evidente de la articulación. (101)</p> <p>La terapia ocupacional tiene como meta de intervención conseguir la máxima independencia posible para la realización de sus actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal y mejor calidad de vida. (99)</p> <p>⇒ En un estudio valoraron las intervenciones de rehabilitación con ejercicios aeróbicos y de fuerza en el adulto mayor hospitalizado, en el cual llegaron a resultado que los efectos más predecibles del deterioro funcional por el desacondicionamiento son vistos en el sistema músculo esquelético incluyendo la disminución de masa muscular y la reducción de la fuerza que puede limitar seriamente la movilidad.</p> <p>Su estudio afirma que el 18.6% de las personas en una unidad de hospitalización, que se le aplicó terapia de ejercicios 3 veces por semana mejoró con significancia estadística ($p > 0.05$) la marcha y el equilibrio, así como mejoría en otros aspectos evaluados como es la velocidad de marcha, y mejoría en las funciones cognitivas ejecutivas disminuyendo de igual manera el riesgo a caídas. (102)</p>
---	--

<p>Evaluación</p>	<p>La persona aumento en medida su funcionalidad e independencia en sus actividades básicas diarias logrando el traslado de reposet y silla con asistencia, se revaloro KATZ obteniendo (3/6) (sanitario, movilidad y continencia), pero refiere sentirse cansada al realizar sus actividades, aumento de fuerza al fomentar la movilidad Daniels MI 3/5 y MS 4/5.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidades Respira normalmente		Esfera afectada Clínica
Enfermería Ayudante		Actividades Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Alteración del patrón respiratorio	Exceso de secreciones	Tos productiva, estertores, ruidos respiratorios crepitantes, SpO2 88% al medio ambiente.

Objetivos	⇒ Se pretenderá aumentar la saturación de oxígeno a 92% al medio ambiente de la persona en un periodo de 24 H.
------------------	--

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1-. Se realiza una valoración del estado respiratorio por medio de la exploración física a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La observación valorando la frecuencia respiratoria , la simetría y el diámetro anteroposterior del tórax, la espiración e inspiración , así como cualquier deformidad estructural. • La palpación se evaluará la simetría de la expansión pulmonar, como sensibilidad, masas, lesiones, cambios de temperatura o crepitaciones. • La auscultación de ruidos respiratorios. <p>2-. Se implementan medidas de higiene respiratoria, como cubrir boca y nariz al toser, lavarse las manos o uso de solución alcoholada después del contacto de secreciones, utilización de mascarilla.</p> <p>3-. Se realiza medidas de higiene bucodental como lavado de dientes después de cada comida, uso de enjuagues (clorhexidina).</p> <p>3.- Se administra oxígeno suplementario de sistema de bajo flujo cánula nasal, se monitorizarán los niveles de saturación de oxígeno con oximetría teniendo un control sobre la eficacia de oxigenoterapia.</p> <p>4-. Se implementa técnicas no farmacológicas de limpieza de vía aérea como:</p>	<p>⇒ Las enfermedades de base alteran el mecanismo de la tos, las características del moco, la función ciliar o los defectos estructurales de la vía aérea, contribuyen a tener una limpieza de la vía aérea inadecuada, precaria y deficiente.</p> <p>⇒ El uso de clorhexidina se usa en concentraciones variadas, es bacteriostático y bactericida. Actúa sobre el <i>Streptococcus mutans</i> (caries) y la <i>Candida albicans</i> (micosis). Es el agente anti-placa con mayor grado de sustantividad (tiempo de actuación).</p> <p>⇒ La oxigenoterapia es el uso terapéutico de oxígeno (O2) en concentraciones mayores del aire ambiental (21%), para prevenir y tratar la hipoxia, y asegurar las necesidades metabólicas del organismo.</p> <p>⇒ El uso de sistemas de bajo flujo como la cánula nasal, colocada en narinas , permite administrar una FiO2 por cada L/min un aumento de 2-4%. Se debe limitar el flujo a través del sistema a menos de 5 L/min, ya que flujos mayores secan la mucosa nasal, provoca irritaciones y no se consigue aumentar el FiO2. (103)</p> <p>⇒ El objetivo de la fisioterapia respiratoria en fase aguda de alguna enfermedad es evacuar el exudado inflamatorio en la persona con afectación en la vía aérea. Es un método aceptado para aumentar los volúmenes pulmonares, la limpieza de secreciones, en el cual menciona mejoras de la oxigenación , la entrada y salida de aire. (104)</p> <p>⇒ Los ejercicios respiratorios mejoran la ventilación , por la disminución del flujo de aire, estos ayudan a la disminución de la frecuencia respiratoria, con incrementó en el volumen corriente y disminución del espacio muerto , disminuyendo por consiguiente el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios Respiratorios, con respiración abdominal diafragmática y ejercicios de labios fruncidos. • Implementación de espirómetro incentivo y técnicas de fisioterapia torácica como percusión, drenaje postural o vibración. • Manejo de secreciones bronquiales, brindar una posición a 30° e hidratación oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ El espirómetro incentivo constituye el medio de estimular y monitorizar las inspiraciones profundas, el ejercicio mejorara la insuflación pulmonar, distribución de la ventilación y favorece la tos. ⇒ La fisioterapia mecánica como es el drenaje postural con el efecto de gravedad facilitara la eliminación de las secreciones, al colocar a la persona de modo que los segmentos pulmonares que sean de drenar se sitúan en parte más alta . ⇒ Los métodos para eliminar secreciones como la hidratación ayudaran a mantener una adecuada hidratación sistemática para mantener un adecuado movimiento ciliar y una adecuada eliminación de las secreciones. El posicionamiento de 30° evitará la compresión del diafragma por viseras abdominales, permitiendo su mejor desplazamiento , de manera que disminuirá el trabajo espiratorio. (105)
---	--

Evaluación	Se logró aumentar la saturación de oxígeno a 91% al medio ambiente en un periodo de 24 horas.
-------------------	---

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 3.Eliminación		Esfera afectada Clínica
Enfermería Ayudante		Actividades Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Ileostomía de alto gasto	

Objetivos	⇒ Evaluar que la gasto no sea mayor de 1000 ml en 24 H.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se valora la eliminación del estoma tomando en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El vaciado de bolsa de ileostomía cuando este 1/3 o ½ llena. • Valorar cantidad y color de gasto (heces). <p>2.- Se valora posibles complicaciones mecánicas, por ellos se valorará el estado de la piel en la zona periestomal, así como las características del estoma, altura (2 a 2.5 cm), color (rosado o rojo), mucosa (lisa, húmeda y brillante) y sensibilidad (mínima o nula).</p> <p>3.- Se realiza limpieza del estoma, lavándolo con agua tibia y tomando en cuenta la zona periestomal, la cual debe estar seca e íntegra.</p> <p>4.- Se realiza cuidados del sistema colector del estoma, realizando el cambio de bolsa cada 3 a 5 días, a menos que exista una filtración esta se deberá de cambiar inmediatamente, en el cambio se tomara en cuenta el diámetro del estoma.</p> <p>5.- Se toman consideraciones dietéticas específicas tomando en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dieta equilibrada ⇒ Reponer líquidos vía oral de acuerdo con el gasto del estoma. ⇒ Evitar alimentos que puedan ocluir el estoma durante un periodo de 6 a 8 semanas en el posoperatorio. ⇒ Evitar el consumo de dietas altas en grasas y fibra soluble para disminuir el gasto y manejar la absorción de nutrimentos, 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Habitualmente los estomas tienen un gasto que varía entre 500 -1000 ml diarios, en aquellos casos en los que se exceden de los 2000 ml en más de 48 horas son considerado de alto gasto, más sin en cambio otros estudios definen que la ostomía de alto gasto como mayores de 1000 ml - 1200 ml mantenidos durante 3 a 5 días. ⇒ Las complicaciones de las ostomías son muy frecuentes, en ciertos estudios se describe una tasa de frecuencia de 34 a 46%, aunque puede llegar hasta el 96% durante las primeras 3 semanas. ⇒ En los primeros días después de la colocación de la ostomía suele aumentar la cantidad de producción de gasto (heces), que disminuye rápidamente debido a la adaptación del intestino. Si esta adaptación falla durante mucho tiempo, las personas se enfrentan a graves pérdidas que pueden derivar en deshidratación crónica, desnutrición y pérdida de peso a largo plazo, evento conocido como ostomía de alto gasto, por ello la importancia del control de la eliminación de esta. (106) ⇒ La incidencia de las complicaciones con los estomas varían las principales complicaciones mecánicas que dependen demasiado de la construcción y la técnica quirúrgica, las más frecuentes que están descritas es el daño en la piel periestomal, infecciones o abscesos, prolapso, retracción o hundimiento, dehiscencia mucocutánea, necrosis o dermatitis por contacto. Así como problemas metabólicos, hidroelectrolíticos (deshidratación) y nutricionales (desnutrición) asociados a un gasto excesivamente alto por la ostomía. (107)

<p>6.- Se realiza vinculación con Clínica de Heridas y Estomas, la cual proporcionará las especificaciones a la persona de la información básica que debe saber, con respecto al manejo de su estoma, brindado habilidades para su autocuidado con respecto al manejo del sistema de colector y nutrición. Así como se facilitará apoyo psicológico para modificar y potenciar actitudes para que pueda adaptarse a la nueva situación. (ANEXO 15.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ En el manejo del sistema colector debe ser delicado durante la higiene o en el cambio de sistema colector, se debe tener una vigilancia estrecha y realizar una adecuada técnica aséptica. ⇒ El cambio de drenaje del sistema colector se realiza cuando se encuentre a un tercio de su capacidad, en el cambio de barrera cutánea depende del espesor, resistencia a la humedad, cantidad de efluente, características del mismo, altura del estoma y ángulo de drenaje. ⇒ Es importante que en el abordaje se tome en cuenta, la educación del adecuado manejo a este tipo de personas y este se debe realizar a través de un equipo multidisciplinario. (108) ⇒ Se deberá brindar apoyo emocional por lo cual se debe ofrecer asesoría basada en una atención individual y personalizada por lo que la enfermera debe implementar acciones dependientes e interdependientes para mejorar el estado emocional y de rehabilitación sociofamiliar.
---	---

<p>Evaluación</p>	<p>El estoma se encuentra integro color rosado, mucosa húmeda y brillante , con sistema colector sin datos de fuga, un gasto de 500 ml en 24 horas; con características pastosas y semilíquidas. Sin complicaciones aparentes.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad		Esfera afectada
8.Higiene corporal e integridad de la piel		Clínica
Enfermería		Actividades
Sustituta		Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Deterioro de la integridad cutánea	Herida Quirúrgica	Herida quirúrgica cubierta , limpia y sin datos de infección aparente. Ileostomía, zona periestomal integra y con adecuada coloración, dos drenajes Jackson-pratt sitio de inserción cubierto y sin datos de infección.

Objetivos	⇒ Identificar posibles complicaciones de los procedimientos invasivos (herida quirúrgica, estoma y drenajes) en las primeras 48 H.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se realiza revisión del estado de la piel para verificar la integridad de la herida quirúrgica examinando el estado general como color , tamaño, temperatura y olor, así como posibles datos de infección.</p> <p>2.- Se mantiene una adecuada técnica de asepsia en el cuidado de herida quirúrgica, está es susceptible a contaminación externa durante las primeras 24 a 48 horas. Durante este periodo, no se reemplazará el apósito de la herida, a menos que se haya manchado de sangre, mojado, supurado, etc.</p> <p>3.- Realiza una buena técnica de asepsia antes de manipular los drenajes quirúrgicos, inspeccionando el sitio de incisión si presenta eritema, dolor, edema, supuración, así como el registro de las características del gasto de los drenajes.</p> <p>4.- Valora posibles complicaciones de la herida quirúrgica como dehiscencia, necrosis, hematoma o datos de infección.</p> <p>5.-Se identifican los factores de riesgo para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico como son los :</p> <p>Factores Endógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas - Proceso de envejecimiento - Malnutrición <p>Factores Exógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos invasivos - Tiempo de realización de la cirugía - Estancia prehospitalaria - Grado de contaminación <p>6.- Se implementan medidas de prevención de infecciones:</p>	<p>⇒ El cuidado de enfermería eficiente durante el postoperatorio implica conocimientos y habilidades específicas para el manejo de la persona sometido a cirugías de complejidades variadas; tomando en cuenta las medidas pertinentes.</p> <p>⇒ Una de las recomendaciones de evaluación del proceso posoperatorio es la revisión del estado de la piel para verificación de su integridad. Al respecto, los principales cuidados que se señalan son: examinar el estado general de la herida quirúrgica, supuración en la piel y membranas mucosas, monitorear la evolución en regiones de enrojecimiento y/o rotura, controlar la humedad y temperatura de la piel. (109)</p> <p>⇒ El control de las infecciones postquirúrgicas es un indicador de calidad de la vigilancia epidemiológica de los tratamientos quirúrgicos, donde se deben identificar factores de riesgo tanto en las personas como en los procedimientos invasivos realizados, así como en la planificación de acciones preventivas y estrategias de control que resulten en la reducción de las tasas de infección.</p> <p>⇒ La profilaxis antimicrobiana se basa en la administración de antibióticos antes de que se produzca una infección, tiene como objetivo prevenir las infecciones del sitio quirúrgico y consiste en la administración de antibióticos profilácticos para cubrir los gérmenes que más frecuentemente causan infecciones en los distintos tipos de cirugía. (110)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Manejo aséptico de herida quirúrgica, así como dispositivos invasivos como drenajes, catéteres, sondas, etc. - Medidas de higiene estándar. - Administración de la medicación: profilaxis antibiótica. <p>7.- Se realiza vinculación con el médico a cargo para valorar el retiro de dispositivos invasivos innecesarios.</p> <p>8.- Se proporciona educación continua sobre su herida quirúrgica y datos de alarma.</p>	<p>⇒ Es necesario elegir el antiséptico adecuado para cada situación, dejándolo actuar el tiempo necesario, tradicionalmente en el tratamiento de las heridas se han empleado soluciones con propiedades antisépticas; sin embargo, algunas investigaciones publicadas sugieren que pueden dificultar el proceso de cicatrización en heridas. (111)</p>
--	---

<p>Evaluación</p>	<p>No se detectó alguna complicación en 48 H, se realizaron los cuidados pertinentes como la vigilancia de la herida quirúrgica que se encuentra limpia, sin datos de infección aparente; de igual manera se cumplió con indicaciones medicas para el retiro de drenaje Jackson-pratt, sin ninguna complicación.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 6.Vestirse y desvestirse		Esfera afectada Funcional
Enfermería Ayudante		Actividades Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Déficit de auto cuidado: vestido	Disconfort	Dificultad para colocarse ropa hospitalaria de manera independiente

Objetivos	- Examinar la independencia en el vestido en 24 H
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1-. Se valora si la persona se puede vestir y desvestir solo, así como observar las prendas que se le dificulta más en colocar.</p> <p>2-. Se fomenta la participación en la colocación de su ropa hospitalaria.</p> <p>3-. Fomentar el cambio de ropa de manera diaria.</p> <p>4-. Fomentar las actividades de auto cuidado (vestido).</p>	<p>⇒ La funcionalidad de la persona mayor alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente y vivir de manera independiente, su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía.</p> <p>⇒ En Investigaciones Científicas se ha demostrado que el grado de dependencia se relaciona en la realización de actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado de la persona mayor y tiene repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud de manera que a mayor independencia, mayor es la calidad de vida.</p> <p>⇒ El vestido cumple una función comunicativa, expresiva, que se constituye en el acto de vestir como un signo que a su vez amerita una interpretación, es viable pensar un paralelo de este con las funciones expresivas del lenguaje.</p> <p>⇒ Un estudio realizado en 2017 evaluó el vestido en un grupo de personas mayores en donde los participantes manifiesta que en su forma de vestir expresan su singularidad. Este no solo se limita a su función práctica de vestir, a su vez, se presenta como un lenguaje fáctico que atraviesan múltiples dimensiones psicosociales que se proyectan en una comunicación hacia el otro.</p>

Evaluación	La persona participa en la colocación de su vestimenta institucional, más sin en cambio se le proporciona asistencia para el manejo de dispositivos invasivos.
-------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad		Esfera afectada
12. Aprendizaje / 13. Trabajar para sentirse realizado / 14. Participar en actividades recreativas		Emocional / Social
Enfermería Acompañante		Actividades
		Dependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Comportamiento de salud propenso a riesgo	Percepción negativa	Disminución de interés de las actividades

Objetivos	⇒ La persona mejorara el afrontamiento situacional en 3 días.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se valora el estado global de estado cognitivo con escala Mini Mental Folstein State.</p> <p>2.- Se realiza una evaluación del estado de resiliencia ante la situación, tomando en cuenta el estado de ánimo (signos y síntomas), así como la capacidad de autocuidado.</p> <p>3.- Se fomenta la plasticidad cerebral con técnicas de relajación, meditación y ejercicios de estimulación de las funciones cognitivas.</p> <p>4.- Fomentar el desarrollo y la adhesión a rutinas mediante la creación de una rutina hospitalaria, para mejorar el autocuidado, así como el proporcionar un ambiente de apoyo.</p> <p>5.- Se determina la motivación de la persona a realizar sus actividades.</p> <p>6.- Fomentar actividades que ayuden a la espiritualidad y la resiliencia.</p>	<p>⇒ Para la medición del funcionamiento cognitivo en personas mayores existen distintos instrumentos de evaluación, los cuales se pueden agrupar en escalas globales, que otorgan un puntaje general que resulta de la evaluación de un conjunto de procesos cognitivos. (113)</p> <p>⇒ Estudios poblacionales muestran que los índices de prevalencia del deterioro cognitivo leve oscilan entre 3,2 y 53,8 %,15,16 esta variabilidad tan amplia depende, en gran medida, de los criterios utilizados para definir el deterioro cognitivo leve, aunque los estudios más recientes plantean una prevalencia de 30 % en mayores de 65 años (al menos el doble que la de demencia) y una frecuencia mayor en adultos institucionalizados y en poblaciones rurales.</p> <p>⇒ La estimulación cognitiva puede enlentecer la progresión del deterioro cognitivo en las personas mayores.</p> <p>⇒ Se ha comprobado que el nivel educativo y la escolarización durante más años se asocian con una disminución del riesgo de demencia, y, en el caso del inicio de la enfermedad, pueden tener un mayor efecto compensador en las fases iniciales (concepto de 'reserva cognitiva'). (114)</p> <p>⇒ La plasticidad viene determinada por factores intrínsecos de las personas (genética, biología, fisiología) y factores extrínsecos (factores y estímulos ambientales), y es sobre estos últimos en los que mayor capacidad de intervención disponemos a través del aprendizaje para la recuperación o rehabilitación de las funciones cerebrales perdidas por un daño o lesión previa. (115)</p> <p>⇒ La resiliencia, existen otros factores de protección que pueden ayudar a la persona mayor en la adaptación y en la buena gestión de emociones de las diferentes situaciones. Entre ellos podría figurar la autoestima, el entorno social o el grado de optimismo. Estos factores pueden ayudar a los ancianos a sobreponerse a situaciones más tristes o de más desolación, saliendo adelante sin desarrollar un trastorno depresivo. (116)</p>

Evaluación	La persona mostro poca mejoría en el afrontamiento situacional, más sin en cambio se proporcionó actividades que fomentaron las funciones neurocognitivas, pero no mostro mucha participación en la realización de estas, se siguen con medidas y se le habla sobre la importancia del manejo de emociones en el afrontamiento de su estado de enfermedad.
-------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 7. Termorregulación		Esfera afectada Clínica
Enfermería Sustituta		Actividades Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	Sensibilidad a los cambios de temperatura	

Objetivos	- Mantener temperatura corporal en parámetros normales en un rango de 35° C – 36.5° C.
------------------	--

Intervenciones	Fundamento de enfermería
1.- Se valora la temperatura por turno, para verificar el estado de termorregulación. 2.- Se mantiene la termorregulación, valorando los cambios de temperatura y su tolerancia. 3.- Se ajusta la temperatura ambiental según las necesidades. 4.- Se favorece la ingesta nutricional y de líquidos	⇒ La termorregulación es un proceso natural del cuerpo que consiste en la activación de mecanismos centrales y periféricos para mantener la homeostasis corporal y las funciones vitales constantes. ⇒ La regulación de la temperatura corporal juega un papel fundamental en el individuo, debido a que el humano responde a modulación en el nivel de temperatura con respuestas voluntarias (cambiar de activación física, reacciones de protección como abrigo coma entre otros). ⇒ La termogénesis , producción de energía térmica, es un componente fundamental en el proceso homeostático para mantener la temperatura del cuerpo . (117)

Evaluación	Se mantuvo la temperatura corporal con ayuda de ropa abrigadora, cobertores y bata extra para mantener el calor corporal en un rango de 36 °C – 36.5 °C, durante su institucionalización.
-------------------	---

4.4 Valoración focalizada

Valoración Focalizada No.1

La persona mayor Cristina a la revaloración se encuentra con constantes vitales TA 130/80 FC 79 FR 17 SpO2 92% al medio ambiente. Actualmente se encuentra alerta y orientada en tiempo y espacio, al revalorar la escala CAM no se cumplieron criterios diagnósticos para delirium, se mantiene en vigilancia.

Se logro el aumento de la ingesta de alimentos a un 60%, continúa refiriendo hiporexia; se presentó un aumento de su ingesta de líquidos con un total de 1200 ml aproximadamente en 24H. Emocionalmente continúa con sentimientos de incertidumbre y oposición a las intervenciones, expresa sentirse cansada, refiere que el ambiente hospitalario dificulta su descanso óptimo, lo que le provoca dolor y molestia, refiere que no necesita ninguna de esas intervenciones y solo requiere irse a su casa ya que menciona que no tiene caso seguir más tiempo en el hospital, por lo cual no muestra interés en su autocuidado; más sin embargo se ha alcanzado a establecer un vínculo enfermera – persona, lo cual favorece la expresión de sentimientos.

Es capaz de realizar trasferencias con asistencia de cama a reposet, manifiesta inestabilidad postural y dolor ENA 4/10 al movimiento. Presenta KATZ 2/6 con dependencia en baño, vestido, sanitario y continencia, Escala Karnofsky resulto en 60% donde se recomienda requerir de asistencia ocasional. En la valoración de la Escala Daniels arrojó disminución de la fuerza en miembros superiores 4/4 e inferiores 3/3, y pérdida de fuerza generalizada de 4/5.

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad		Esfera afectada
10. Comunicarse con los demás emociones, necesidades, temores u opiniones.		Social- Afectiva
Enfermería		Actividades
Acompañante		Dependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Desesperanza	Síndrome Deslizamiento	Desinterés, negación a recibir cuidado, incertidumbre, pensamientos negativos y estrés.

Objetivos	⇒ Que la persona sea capaz de ser partícipe de su autocuidado y sepa identificar sus emociones en un periodo de 3 días.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se evalúa la capacidad de la persona para tomar decisiones.</p> <p>2.- Se proporciona el apoyo emocional, identificando los sentimientos y su experiencia emocional con relación a su estancia hospitalaria.</p> <p>3.- Se pretende favorecer la autonomía de la persona haciéndola participe de su autocuidado en sus ABVD.</p> <p>4.- Se proporciona apoyo emocional en el uso de mecanismos de defensa adecuados, animando a la persona a que exprese los sentimientos negativos.</p> <p>3.-Se proporciona un mejor estado de confort para facilitar un adecuado descanso y un ambiente seguro donde se pueda desarrollar de manera tranquila, instruyendo a la persona sobre el uso de técnicas de relajación para evitar ansiedad ante situación.</p> <p>4.- Se mejora el afrontamiento situacional identificando los objetivos apropiados a corto, mediano y largo plazo de su tratamiento médico, evaluando los recursos disponibles.</p> <p>5.- Se determina la hora del día en la que la persona es más receptivo.</p> <p>6.-Se anima a la persona mejorar la aceptación de su actual situación con respecto a su enfermedad, así como reconocer su experiencia espiritual explorando el confrontamiento de sentimientos y facilitando la expresión de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>7.- Se fomenta la recreación activa y pasiva, que involucren actividades motrices, culturales y sociales, fomentando actividades.</p>	<p>⇒ Enfermería debe actuar como facilitador para que la persona mayor, logre dar solución a sus necesidades de salud mental, por ello es esencial centrar a la persona mayor como agente de sus capacidades y capaz de afrontar las situaciones y darles solución, guiando la atención hacia los recursos de afrontamiento personales e interpersonales que posea, acciones tan simples como relajarse, analizar la situación desde otras perspectivas o admitir límites pueden ser el cimiento de las soluciones reales.</p> <p>⇒ Es necesario que no solo se centre en los desajustes propios como la soledad, el aislamiento y el vacío que puedan llegar a sentir nuestras personas mayores al encontrarse en un estado vulnerable ante la institucionalización, sino en formas de aprendizaje, empatía y potencialidades de la persona mayor por cuidar de su salud y sentirse seguro y comprendido ante las diferentes situaciones que lo rodean. (118)</p> <p>⇒ Existe evidencia donde estudios analizados respaldan la influencia positiva del estado de ánimo, objetivándose en muchos de ellos la relación entre el buen estado de ánimo con mayor bienestar, mejora en el sistema inmunológico, mayores posibilidades y mejor recuperación, mayor independencia en las actividades de la vida diaria, mayor supervivencia a la enfermedad y mejor calidad de vida. (119)</p>

<p>8.- Se evalúa el nivel de conocimientos de la persona con respecto al proceso de enfermedad</p> <p>9.- Se instruye sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, así como se proporcionará información acerca de esta comentando los cambios que deberá aplicar en el estilo de vida según sean necesarios.</p>	<p>⇒ Las actividades dirigidas a tratar el problema son consideradas las más efectivas, pero en muchas ocasiones, la escucha activa, el apoyo emocional, y expresión de sentimientos permiten una mejoría de la salud mental y afrontamiento de factores estresantes. (120)</p>
--	---

<p>Evaluación</p>	<p>Se logro mayor participación de la persona en su proceso de autocuidado, donde se fomentó un ambiente seguro y de asesoramiento de cuidados específicos de su tratamiento; de igual manera se inició con la identificación de emociones positivas como negativas que nos dejó explorar el estado de vulnerabilidad de la persona llegando a crear un vínculo enfermera – persona, favorecedor para seguir evaluando estado emocional de la persona.</p>
--------------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad		Esfera afectada
4. Moverse y mantener posturas adecuadas		Funcional
Enfermería		Actividades
Ayudante		Interdisciplinarias
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Movilidad física deteriorada	Reposo prolongado asociado a dolor	KATZ (2/6), Daniels MS 4/4 MI 3/3 ENA 4/10, con baja tolerancia a la movilidad e inestabilidad postural.

Objetivos	⇒ Mejorará la persona su rango y tolerancia a la movilización siendo capaz de realizar sedestación y bipedestación. En un periodo de tiempo de 2 días.
------------------	--

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se revalora Signos Vitales, antes del inicio de alguna terapia física.</p> <p>2.- Se revalora el estado funcional a través de pruebas de tamizaje.</p> <p>3.- Se fomenta ejercicios de respiración diafragmática para relajar a la persona, antes de iniciar y después de la implementación de ejercicios.</p> <p>4.- Se realiza ejercicios de calentamiento y enfriamiento, estos se deberán realizar antes y después de los ejercicios físicos de fuerza, resistencia y estiramiento.</p> <p>5.- Se continúa trabajando en colaboración con Fisioterapia para la implementación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Ejercicios Kinestésicos que mejoren la fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia. <p>6.- Se enseña a la persona utilizar posturas adecuadas y mecanismos para realizar bipedestación e iniciar reducción de la marcha. (ANEXO 17.)</p> <p>7.- Se fomenta la mecánica corporal, evitando estar en total reposo.</p> <p>8.- Se determina si existe dolor durante la actividad física y su tolerancia a éste, valorándolo a través de la escala de ENA, tomando en cuenta la localización, factores desencadenantes e irradiación de éste.</p> <p>9.- Se aplica tratamiento farmacológico de dolor, tomando en cuenta la escala analgésica, consideraciones de efectos secundarios, así como su revaloración.</p> <p>11.- Se implementa medidas para la independencia en la realización de Actividades Básicas Diarias como:</p>	<p>⇒ Al incorporar las habilidades de evaluación apropiadas, los esfuerzos de movilización inmediata y las estrategias de prevención adecuadas, la enfermera puede ayudar a las personas a recuperar su anterior grado de movilidad y flexibilidad anterior para apoyar una calidad de vida óptima. (121)</p> <p>⇒ Las técnicas de respiración son eficaces en la lucha contra el estrés ya que permiten una oxigenación más completa y un mejor funcionamiento de todos los sistemas, evitando los efectos negativos de una respiración insuficiente. (122)</p> <p>⇒ El calentamiento es pues, la movilización suave y progresiva de todos los músculos y articulaciones para poder posteriormente realizar esfuerzos intensos sin lesiones y obteniendo el máximo rendimiento.</p> <p>Con el calentamiento aumenta la temperatura corporal mejora la coordinación neuromuscular y aumenta la eficacia pulmonar y cardiaca; es decir pone a punto al organismo para un esfuerzo más intenso. (123)</p> <p>⇒ Entrenar las capacidades motrices básicas de la persona mayor implica que este tome conciencia de su propio cuerpo como lo es en el ajuste de la postura, en el equilibrio dinámico y estático, en la coordinación dinámica general, la coordinación óculo-manual y sensorial. (124)</p> <p>⇒ Las metas de las técnicas kinésicas en personas con trastornos de marcha son disminuir el dolor si lo presenta, mejorar la fuerza muscular, facilitar el aprendizaje de patrones de movimiento normal, aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio, lograr un buen control de postura y locomoción y aumentar la velocidad de marcha.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de confort proporcionado un ambiente tranquilo, seguro con una adecuada temperatura, luz ambiental y manejo de objetos personales - Se facilitará ropa hospitalaria seca y limpia diariamente, promoviendo la independencia en el vestido. - Se implementarán medidas de asistencia para el aseo personal, promoviendo la independencia en el arreglo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Los programas de ejercicios producen mejores resultados si incluyen una variedad de ejercicios de resistencia, rangos articulares, flexibilidad, fortalecimiento y equilibrio en forma individualizada. (125) ⇒ El dolor crónico es uno de los diversos trastornos médicos, que puede causar un efecto considerable en la capacidad de un individuo para moverse. Así como la desnutrición y las deficiencias nutricionales complican o retrasan la curación y la recuperación, y alargan las discapacidades que produce la inmovilidad. (126)
---	---

Evaluación	<p>La persona mejoró su rango de movimiento y tolerancia disminuyendo el dolor ENA 2/10, con aumentó de la fuerza de miembros superiores e inferiores Daniels MS 4/4 MI 4/4, realizó traslado de cama a reposit de manera independiente; realiza bipedestación con asistencia presentando mejoría en su estado postural e inicio reeducación de la marcha, realizando caminatas en su habitación en periodos cortos.</p>
-------------------	--

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 2.Comer y beber adecuadamente		Esfera afectada Clínica
Enfermería Ayudante		Actividades Interdependientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Ingesta de alimentos insuficiente	Hiporexia	Ingesta alimentos del 60%, ingesta de líquidos 1200 ml en 24 H

Objetivos	⇒ La persona incrementara la ingesta de un 60% a 80% en un periodo de 48 horas.
------------------	---

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se valora el estado nutricional tomando en cuenta el registro de estos como la cantidad, calidad, preferencias y aversiones, alergias o intolerancia.</p> <p>2.- Se evalúa el estado cavidad bucal como la movilidad y tono de la musculatura orofacial, praxias buco linguales y reflejos de protección.</p> <p>3.- Se seguirá en vinculación con Nutriología en la elaboración de un plan alimenticio según las costumbres y necesidades de la persona con relación a sus comorbilidades, así como el adecuado cálculo de los requerimientos nutricionales.</p> <p>4.- Se proporciona alimentos que ayuden a propiciar el hambre tomando en cuenta las propiedades organolépticas de los alimentos (mejor color, sabor, textura y aroma) es decir que ayuden a la percepción sensorial.</p> <p>5.- Se proporciona especial cuidado con los aspectos ambientales y de presentación del alimento.</p> <p>6.- Se implementan estrategias para incrementar la ingesta de líquidos / alimentos, estableciendo horarios tomando en cuenta las preferencias alimentarias, la consistencia y temperatura junto a la elección de alimentos y la disponibilidad de estos; la convivencia a la hora de ingerir alimentos es una estrategia eficaz.</p> <p>7.- Se recomienda el esquema de raciones, así como incrementos en la frecuencia de ingesta alimentaria, por cantidades más pequeñas, pero más energéticas, sin olvidar la posibilidad de aperitivos entre comidas en función de las apetencias de la persona.</p> <p>8.- Se continuará con medidas antirreflujo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masticar adecuadamente los alimentos, evitar comer apresuradamente. • Proporcionar dieta en porciones fraccionadas en quintos • Evitar acostarse después de comer y mantener cabecera a 30° • Evitar alimentos irritantes 	<p>⇒ La valoración nutricional completa u objetiva, es una aproximación exhaustiva a la situación nutricional de una persona mediante el uso de la historia clínica, historia dietética, el examen físico, las medidas antropométricas, la composición corporal, hábitos y cálculo de los requerimientos alimenticios. (127)</p> <p>⇒ Existen una serie de cambios en los patrones dietéticos de las personas mayores que hace que sean más propensos a caer en la desnutrición. Suelen modificar sus hábitos alimentarios, en general, reduciendo la cantidad y el volumen de las comidas y bebidas, así como los tiempos de ingesta ocasionando problemas nutricionales.</p> <p>También presentan una pérdida de interés por la comida, posiblemente por las alteraciones sensoriales, la sensación de hambre se reduce y se sacian más rápidamente, por todo esto se debe intentar potenciar las cualidades organolépticas de los alimentos para hacerlos más apetitosos.</p> <p>⇒ Se sabe que la desnutrición retrasa la recuperación de diferentes enfermedades y aumenta la posibilidad de complicaciones y una estancia hospitalaria prolongada. Este hecho es, además, más evidente en los sujetos que presentan desnutrición relacionada con la enfermedad, en la que predomina la falta de apetito. (128)</p>

<p>9.- Se continua con la administración de fármacos que ayuden a mejorar los síntomas de reflujo como son los antiácidos, procinéticos e inhibidores H2.</p> <p>10.- Se permanece con la aplicación medidas de prevención de broncoaspiración como son los cambios posturales al comer tomando una postura sedente y favoreciendo la flexión del cuello, así como los cambios de volumen - viscosidad de la dieta según sus necesidades.</p> <p>11.- Se sigue evaluando los cuidados de la cavidad oral y prótesis como medidas de higiene, el cepillado dental después de cada comida y el uso de enjuagues clorhexidina e hilo dental.</p>	<p>⇒ El objetivo de la disminución de signos y síntomas en la ERGE depende de sus manifestaciones clínicas y/o morfológicas: conseguir la remisión de los síntomas y la curación de las lesiones, evitar las recidivas, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida. (129)</p> <p>⇒ La falta de higiene oral reduce la ingesta oral, altera el gusto y deteriora tanto masticación como deglución.</p> <p>Una limpieza profesional de la cavidad oral mejora la percepción de los sabores dulces y salados. (128)</p>
---	--

<p>Evaluación</p>	<p>Se logro aumentar la ingesta de alimentos a un 80%, logrando de igual manera hacerla participe en la elección de los alimentos de su preferencia.</p>
--------------------------	--

Valoración Focalizada No. 2

La persona mayor Cristina a la segunda revaloración se encuentra con constantes vitales TA 135/85 FC 79 FR 19 SpO2 91% al medio ambiente. Actualmente se encuentra alerta y orientada en tiempo y espacio, al revalorar la escala CAM no se cumplieron criterios diagnósticos para delirium, al implementar las medidas preventivas se sigue manteniendo en vigilancia.

Se logro el aumento de la ingesta de alimentos a un 80%, al hacerla participe en la elección de alimentos de su preferencia, teniendo mejor accesibilidad en la implementación de intervenciones obteniendo mayor participación de la persona en su proceso de autocuidado, emocionalmente se encuentra con mejor estado de ánimo por posible alta hospitalaria más sin en cambio continúa con presencia de sentimientos de estrés, tensión e impaciencia.

Es capaz de realizar trasferencias de cama a reposit ya de manera independiente, refiere disminución del dolor ENA 2/10 al movimiento. Presenta KATZ 4/6 con dependencia en baño y sanitario; en la Escala Daniels en miembros superiores e inferiores obtuvo 4/4 realiza bipedestación con mejor control de su estado postural, se valora Escala de Tinetti 20/28 con riesgo medio de caídas, se inicia reducción de la marcha.

Diagnóstico de Enfermería		
Necesidad 2.Nutrición, 4.Movilidad, 9.Evitar Peligros. 10. Comunicación		Esfera afectada Clínica / Funcional / Cognitivo-Emocional.
Enfermería Educación		Actividades Independientes
Problema	Etiología (r/c)	Signos y síntomas (m/p)
Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud	Deseo de mejorar sus objetivos de salud de manera verbal	

Objetivos	⇒ Mantener y reducir acerca de medidas de autocuidado en un periodo de tiempo de 48 H.
------------------	--

Intervenciones	Fundamento de enfermería
<p>1.- Se valora el nivel de capacidad para ejercer un autocuidado en sus ABVD de manera independiente.</p> <p>2.- Se proporciona un ambiente terapéutico donde se garantizará la empatía, calidad, calidez y personalización.</p> <p>3.- Se evalúa los recursos familiares, económicos y preferencias personales con los que cuenta la persona.</p> <p>4.- Se proporciona ayuda a la persona para la realización de sus actividades según su nivel de capacidad.</p> <p>5.- Se alienta la independencia y el envejecimiento activo en la persona para la realización de sus actividades.</p> <p>6.- Se plantea a la persona métodos y rutinas para la realización de sus ABVD.</p> <p>7.- Se brinda enseñanza de estrategias para el adecuado autocuidado.</p> <p>8.- Se implementan medidas para el control de estado de ánimo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica de respiración - Practica en técnicas de relajación y meditación mindfulness - Fomentar la comunicación de los pensamientos y sentimientos - Mantención de la actitud positiva <p>9.- Se brinda enseñanza de las indicaciones del tratamiento farmacológico y terapéutico para el hogar.</p> <p>10.- Se plantea objetivos para mejorar el estado funcional a través de plan de ejercicios que mejoren la fuerza, equilibrio y control de la movilidad.</p> <p>11.- Se proponen medidas para el manejo ambiental en su hogar para prevención de caídas.</p> <p>12.- Se educa sobre las medidas de higiene del sueño tener un descanso óptimo en el hogar.</p> <p>13.- Se proporciona técnicas que fomenten las capacidades cognitivas como orientación, aprendizaje, comprensión y razonamiento. Por ejemplo, el uso de calendario y de reloj, lecturas, escritura, aprendizajes nuevos, etc.</p>	<p>⇒ La evaluación de su autocuidado permite conocer el grado de independencia y autonomía, es necesaria fortalecerla y fomentarla, mediante la educación e intervenciones, las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso.</p> <p>⇒ El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que, a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida en la persona mayor. (130)</p> <p>⇒ El envejecimiento activo, según la OMS, es el proceso de optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, el principal objetivo es de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. (131)</p> <p>⇒ La motivación en la realización de actividades en la persona mayor debe ser tanto intrínseca como extrínseca y debe existir un equilibrio entre ellas, ya que, si hay un adulto motivado, pero no tiene un apoyo externo, perderá el interés por realizar las actividades; en donde el medio externo es el que motiva al adulto, pero este no tiene la predisposición necesaria para poder hacer algo; más allá de que externamente se lo pueda motivar y éste reaccione positivamente al estímulo. (132)</p> <p>⇒ La salud mental de las personas mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. (133)</p> <p>⇒ Las intervenciones educativas en relación con el manejo de la mediación en un grupo prioritario como son las personas mayores deben considerar como aspectos relevantes su edad y escolaridad, así como el número de medicamentos prescritos, aspectos que se asocian con las deficiencias en el manejo de la medicación. (134)</p> <p>⇒ El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, las personas mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten. (135)</p> <p>⇒ La adaptación del entorno debe partir de tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad. Es importante no pasar por alto que estas adaptaciones en el hogar respetaran las necesidades individuales del adulto mayor teniendo en cuenta aspectos funcionales, sanitarios y de seguridad.</p>

<p>14.- Se establece con ayuda de nutrióloga un plan de alimentación en el hogar, que se adapte a sus necesidades.</p> <p>15.- Se realiza la planificación para el alta hospitalaria.</p>	<p>⇒ La nutrición y formas de estilo de vida contribuyen a acelerar o disminuir la pérdida de tejidos y funciones del cuerpo. Una mala alimentación es uno de los factores que determinan la presencia de enfermedades crónicas degenerativas las cuales son frecuentes al incrementarse la edad. (136)</p>
---	---

<p>Evaluación</p>	<p>Se proporciona educación de cuidados en el hogar, medidas de autocuidado lo cual favoreció la expresión de sentimientos de mejoría en su estado de ánimo más sin en cambio es un proceso el cual se debe seguir trabajando, muestra mayor interés en su autocuidado y de su condición, pero continua con sentimientos de intranquilidad e incertidumbre sobre el futuro.</p>
--------------------------	---

Plan de Alta

Se elabora plan de alta trabajado durante la estancia hospitalaria tomando en cuenta las necesidades individualizadas de la persona acorde a la valoración por necesidades, jerarquizando aquellos problemas reales y potenciales, donde se toma en cuenta a un equipo multidisciplinario con el objetivo de reafirmar, así como la aclaración de dudas para el adecuado autocuidado de la persona a su egreso.

Datos de Alarma

Tomar en cuenta datos de alarma para acudir a urgencias en caso de un posible deterioro a la salud de la persona o de una recaída, (ANEXO 13) los datos a tomar en cuenta son:

- Fiebre 38° C o más persistente
- Ataque del estado general como es dolor intenso, vómito, dificultad para respirar, incapacidad para orinar o dolor abdominal.
- En la herida quirúrgica tomar en cuenta la salida de secreción fétida y de mal olor, cambio de coloración o sangrado.
- Marcar a este número en caso de 55 54870900 Ext. 2211

Información Médica

Acudir a sus citas de seguimiento en consulta externa de cirugía de colon y recto, para su valoración después del egreso en sus fechas asignadas.

- Próxima cita 07 octubre 2021 en consulta externa

Dieta

Apego de dieta especial brindada por servicio de nutrición clínica.

- Tomar en cuenta medidas higiénico-dietéticas masticar adecuadamente los alimentos, evitar comer apresuradamente, evitar acostarse después de comer, establecer horarios adecuados y evitando grandes ingestas. (ANEXO 14)
- Medidas antirreflujo evitar tabaco, alimentos irritantes, no acostarse después de comer y mantener una postura mayor a 35° al acostarse.

Ambiente

Se recomienda en el hogar mejorar la seguridad y confort, adaptando el hogar según las necesidades de la persona.

- Prevención de caídas. (ANEXO 15)

- Medidas de higiene del sueño. (ANEXO 16)

Recreación y uso de tiempo libre

Promover la movilización dentro del hogar tomando en cuenta actividades encaminadas a fomentar el movimiento, después del egreso.

- Iniciar con traslados de cama a sillón durante los primeros días.
- Valorando la tolerancia del movimiento.
- Realizar ejercicios que promuevan flexibilidad, fuerza y equilibrio. (ANEXO 17)

Medicación y tratamiento

Apegarse al tratamiento propuesto tomando en cuenta dosis, así como horarios establecidos y consultar al médico cualquier signo o síntoma inusual durante la administración del tratamiento, así como evitar la automedicación.

- Paracetamol tabletas 500 mg vía oral. Dosis: 1 G (2 tabletas) cada 8 horas por 5 días.
- Ketorolaco tabletas 30 mg sublingual. Dosis: 30 mg (1 tableta) cada 12 horas en caso de dolor. Consideraciones: Somnolencia, dolor de cabeza o diarrea.
- Continuar con tratamiento farmacológico previo (Tabla 4.)
- Cuidados generales de la estoma. (ANEXO 14)
- Cuidados generales de la herida (cambio de apósitos y lavado de herida con agua y jabón neutro).

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones

En la actualidad Enfermería se ha convertido en una disciplina consolidada que está respaldada con bases científicas y basado en evidencias, esto resulta en la capacidad de poder brindar cuidados especializados a nuestras personas con diversas patologías.

Dado que el enfoque de este caso fue el desarrollo del cuidado integral de una persona mayor con una patología oncológica tomando en cuenta la geriatría, en donde la oncogeriatría permitió valorar de manera integral impactando en las cuatro principales esferas que se tomaron en cuenta : la clínica, funcional, cognitiva - emocional y social.

La importancia de llevar el cuidado de una manera integral nos permitió ver las implicaciones de la enfermedad como un todo, permitiendo el desglosamiento de esta en sus diversas facetas y niveles de complejidad en la atención. Se tomo en cuenta la práctica en conjunto de la geriatría y oncología, se logró llegar a un mejor estado de abordaje, sin dejar de lado algún aspecto en el plan de cuidados que se implementó y dándole mayor peso al proceso de envejecimiento con sus implicaciones específicas, así como el proceso de enfermedad distinguiendo las particularidades de las personas mayores en la atención de su salud.

En el caso particular se logró mejorar el estado de salud de la persona atendida, lo cual nos proporcionó un acercamiento de las intervenciones especializadas aplicadas, puesto a que el manejo se dio de manera integral y holística en todo momento ayudándonos a obtener mejores resultados en el cuidado, en comparación a si únicamente se hubieran aplicado intervenciones generales. Dado a esto se logra concluir que es de alta relevancia conocer el abordaje de la persona mayor desde otra perspectiva mayormente dirigida y especializada de este sector de la población, y como profesionales de la salud debemos estar preparados ante esta transición demográfica.

Recomendaciones

Particularmente en el abordaje del cuidado en personas mayores y con casos similares al que se abordó, recomiendo tomar como principal herramienta la Valoración Geriátrica Integral integrándolo al modelo conceptual de enfermería que se aborde para el cuidado de la persona mayor, así como complementar con pruebas de tamizaje especializadas de prevención y de especialidad según la patología de base.

Como recomendaciones generales en los temas abordados del presente trabajo la dificultad en la recolección de información actualizada complico el sustento del abordaje, ya que existe mucha información general o no actualizada de los diversos padecimientos tomados en cuenta, algo que hace muy notorio que no se tomen en cuenta especificaciones del proceso de envejecimiento para su implementación de cuidados particulares que brinden calidad de atención. Por ello se recomienda de igual forma trabajar más sobre esta área de investigación y tomar en cuenta estos aspectos mencionados.

Referencias. -

1. Jaime G. de la Garza Salazar PJS. El Cáncer [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014 [citado 2021]. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf
2. Allende-López A, Fajardo-Gutiérrez A. Historia del registro de cáncer en México. Rev. Med Inst Mex Seguro [Internet]. 2011 [citado 2021];49(1):27–31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/ims111c.pdf>
3. OMS. Cáncer [Internet]. OPS. 2022 [citado 25 May 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
4. Latin C./, Mexicana S, Conductual, Medicina, México Reynoso-Noverón AC, Torres-Domínguez N, Alejandro J. Revista Latinoamericana de Medicina. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine [Internet]. 2017 [citado 2021];8(1):9–15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283059952003.pdf>
5. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer datos nacionales [Internet]. 2022 [citado 25 May 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER22.pdf
6. OMS. Cáncer [Internet]. OPS. 2022 [citado 25 may 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
7. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena JC, Naranjo-Hernández Y, Valdés-Álvarez V. Sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal: una revisión bibliográfica. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [consultado sep. 2021];25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100015
8. Álvarez-Escobar Belkis. Cáncer colorrectal en el adulto mayor: un reto para la salud pública. AMC [Internet]. 2019 dic [citado May 2022]; 23(6): 694-696. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600694&lng=es. Epub 19-Nov-2019
9. American Society of Clinical Oncology. Cáncer colorrectal: Estadísticas [Internet]. Cancer.net. 2022 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-colorrectal/estad%C3%ADsticas>
10. Sáez-López P, Filipovich Vegas E, Martínez Peromingo J, Jimenez Mola S. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [citado el 31 de mayo de 2022];52(5):261–70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301561>
11. Verdusco Aguirre HC, Navarrete Reyes AP, Negrete Naja JP, Soto Pérez E. Cáncer en el adulto mayor en Latinoamérica: cooperación interdisciplinaria entre oncología y geriatría. Rev. Salud Publica. [Internet]. 2020 [citado May 2022]; 22 (3): 1-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n3/0124-0064-rsap-22-03-e303.pdf>
12. Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M, Valverde-Bosch M, Font-Ritort S. Rol de la enfermera en el anciano con cáncer. Revisión bibliográfica. Gerokomos. [Internet] 2020 [Consultado 2021];31(3):158–65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000300158 / Fuster Q. Oncogeriatría [Internet]. IOB. IOB instituto oncológico; 2021 [citado el 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://iob-onco.com/especialidades/oncogeriatría/>
13. Elsevier. El valor de las especialidades enfermeras. Una visión hacia el futuro. [Internet]. 2020 [citado 18 junio 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-valor-de-las-especialidades-enfermeras>
14. S/A. Modelos y teorías de enfermería: características generales de los modelos principales. [Internet] [citado 18 junio 2021]. [Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO.%20Volúmen%201/9788417470050>
15. Morales E, Contreras R, Duran M. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista científica en enfermería. [Internet]. 2012 [citado 18 junio 2021]. 4: p.17. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf
16. S/A. Modelos y teorías de enfermería: características generales de los modelos principales. [Internet] [citado 18 junio 2021]. [Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO.%20Volúmen%201/9788417470050>
17. Virginia Henderson. Enfermería comunitaria. [Internet]. 2013. [citado 18 junio 2021]. p.11. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
18. Morales E, Contreras R, Duran M. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista científica en enfermería. [Internet]. 2012 [citado 18 junio 2021]. 4: p.17. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf
19. Virginia Henderson. Enfermería comunitaria. [Internet]. 2013. [citado 18 junio 2021]. p.11. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
20. Delgado Rubio, Margarita, Hernández Rosales, Carlota M., Ostigüin Meléndez, Rosa Ma., Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Enfermería Universitaria [Internet]. 2007;4(1):24-27. [citado 18 junio 2021]. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821007>
21. Cisneros F. Teorías Y Modelos De Enfermería . Universidad del Cuaca Programa de Enfermería Fundamentos de Enfermería. [Internet]. 2005. p.15. [citado 18 junio 2021]. Disponible en : <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
22. Hernández C. El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera. Universidad de Valladolid.[Internet]. 2017. [citado 18 junio 2021]. p.15. Disponible en : <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=8870112BBA19FAC8F520BD57803E062F?sequence=1>
23. Cabascango A, Hinojosa C. Proceso De Atención De Enfermería Basado En El Modelo Teórico De Virginia Henderson, Para Los Adultos Mayores Del Centro Hogar "Amawta Wasi Samay" Guaranda-Bolívar, Período Mayo- agosto 2017. Universidad de ESTATAL de Bolívar. [Título de Proyecto de Grado] [Internet]. 2017. [citado 18 junio 2021]. Disponible en: <http://190.15.128.197/bitstream/123456789/19611/1/PROYECTO%20PAE%20BASADO%20EN%20EL%20MODELO%20DE%20HENDERSON.pdf>
24. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; [Internet]. 2013. [citado 18 junio 2021]. 3(1) p. 41-48 Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
25. Gamba, Nadia. Proceso de Atención de Enfermería. Instrumento para el cuidado. [Internet]. 2017. [citado 18 junio 2021]. p. 18-23. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Nadia-Gamba>

- [2/publication/348928863_2010_Proceso_de_Atencion_de_Enfermeria_Instrumento_para_el_cuidado/links/60178dc192851c2d4d0a958d/2010-Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-Instrumento-para-el-cuidado.pdf?origin=publication_detail](#)
27. Carlos D Hyver de las Desesa. Valoración geriátrica integral. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Internet]. 2017. [citado 18 junio 2021]. 3 (60) p. 38-54 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
 28. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2016. [citado 18 junio 2021];33(2):321-7. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2204
 29. Ávila A, Sosa E, Pacheco J, et. Guía de referencia de valoración geriátrica integral. INGER. [Internet]. 2020. [citado 18 junio 2021]; p.1-58. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatria_18-02-2020.pdf [Internet] 2013. [citado 19 Jun 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/612GER.pdf>
 30. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, López-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [citado abril de 2022];51(1):52–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-del-estado-nutricional-geriatria>
 31. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, López-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [citado abril de 2022];51(1):52–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-del-estado-nutricional-geriatria>
 32. García Orihuela Marlene, Suárez Martínez René, Pérez Hernández Bárbaro. Criterios STOPP-START y la prescripción inapropiada del anciano. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 dic [citado marzo 2022]; 19(6): e3765. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000700005&lng=es.
 33. Gallot C, Villosio J, Saimovici J. New version of STOPP-START criteria: Tools for the detection of potentially inappropriate medications in the elderly. Evid Act Pract Ambul [Internet]. 2015 Oct-Dic. [citado Marzo 2022]; 18 (4): 124-129. Disponible: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/c408e5ff7e3a0178169d58286709f3f9.pdf>
 34. García MF, Salas N, Vial Escolano R, Solsona Fernández S y González García P. Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado. Elsevier. [Internet]. 2015 [citado marzo 2022]; 22(3): 106-116. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X13001201.pdf>
 35. Secretaría de Salud. Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas. México: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. [Internet] 2012. [citado 19 Jun 2021]. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf
 36. Bermejo Pareja F, Porta Etesam J, Díaz Guzmán J, Martínez P. Más de CIEN ESCALAS en NEUROLOGÍA. Madrid: Edición Aula Médica. [Internet]. 2008. [citado 19 Jun 2021]. Disponible en: <https://medicinainternaaldia.files.wordpress.com/2012/09/escalas-en-neurologia.pdf>
 37. Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
 38. Reguero A, Pérez A, Gomara S, Ferreira M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Elsevier. [Internet] 2017 [citado 19 Jun 2021]. 39 (4): 185-188. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841>
 39. Geroy Fernández Anabel, Fernández Vidal Ana Teresa, Núñez Herrera Anaís de la Caridad, López Otero Tania. La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución. Medisur [Internet]. 2019 oct [citado 2022 Feb 22]; 17(5): 664-669. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500664&lng=es. Epub 02-Oct-2019.
 40. Pérez Sánchez L, Oropeza Tena R, Peñaloza JL, María De La Roca J. Estudio de caso: genograma familiar, diagnóstico para la intervención sistémica familiar en la enfermedad crónica [Internet]. [Nayarit]: Universidad Autónoma de Nayarit; 2018 [citado 2022]. Disponible en: <https://alternativas.me/attachments/article/165/1%20-%20estudio%20de%20caso%20-%20genograma%20familiar.pdf>
 41. Naranjo Hernández Y. El envejecimiento de la población en Cuba: un reto. Gac médica espiritua. 2015;17(3):11–4.
 42. OMS. Tamizaje de Cáncer Colorrectal en las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [citado 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Colorrectal-Cancer--Screening-Landscape-report-Espanol.pdf>
 43. Geraed J, Tortora BD, Rondinone. T po SR y. 15 M. Principios de Anatomía y Fisiología [Internet]. 15 edición. Ciudad de México : Panamericana; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3lcp4OJ>
 44. Flores Nuñez, D. Envejecimiento y Cáncer. [Internet]. Revista Científica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2017;7(2):11-6.
 45. Arcos MC, Tirado DMT. Revisión y actualización general en cáncer colorrectal. Anales de Radiología México [Internet]. 2009 [citado 2021];1:99-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>
 46. Chmielowski B. Casciato. Manual de oncología clínica [Internet]. 8a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2018. Disponible en: <https://ovid-es-ovid-com.pbidi.unam.mx:2443/discover/results?q=9788415684060>
 47. Govindan R, Morgensztern D. Manual Washington de oncologic. 3a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
 48. Corujo Rodríguez E, Pérez Hernández D de G. Capítulo 3. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En: Tratado de Geriatría por Residentes. Madrid, España. : Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); p.47-58.
 49. Chabner B, Longo DL, Bruce C, Lynch T Jr, Dan L. Harrison's manual of oncology. McGraw-Hill Companies; 2009.
 50. American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual seventh edition: colon and rectum cancer staging.
 51. Maxinea. Papadakis, Stephen J. McPhee, Michel W. Rabow. Diagnóstico Clínico y tratamiento [Internet]. LANGE; 2021. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/book.aspx?bookid=3002>
 52. Cáncer Colorrectal: Diagnóstico [Internet]. American Society of Clinical Oncology. [citado octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-colorrectal/diagnostico>

53. Cantero Muñoz P, Atienza Merino G. Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer colorrectal. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2013. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
54. Gómez Ayala AE. Grandes síndromes geriátricos. [Internet]. 2005. [citado marzo de 2022]; 19 (6); 70-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4583483>
55. Prevención del Suicidio. C en CJM. EL SUICIDIO EN ANCIANOS [Internet]. 2013 oct 9 [citado marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf>
56. Charazac. P. Le Syndrome de Glissement. SANTÉ MENTALE. septiembre de 2013;18.
57. Khater M, Richa S, Stephan, E. Le Syndrome de glissement. Hôpital Psychiatrique de la Croix. 2005; 5(28):44-49.
58. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014 [citado marzo de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
59. Manuel A, Jiménez N, Gálvez Sánchez RES. Capítulo 23 Depresión y ansiedad. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid, España. : Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.; 2006. p. 243-249.
60. González Molejón JA. LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. [Internet]. 2018 [citado marzo de 2022];50(50):1–50. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
61. Calderón M Dingo. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 jul [citado Maz 2022]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
62. Cortajarena García MC, Ron Martín S, Miranda Vicario E, Ruiz de Vergara Eguino A, Azpiazu Gomez PJ, Lopez Aldana J. Antidepressants in the elderly. Semergen [Internet]. 2016 [citado marzo de 2022];42(7):458–63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-antidepressivos-tercera-edad-S1138359315002993>
63. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Abordaje farmacológico de la depresión. En: Álamo González C, Gil Gregorio P, Zaragoza Arnáez C, García García P, editores. Guía de buena práctica clínica en Geriatria depresión en las personas mayores [Internet]. Madrid, España. ; 2017 [citado febrero de 2022]. p. 70–80. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Depresion.pdf
64. Quesada Astorga D. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII . [Internet]. 2015;3–7. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151b.pdf>
65. Rodríguez Cruz VE, Torres Palacios LP, Cali Adriano MP, Villafuerte Lozada EM, Quingatuña DEE, Ballesteros Reyes EP, et al. Avances en el manejo del delirium en los pacientes geriátricos. REVISTA AVFT [Internet]. 2020;39:1–4. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_1_2020/1_avance.pdf
66. Pérez Pérez Yanay, Turro Mesa Lucía Nivia, Mesa Valiente Rita, Turro Caró Eloy. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. MEDISAN [Internet]. 2018 mayo [citado marzo 2022]; 22(5): 543-550. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500012&lng=es.
67. Alonso Ganuza Zuria, González-Torres Miguel Angel, Gaviria Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2012 jun [citado marzo 2022]; 32(114): 247-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200003>.
68. Ayosa CFV. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUIDADO HUMANIZADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA [Internet]. [Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA; 2021 [citado marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2941/ENFE-VAR-AYO-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Pachón Briceño K, Piña Cárdenas LF, Pineda Pineda DC, Pineda Vargas I, Giménez Alvarado MJ. PRINCIPIOS BIOÉTICOS APLICADOS POR LA ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL AREA PRIVADA. Revista Venezolana de Enfermería y Ciencias de la Salud [Internet]. julio de 2018 [citado 2022];11(2):107–12. Disponible en: <https://revistas.uclae.org/index.php/sac/article/download/2218/1247/2238>
70. Corilloclla Guillermo RK, Gerardo. PRL. Percepción del paciente sobre la aplicación de los principios bioéticos en el cuidado de enfermería brindando en el servicio de emergencia [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería. ; 2017 [citado 2022]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/923/Percepcion_CorillocllaGuillermo_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
71. Zambrano Bermeo RN. Ética y bioética en Enfermería. En: Bermeo de Rubio M, Pardo Herrera I, editores. De la ética a la bioética en las ciencias de la salud [Internet]. Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.; 2020 [citado enero de 2022]. p. 175–94. Disponible en: <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/216/218/4003?inline=1>
72. Decálogo de Ética de la Carrera de Enfermería [Internet]. Unam.mx. 2021 [citado febrero de 2022]. Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php
73. Comisión de Consolidación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de Derechos Generales de los Enfermeros [Internet]. Secretaria de Salud Estado de México. [citado febrero de 2022]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_generales
74. Comisión de Consolidación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de Derechos de los Pacientes [Internet]. Secretaria de Salud Estado de México. [citado febrero de 2022]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_generales
75. Comisión Nacional de Bioética. Comisión Nacional de Bioética México [Internet]. 2010 [citado el 29 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
76. IMSS. Prevención, diagnóstico y tratamiento del DELIRIUM en el adulto mayor hospitalizado [Internet]. 2016 [citado el 02 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/465GRR.pdf>
77. Sociedade Galega da dor e cuidados paliativos. Manual Básico del Dolor de la SGADOR para residentes. GRUNENTHAL; 2017.

78. Buela G, Díaz A, Sánchez I. Técnicas de evaluación de los trastornos del sueño. En: Evaluación y tratamiento del trastorno del sueño [Internet]. Síntesis; [citado el 11 de enero de 2022]. p. 65–109. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788413570457.pdf>
79. Cepero I, González M, González O, Conde T. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur [Internet]. Feb 2020. [citado el 02 de diciembre de 2022].; 18(1): 112-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112&lng=es
80. García Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest Méx [Internet]. 2017 [citado el 11 de enero de 2022];29:77–85. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077
81. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 11 enero 2022] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
82. Gallo C, Vilosio J. Actualización de los criterios STOPP-START, una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. Evid Act Pract Ambul 2015;18(4):124-129.
83. Ana. SR, Elena. FA, Pilar. ML, Ernesto. GA. Valoración Geriátrica Integral. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología., editor. Tratado de Geriatria para residentes [Internet]. p. 59–68. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf
84. Andrea. CHC. Promoción de bienestar psicológico en adultos mayores. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia. ; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79182/PROMOCION%20DE%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20-%20CAMILACHAVES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
85. Jon. KZ. Manual Clínico de Mindfulness [Internet]. París, Francia: Desclee De Brouwer, DDB; 2016. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/7857235c8048b09c8820c50177ba4479.pdf>
86. Oneca Carreras N. Musicoterapia. Facultad De Educación Y Psicología De La Universidad De Navarra. ; 2015. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39653/1/Noelia%20Oneca.pdf>
87. Palomo Cobar ML. Aromaterapia [Internet]. [Guatemala.]: Universidad de San Carlos de Guatemala.; 2005 [citado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07_1776.pdf
88. León D, Rojas M, editores. Autocuidado de la Salud [Internet]. Universidad Católica de Chile.; 2012 [citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
89. INAPAM. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente>
90. Wanden-Berghe Carmina. Evaluación nutricional en mayores. Hosp. domic. [Internet]. 2022 Sep [citado 11 de enero 2022]; 6(3): 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152022000300121&lng=es. Epub 22-Ago-2022. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171>.
91. IMSS. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de los problemas bucales en el Adulto Mayor. [Internet]. Disponible en: <https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Guias/583GRR%5b1%5dPROBLEMAS%20BUCALES%20ADULTO%20MAYO R.pdf>
92. Arteaga J, Olavarría C, Naranjo DB, Elgueta L, Espínola M. Cómo realizar una evaluación de deglución completa, eficaz y en corto tiempo. Rev. Otorrinolaringóloga. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. Abril 2006 [citado 11 de enero 2022] ; 66(1): 13-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162006000100003>
93. Callorda Sorondo M, Fiorella. FN. Protocolo de Evaluación del Trastorno Deglutorio en adultos [Internet]. 2018 mar [citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/ispui/bitstream/20.500.12008/18427/1/MGEUTM_Callorda_Fernandez_2018.pdf
94. Wanden-Berghe Carmina. Evaluación nutricional en mayores. Hosp. domic. [Internet]. 2022 Sep [citado 11 enero 2022]; 6(3): 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152022000300121&lng=es. Epub 22-Ago-2022. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171>.
95. Gómez Ayala A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento. Elsevier [Internet]. 2007 [citado el 11 de febrero de 2022];21(7):39–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-clinica-13108592>
96. Flores Almonacid CI, Ruiz Pérez López Urbano T, López Espejo MD, Turrado Muñoz MA, Romero Bravo A. Prevención de la Aspiración Orofaringea. Hospital Universitario Reina Sofia. Unidad de Gestión de Medicina Interna. Córdoba, 2019. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/publicaciones_enfermeria/prevencion_aspiracion_orofaringea_revision_08022020.pdf
97. Julia. B. Disfagia orofaringea y broncoaspiración. Revista Española de Ge [Internet]. 2009 [citado el 11 de noviembre de 2021];44(52):22–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-broncoaspiracion-S0211139X09002170>
98. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: secretaria de Salud; Actualización mayo 2010. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/095GER.pdf>
99. Cerda L. Manual de Rehabilitación Geriátrica. 1er. edición. Hospital Clínico Universidad de Chile.; 2011.
100. 100. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/703GER.pdf>
101. Soto C. Importancia de los Ejercicios Isométricos para evitar la Atrofia Muscular del Cuádriceps durante la Inmovilización de Rodilla [Internet]. [Quetzaltenango]: Universidad Rafael Landívar. ; 2012 [Citado él 12 de febrero De 2022]. Disponible en: <http://RecursoBiblio.Url.Edu.Gt/Tesisjcem/2015/09/01/Soto-Carol.Pdf>
102. Ibarra Cornejo José Luis, Fernández Lara María José, Aguas Alveal Elena Viviana, Pozo Castro Alex Felipe, Antillanca Hernández Bárbara, Quidequeo Reffers Diego Galvarino. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. An. Fac. med. [Internet]. Octubre 2017 [citado 04 julio 2022]; 78(4): 439-444. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14268>
103. Colutorios, enjuagues y elixires bucales. Higiene completa. Farm prof (Internet). 15(9):83–91.

104. Horra Gutiérrez I. ENFERMERÍA CLÍNICA I [Internet]. Universidadde Cantabria. [citado 2021]. Disponible en:<https://ocw.unican.es/pluginfile.php/837/course/section/902/Apuntes%2520de%2520Oxigenoterapia.pdf>
105. Gómez Grande ML, González Bellido V, Olguin G, Rodríguez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico. Enferm Intensiva [Internet]. 2010 [citado noviembre de 2021];21(2):74–82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-manejo-secreciones-pulmonares-el-paciente-S11302399100003506>
106. Cuidado de su ileostomía o colostomía [Internet]. Memorial Sloan Kettering. 2021 [citado el 4 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/caring-for-your-ileostomy-colostomy>
107. Hernán. MG, Francisco. HV, Raúl. EI, Carlos. BM. Estomas intestinales: Construcción y complicaciones. Asociación Médica [Internet]. 2011 [citado el 12 de noviembre de 2022];56(4):205–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114e.pdf>
108. Cuidado de su ileostomía o colostomía [Internet]. Memorial Sloan Kettering. 2021 [citado el 4 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/caring-for-your-ileostomy-colostomy>
109. Fernanda VDM, Guadalupe GCJ, Lorena ABS, Joset. CRM. Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. Revista Eugenio Espejo. 2021;15(2):18–23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572866949004/572866949004.pdf>
110. Gómez Viana L, Zepeda B, Moran A, Milagros F. Manejo de las infecciones de las heridas quirúrgicas. Hospital Ourense. [Internet]. 2014. [citado noviembre de 2021].
111. Loyola ÁSM. Cura De Heridas Quirúrgicas. Protocolo De Actuación. [Internet]. Universidad Pública de Navarra.; 2014 [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://academica-unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>
112. García CT. Expresión del Adulto Mayor mediante el acto de vestir [Internet]. EAFIT; [citado 2021]. Disponible en: https://repositorio.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/29915/Camilo_TobonGarcia_2021.pdf?sequence=6&isAllowed=y
113. Cancino, M. Rehbein, L. Gómez Pérez, D. S.Ortiz, M. Evaluación de funcionamiento cognitivo en adultos: Análisis y contrastación de tres de los instrumentos de mayor divulgación en Chile. Rev Med Chile. [Internet]. 2020 [citado feb 2022]; 148:452-458. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n4/0717-6163-rmc-148-04-0452.pdf>
114. Monteagudo Torres Marisol, Gómez Viera Nelson, Martín Labrador Miladys, Jiménez Fontao Lilliam, Mc Cook Ernesto, Ruiz García Dania. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. Rev cubana med [Internet]. 2009 Sep [citado feb 2022] ; 48(3) : 59-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000300006&lng=es
115. Contreras Hernández, V. Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. [Internet]. 2021. [citado feb 2022]; (9). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800037&script=sci_arttext
116. Cruz Carpena, R. Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas. Universidad Pontificia Comillas. [Internet]. 2015. [citado feb 2022]. Disponible: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2592/retrieve>
117. Picon YA, Orozco JE, Molina J, Franky MP. Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. MedUNAB. 2020; 23 (1):118-130. DOI: 10.29375/01237047,3714.
118. González Soto CE, Agüero Grande JÁ, Mazatán Ochoa CI, Guerrero Castañeda RF. Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia Covid-19 - nueva normalidad. Cogitare enferm. [Internet]. 2021; 26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463>.
119. Enfeddal NT. NFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y ROL DE ENFERMERÍA [Internet]. [España.]: Universidad de Valladolid.; 2016. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24458/TFG-H887.pdf>
120. Alicia. UM. Plan de cuidados de enfermería dirigido al manejo emocional del paciente oncológico [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-dirigido-al-manejo-emocional-del-paciente-oncologico/>
121. Crawford HHA. Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física. Elsevier . 2017;32–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidar-adultos-con-deterioro-movilidad-S0212538217301073>
122. Castillo M J, Delgado M, Gutiérrez A, Carbonell A, España V, Aparicio V A, Roero C, Heredia J M, García E, Ortega F B. Formación de técnicos en actividad física para personas mayores. Málaga 2007; Instituto Andaluza del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/anexo_12_ejercicios_respiracion.pdf
123. Juan P. El calentamiento [Internet]. [citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.edu.xunta.gal/centros/cpinaviadesuarna/system/files/EL%20%20CALENTAMIENTO.pdf>
124. Arévalo Herrera DM. Estimulación múltiple en adultos mayores [Internet]. Universidad Iberoamericana Puebla; 2015. Disponible en: <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/278/Estimulacionmultiple-Arevalo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
125. Lorena. C. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista Médica de los condes. 2014;25(2):265–75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>
126. Crawford A, Harris H. Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física. 2017;34(4). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidar-adultos-con-deterioro-movilidad-S0212538217301073>
127. Wanden-Berghe Carmina. Evaluación nutricional en mayores. Hosp. domic. [Internet]. 2022 Sep [citado 2022 Feb 22]; 6(3): 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-511520220003000121&lng=es. Epub 22-Ago-2022.
128. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Guía de Práctica Clínica en Geriátrica. Nutrición en el Anciano. Madrid, España.: Nestle Health Scieencie.; 2014. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=i&q=&esc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiBqbeOrob9AhWdO0QlHYUpCKQQfNoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3Dmedia%2Fdescargas%2Fguia_nestle.pdf&usq=AOvVaw2c3OwVip0DnKtzvURvkoj

129. Gómez Ayala A-E. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento. Farm Prof (Internet) [Internet]. 2007 [citado el 17 de febrero de 2022];21(7):39–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-clinica-13108592>
130. Loredó-Figueroa MT, Gallegos Torres RM, Xue-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm Univ [Internet]. 2016;13(3):159–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>
131. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores [Internet]. gob.mx. [citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
132. Ximena MNJ, Maximiliano OTD, Wladimir ZLC, Santiago CM, editores. Mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor a través de actividades recreativas [Internet]. Revista Digital de Buenos Aires.; 2016 [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd212/estado-de-animo-del-adulto-mayor.htm>
133. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Who.int. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
134. Moreno Monsiváis M. G, Garza Fernández L., Interrial Guzmán M. G. MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR AL ALTA HOSPITALARIA. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2013;XIX(3):11-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441814002>
135. Marisol L, Madrigal J. LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
136. Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Internet]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

Anexos. -
ANEXO 1.- MNA

MNA (Mini Nutritional Assessment)				
SOMATOMETRIA	TALLA		PESO	IMC
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación, deglución en los últimos 3 meses?				
	Ha comido mucho menos		Ha comido menos	Ha comido igual
	0		1	2
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)				
	Pérdida de peso > 3 kg	No sabe	Pérdida de peso entre 1 y 3 kg	No ha habido pérdida de peso
	0	1	2	3
C. Movilidad				
	De la cama al sillón		Autonomía en el interior	Sale del domicilio
	0		1	2
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?				
		SI		NO
		1		2
E. Problemas neuropsicológicos				
	Demencia o depresión grave		Demencia moderada	Sin problemas psicológicos
	0		1	2
F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/talla en m ²				
	IMC < 19	19 a < 21 IMC	21 a < 23 IMC	> 23 IMC
	0	1	2	3
Evaluación Cribaje				
	12-14 puntos		Estado nutricional normal	
	8-11 puntos		Riesgo de mal Nutrición	
	0-7 puntos		Malnutrición	
Evaluación				
G. ¿La persona vive independiente en su domicilio?				
		SI		NO
		1		2
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?				
		SI		NO
		1		2
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?				
		SI		NO
		1		2
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día?				
	1 comida		2 comida	3 comida
	0		1	2
K. ¿ Consume la persona los siguientes alimentos?				
	Lácteos una vez al día	SI		NO
	Huevo y Legumbres (1-2 semana)	SI		NO

Carne, pescado o aves, diariamente	SI		NO	
Resultado				
	0,0	Si hay 0 o 1 respuesta afirmativa		
	0,5	Si hay 2 respuesta afirmativa		
	1,0	Si hay 3 respuesta afirmativas		
L. ¿Consume frutas y verduras al menos 2 veces al día?				
	SI		NO	
	1		2	
M. ¿ Cuantos vasos de agua otro líquido toma el día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)				
Menos de 3 vasos		De 3 a 5 vasos		Más de 5 vasos
0		0.5		1
N. Forma de alimentarse				
Necesita ayuda		Se alimenta sólo con dificultad		Se alimenta sólo sin dificultad
0		1		2
O. ¿ se considera la persona está bien nutrido?				
Malnutrición grave		No lo sabe o malnutrición moderada		Sin problema de nutrición
0		1		2
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra la persona en su estado de salud?				
Peor	No lo sabe	Igual		Mejor
0	0.5	1		2
Q. Circunferencia braquial				
<21 cm		21<22		>22
0		0.5		1
R. Circunferencia de la pantorrilla				
	<31		>31	
	0		1	
Evaluación			Estado nutricional	
Evaluación (max.16 pts.)			24 a 30	Normal
Cribaje			17 a 23.5	Riesgo Desnutrición
Evaluación Global (max.30 pts.)			Menos 17	Desnutrición

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Nestlé Nutrition Institute. Cribado nutricional tan sencillo como MNA. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA®). Disponible en: <https://n9.cl/mgu6v> & Instituto Nacional de Geriátria. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. 2020. Pág. 71-72.

ANEXO 2-. Criterios STOPP – STAR

Sección A. Sistema cardiovascular

1. Antagonistas de la vitamina K, Inhibidor de la trombina o del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa estén contraindicados.
3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica.
4. Tratamiento antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente superior a 160 mmHg y/o la presión diastólica sea habitualmente >90mmHg (>140 mmHg y 90 mmHg si tiene diabetes mellitus).
5. Estatinas en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea mayor de 85 años.
6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.
7. Bloqueadores beta en la cardiopatía isquémica.
8. Bloqueadores betas apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en ICC sistólica estable.

Sección B. Sistema respiratorio

1. Corticosteroides inhalados pautados en el asma o EPOC moderado a grave, cuando el volumen de espiración forzada (FEV1) es inferior al 50% y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticoides orales.
2. Oxígeno terapia domiciliar continua en la hipoxemia crónica (pO₂ <8,0 kPa [60mmHg] o saturación de O₂ < 89%).
3. Agonista B2 o antimuscarínicos inhalatorios pautados (ej. ipratrópio) en el asma o EPOC leve a moderado.

Sección C. Sistema nervioso central y ojos

1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundaria.
2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes.
3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepepilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderado o la demencia de por cuerpos de lewy (rivastigmina).
4. Prostaglandinas, prostamina o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto.
5. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina o pregabalina si los ISRS están contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.
6. Antagonistas dopaminérgicos (pramipexol) para síndrome de piernas inquietas una vez descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.

Sección D. Sistema gastrointestinal

1. Suplementos de fibra (ej. salvado, metilcelulosa) en la diverticulosis sintomática crónica con antecedentes de estreñimiento.
2. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o estenosis péptica que requiera dilatación.

Sección E. Sistema musculoesquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante.
2. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad previas y/o densidad mineral ósea con T score inferiores a -2,5 en múltiples puntos.
3. Antirresortivos o anabolizantes óseos (ej. bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab) en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones para su uso.
4. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de la casa, sufren caídas o tienen osteopenia (T score -1 a -2.5 en múltiples puntos).
5. Inhibidores de la xantina oxidasa (ej. allopurinol) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes.
6. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato.

Sección F. Sistema endocrinológico

1. IECA o ARA-2 en pacientes con diabetes mellitus con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o micro albuminuria (>30 mg/24h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal).

Sección G. Sistema Genitourinario

1. Bloqueantes alfa 1 (tamsulosina) para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
2. Inhibidores de la 5 alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
3. Estrógenos tópicos vaginales o pesario con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática.

Sección H. Analgésicos

1. Opioides potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINES o los opioides de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor.
2. Laxantes en pacientes que reciben opioides de forma regular.

Sección I. Vacunas

1. Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional.
2. Vacuna antineumocócica cada cinco años.

Adaptado de: Delgado Silveira E. y Col. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015 Mar-Apr;50(2):89-96.

Criterios STOPP

Sección A. Indicación de medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica.
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento este bien definida.
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), diuréticos de asa, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco).

Sección B. Sistema cardiovascular

1. Digoxina en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) con función sistólica conservada.
2. Amiodarona como tratamiento antiaritmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de toxicidad que controlando la frecuencia).
3. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (kalemia menor a 3 mEq/L), hiponatremia (natremia menor a 130 mEq/L) o hipercalcemia o con antecedentes de gota.
4. Antihipertensivos de acción central (metildopa, clonidina) salvo intolerancia o falta de eficacia a otras clases de antihipertensivos.
5. IECA o los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA 2) en pacientes con hiperkalemia.
6. Antagonistas de la aldosterona (espironolactona, espirorenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (IECA, ARA 2 amiloride, triamtereno) sin monitoreo del potasio (debería monitorizarse cada seis meses).
7. Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafil, verdenafilo) en ICC grave con hipotensión o asociado a nitratos (riesgo de colapso cardiovascular).
8. Diuréticos de asa para edemas maleolares sin evidencia de ICC, síndrome nefrótico, insuficiencia renal.
9. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea para hipertensión arterial o cuando existe incontinencia urinaria (empeora la incontinencia).
10. Betabloqueantes en presencia de bradicardia (frecuencia cardíaca < 50 latidos por minuto) o bloqueo aurículo-ventricular de segundo o tercer grado.
11. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco).

Sección C. Antiagregantes/Anticoagulantes

1. AAS a dosis superiores a 160 mg/día (aumento del riesgo de sangrado sin mayor eficacia).
2. AAS en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin IBP.
3. AAS, clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de vitamina K, inhibidores de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (ejemplo: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágica, sangrado reciente espontáneo significativo).
4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus salvo que el paciente tenga un stent coronario, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios del clopidogrel en monoterapia).
5. AAS combinada con antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (la AAS no aporta beneficios).
6. Antiagregantes combinados con antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios).
7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar y menos efectos adversos).
8. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicada durante más de seis meses.
9. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses.
10. AINE en combinación de antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa (riesgo hemorragia digestiva grave).

Sección D. Sistema nervioso central y psicotrópicos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en pacientes con demencia, glaucoma, trastornos de la conducción cardíaca, prostatismo o con antecedentes de retención aguda urinaria.
2. ATC como tratamiento de primera línea en depresión (mayor riesgo de efectos adversos que con ISRS).
3. Neurolépticos con efecto anticolinérgico moderados a graves (clorpromazina, clozapina, flufenazina) en pacientes con antecedentes de prostatismo o retención aguda de orina (alto riesgo de retención urinaria).
4. Benzodiacepinas durante más de cuatro semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados); riesgo de sedación prolongada, confusión, caídas, accidentes de tránsito (si el tratamiento supera las cuatro semanas suspender en forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia).
5. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o demencia por Cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales).
6. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos extrapiramidales de los neurolépticos.
7. Neurolépticos en pacientes dementes con trastornos de la conducta, salvo que sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus).
8. Anticolinérgicos en pacientes con delirium o demencia (empeoramiento de la cognición).
9. Neurolépticos como hipnóticos salvo que el trastorno del sueño se deba a demencia o psicosis (riesgo de confusión, caídas, hipotensión, efectos extrapiramidales).
10. Inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con antecedentes de bradicardia persistente (frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no clara, o que reciben tratamientos simultáneos con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones).
11. Fenotiazidas como tratamiento de primera línea ya que existen alternativas más seguras y eficaces (son sedantes y tienen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores). Constituyen como excepción a este enunciado la proclorperazina en el tratamiento de náuseas, vómitos, vértigo; la clorpromazina para hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos).
12. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia).
13. Antihistamínicos de primera generación (existen otros más seguros y menos tóxicos).
14. ISRS en pacientes con hiponatremia concurrente o reciente (natremia <130 mEq/dl).

Sección E. Sistema Renal

Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en el adulto mayor con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinado nivel de filtrado glomerular (consultar vademécum locales y fichas técnicas).

1. Digoxina en dosis mayores a 125 ug/día con tasa de filtrado glomerular (TFG) <30 ml/min (riesgo de intoxicación digitalica si no se realiza monitoreo).
2. Inhibidores directos de la trombina (ej. dabigatran) con TFG <30 ml/min (riesgo de sangrado).
3. Inhibidores del factor Xa (ej. rivaroxaban) con TFG <15 ml/m (riesgo de sangrado).
4. AINE con TFG <50 ml/m (riesgo de deterioro de la función renal).
5. Colchicina con TFG <10 ml/m (riesgo de toxicidad).
6. Metformina con TFG <30 ml/m (riesgo de acidosis láctica).

Sección F. Sistema gastrointestinal

1. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (ej. hierro fumarato y sulfato >600 mg/día, hierro gluconato >1.800 mg/día). No hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis.
2. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (ej. fármacos anticolinérgicos, hierro oral, opioides, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existen otras alternativas que no estríen.
3. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica o esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante más de ocho semanas.
4. Metoclopramida en pacientes con parkinsonismo (empeora el parkinsonismo).

Sección G. Sistema respiratorio

1. Broncodilatadores antimuscarínicos (ej. ipratropio, tiotropio) en pacientes con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) u obstrucción del tracto urinario inferior (puede causar retención urinaria).
2. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) en pacientes con antecedentes de asma que requiere tratamiento (aumenta el riesgo de bronco espasmo).
3. Benzodiazepinas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica (riesgo de insuficiencia respiratoria).
4. Corticoides sistémicos en lugar de corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a grave.
5. Teofilina como monoterapia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (Existen alternativas más seguras).

Sección H. Sistema musculoesquelética

1. AINE (exceptuando los inhibidores selectivos de la COX-2) en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H2 o IBP.
2. AINE en pacientes con hipertensión grave o insuficiencia cardíaca (riesgo de exacerbación).
3. AINE a largo plazo (> tres meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol.
4. Inhibidores selectivos de la COX-2 en pacientes con enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de infarto e ictus).
5. AINE con corticoides sin IBP a dosis profiláctica (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
6. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (ej. dislagia esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva alta, debido al riesgo de reparación o de exacerbación de las mismas).
7. Corticoides a largo plazo (más de tres meses) como monoterapia en la artritis reumatoide.
8. AINE con corticoides sin IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
9. Corticoides para el tratamiento de artrosis (salvo inyecciones intra-articulares periódicas en dolor monoarticular).

Sección I. Sistema urogenital

1. Fármacos antimuscarínicos vesicales en pacientes con demencia (aumenta el riesgo de confusión, agitación) o glaucoma de ángulo estrecho (exacerbación del glaucoma) o prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
2. Bloqueantes alfa-1-adrenérgico selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope).

Sección J. Sistema endócrino

1. Sulfonilureas de larga acción (ej.: glibenclámda, clorpropamida, glimeperida) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
2. Tiazolidinedionas (ej. rosiglitazona, pioglitazona) en pacientes con ICC (riesgo de exacerbación de ICC).
3. Andrógenos en ausencia de hipogonadismo primario o secundario (riesgo de toxicidad por andrógenos; no han demostrado beneficio fuera de la indicación de hipogonadismo).
4. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o trombosis venosa (riesgo de recurrencia).
5. Estrógenos orales sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de útero).
6. Betabloqueantes en pacientes con diabetes mellitus con episodios frecuentes de hipoglucemia (enmascara los episodios).

Sección K. Fármacos que aumentan en forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio).
2. Neurolépticos (pueden producir dispraxia en la marcha, parkinsonismo).
3. Vasodilatadores (bloqueantes alfa 1 adrenérgicos, antagonistas del calcio, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) en pacientes con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de presión sistólica, riesgo de síncope y caídas).
4. Hipnóticos-Z (ej. zopiclona, zolpidem, zaleplon; pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia).

Sección L. Analgésicos

1. Uso de opiáceos potentes, orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, metadona, tramadol) como tratamiento de primera línea en el dolor leve (inobservancia de la escala de la OMS).
2. Uso de opioides pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de constipación grave).
3. Opiáceos de acción prolongada sin opioides de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor).

Sección N. Carga antimuscarínico/anticolinérgica

1. Uso de dos o más fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos (ej. antiespasmódicos vesicales o intestinales, antihistamínicos de primera generación; debido al riesgo de toxicidad anticolinérgica).

Adaptado de: Delgado Silveira E. y Col. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015 Mar-Apr;50(2):89-96.

ANEXO 3.-KATZ

Escala KATZ (Actividades Básicas de la Vida Diaria)		Puntos
Baño	No recibe ayuda (entra y sale del baño por sí mismo)	1
	Recibe ayuda para lavar sólo una parte del cuerpo	1
	Recibe ayuda para lavar más de una parte de su cuerpo	2
Vestido	Saca la ropa y se viste completamente sin ayuda	1
	Saca la ropa y se viste sin ayuda excepto para ajustar las cintas del zapato	1
	Recibe ayuda para sacar la ropa o para vestirse , o permanecer desvestido parcial o completamente	2
Uso del WC	Acude al sanitario y se asea sin ayuda (puede apoyarse y utilizar cómodo de noche , y lo vacía en la mañana).	1
	Recibe al acudir al sanitario, al asearse o al arreglar sus ropas	1
	No acude al sanitario ni arregla sus ropas	2
Movilidad	Se mueve dentro y fuera de la cama y silla sin ayuda (puede utilizar un objeto o soporte)	1
	Sube y baja de la cama de la cama y se sienta y se levanta de la silla con ayuda	1
	No se levanta de la cama	2
Continencia	Controla la micción y la defecación completamente	1
	Presenta accidentes ocasionales	1
	Requiere supervisión para controlar la micción o la defecación; utiliza sonda o es incontinente	2
Alimentación	Se alimenta sin ayuda	1
	Se alimenta solo, pero requiere ayuda para cortar la carne o untarla mantequilla	1
	Recibe ayuda para alimentarse o es alimentado parcial o totalmente vía enteral o parenteral.	2
Resultado		

A:	Independiente en las seis funciones
B:	Independiente en todas , salvo en una de estas funciones
C:	Independiente en todas, salvo el baño y otra función
D:	Independiente en todas, salvo el baño, el vestido y otra función.
E:	Independiente, salvo en baño, él vestido, el sanitario y otra función.
F:	Independiente, salvo en baño, el vestido, él sanitario, la movilización y otra función
G:	Dependiente en las seis funciones
Otros:	Dependiente por lo menos en dos funciones, pero no clasificados como C ,D ó F.

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Instituto Nacional de Geriátria, Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral, México 2020, pp. 41. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_1/01_KATZ.pdf

ANEXO 4-. Lawton y Brody

LAWTON & BRODY (Actividades Instrumentadas Vida Diaria)	
A. Capacidad para usar el teléfono	
1. Utilizar el teléfono a iniciativa propia, buscar y marcar los números, etc.	1
2. Marcar unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contestar el teléfono, pero no marca	0
4. No usar el teléfono	0
B. Ir de compras	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. Cuidar la casa	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. Lavado de ropa	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0

G. Responsabilidad sobre la medicación	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. Capacidad de usar dinero	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	0
3. Incapaz de manejar el dinero	0
Total	

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Instituto Nacional de Geriátria, Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral, México 2020, pp. 43. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_1/02_Lawton.pdf

ANEXO 5-. Escala Karnofsky

Índice Karnofsky	
100	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad
90	Capaz de realizar actividad normal. Signos y síntomas menores de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Cuida de sí mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo
60	Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades
50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes
40	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia
30	Gravemente discapacitado. Hospitalización está indicada, aunque muerte no se ve inminente
20	Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios
10	Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente
0	Fallecido

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Puiggros C., Lecha M., Rodríguez T., Pérez-Portabella C., Planas M.. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 abr ; 24(2): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008&lng=es.

ANEXO 6-. Escala Rosow-Breslaw (movilidad)

Escala Rosow-Breslaw (movilidad)	SI	NO
1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso	1	0
2. Es capaz de caminar 500 metros	1	0
3. Realiza trabajo pesado en casa	1	0
Total		

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Módulo 3 Evaluación funcional del adulto mayor. 19-35. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7791001/manual-adulto-mayor>

ANEXO 7.- Índice Nagi

Índice Nagi	SI	NO
1. Inclinar, agacharse, arrodillarse (recoger objetos)	1	0
2. Levantar los brazos por arriba de los hombros	1	0
3. Escribir o manipular pequeños objetos	1	0
4. Empujar o jalar objetos (ej. Silla)	1	0
5. Levantar y cargar objetos de 5 kg o más	1	0
Total		

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: López-Ortega M. Limitación funcional y discapacidad: Conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria, 2013, Pág. 215-225. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_1/UNIDAD_2/Limitación.pdf

ANEXO 8-. MMSE

Mini-Mental State Examination (MMSE)					
¿Sabe leer?	SI	NO	¿Sabe escribir?	SI	NO
1. Orientación Temporal					
¿En qué fecha estamos?		D:	M:	A:	
¿Qué día de la semana es?					
¿En qué estación del año estamos?					
Orientación Espacial					
¿En qué país estamos?					
¿En qué estado estamos?					
¿En qué alcaldía estamos?					
¿Dónde estamos ahora?					
¿En que pisó/planta estamos?					
2. Fijación					
Nombra 3 objetos y repítalos		Mesa	Llave	Libro	

3. Atención y cálculo (una opción)					
Restar 100 en 7 en 7	93	86	79	72	65
Deletrear MUNDO al revés	M	U	N	D	O
4. Memoria					
Nombra los 3 objetos antes mencionados	Mesa	Llave	Libro		
5. Lenguaje					
Señala el objeto LÁPIZ ¿Qué es?	Lápiz	Otro			
Señala el objeto RELOJ ¿Qué es?	Reloj	Otro			
Repita lo siguiente "Ni si es, ni no es, ni peros"	SI	NO			
Instrucciones que hacer con la hoja de papel	Tomar	Doblar	Dejarlo suelo		
Instrucciones "Cierra los ojos"	SI	NO			
Escribir una frase completa	SI	NO			
Dibujos pentágonos	Se cruzan	Cerrados			
	Total				

Probable deterioro cognitivo	< 24
Sin deterioro cognitivo	> 24

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Instituto Nacional de Geriátria, Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral, México 2020, pp. 27-28. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf

ANEXO 9-. Escala Yesavage

Escala de Yesavage	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	1	0
9. Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Piensas que tienes más problemas de memoria que la mayoría?	1	0
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	1	0
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	0	1
14. ¿Se siente lleno de energía?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
Total		

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Instituto Nacional de Geriátria, Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral, México 2020, pp. 36. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf

ANEXO 10.- DSM V- Criterios de Trastorno Adaptativo

CRITERIO A

Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

CRITERIO B

Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otro trastorno relacionado con traumas especificado.

CRITERIO C

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

CRITERIO D

Los síntomas no representan el duelo normal.

CRITERIO E

Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones o la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Trastorno Adaptativo. 2015. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

ANEXO 11-. Zarit

Test sobre la carga del cuidador (Zarit)	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					

15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de la persona?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					
Total					
Resultado					
No se encuentra en sobrecarga	>47				
Indican sobrecarga leve	48 -54				
Indican sobrecarga intensa	55				

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, estudiante Especialidad Enfermería del Anciano, 2023. Recuperado: Instituto Mexicano del Seguro Social. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. 2015; México. Pp. 37. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>

ANEXO 12-. Clinimetria

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Fecha de valoración: 30 / Septiembre / 2021.

IDENTIFICACIÓN	<p>Nombre: <u>M. Cristina</u>. Edad: <u>80años</u>. Fecha Nacimiento: <u>08/ sep. / 1941</u> Fecha Ingreso: <u>28/ sep./ 2021</u> Sabe leer y escribir: Si (x) No () Escolaridad: <u>Maestría</u> Diagnósticos médicos: <u>Adenocarcinoma colorrectal ECIIIB (T3 N1 M0) + Cx. LAPE + Resección anterior ultra baja + coloanostomosis mecánica + Ileostomía de protección</u></p> <p>Alergias: <u>Negadas</u></p>
-----------------------	---

OXIGENACIÓN	F.R: <u>20 rpm</u> F.C: <u>98 lpm</u> T/A: <u>140/70 mm/Hg</u> Llenado capilar: <u>2 seg.</u> SpO2: <u>91% - 88%</u> O2 suplementario: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Litros requeridos: <u>3 lt</u> Tipo de dispositivo: Cánula nasal (<input checked="" type="checkbox"/>) Mascarilla simple (<input type="checkbox"/>) Mascara Reservoirio (<input type="checkbox"/>) Otro _____			
	Fuma/ Fumó: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Índice tabáquico (# cigarros x día x # años de fumador/20): <u>30 años / 7.5</u> Reflejo tusígeno: Presente (<input checked="" type="checkbox"/>) Ausente (<input type="checkbox"/>) Disminuido (<input type="checkbox"/>) Edema: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>) Sitio: _____ Godette: <u>No valorable</u> Expectoración: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>) Características: <u>No valorable</u> Dependiente (<input checked="" type="checkbox"/>) Independiente (<input type="checkbox"/>) Posee inspirómetro: Sí (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Sabe utilizarlo Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)			
	Esfuerzo respiratorio	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Ruidos respiratorios	Normales (<input type="checkbox"/>) Anormales (<input type="checkbox"/>)
	Tos	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Roncus	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
	Rinorrea	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Sibilancias	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
	Epistaxis	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Estertores	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
	Hemoptisis	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Crepitación	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
	Disnea	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Estridor	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
	Tipos de respiración	Eupnea (<input type="checkbox"/>)	Taquipnea (<input type="checkbox"/>)	Bradipnea (<input type="checkbox"/>)
		Hiperpnea (<input type="checkbox"/>)	Biot (<input type="checkbox"/>)	Atáxica (<input type="checkbox"/>)
Kussmaul (<input type="checkbox"/>)		Cheyne-Stokes (<input type="checkbox"/>)		
Observaciones: <u>Uso de O2 suplementario intermitente.</u>				
COMER Y BEBER ADECUADAMENTE	Tipo de dieta: <u>Líquida / blanda</u> Número de comidas por día: <u>2</u> Porcentaje de ingesta: <u>40%</u> Cantidad de líquidos totales: <u>700 ml</u> Cantidad bebida: <u>250 ml</u> Tipo de alimentación: Enteral (<input checked="" type="checkbox"/>) Parenteral (<input type="checkbox"/>) Especificar: <u>oral</u> Ingesta basal y actual: _____ Integra todos los grupos de alimentos en su dieta: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especificar: <u>frutas y verduras, cereales, carnes y pescados</u> Come en compañía de: <u>Esposo</u> Persona que brinda y prepara sus alimentos: <u>empleada del hogar</u> Persona que compra y elige sus alimentos: <u>Ella y su Esposo</u> Alimentos de su preferencia: <u>frutas y verduras</u>			
	Estado de la cavidad oral	Sin caries (<input type="checkbox"/>)		Caries (<input checked="" type="checkbox"/>)
	Edentulia	Parcial (<input checked="" type="checkbox"/>)	Total (<input type="checkbox"/>)	Corregida (<input checked="" type="checkbox"/>) No corregida (<input type="checkbox"/>)
	Prótesis dental	Fija (<input type="checkbox"/>)	Móvil (<input checked="" type="checkbox"/>)	Total (<input type="checkbox"/>) Parcial (<input checked="" type="checkbox"/>)
	Problemas	Masticación (<input type="checkbox"/>)	Deglución (<input checked="" type="checkbox"/>)	Intolerancia (<input checked="" type="checkbox"/>) Náuseas (<input checked="" type="checkbox"/>) Vómito (<input type="checkbox"/>)
		Disgeusia (<input type="checkbox"/>)	Disfagia (<input type="checkbox"/>)	Xerosis (<input type="checkbox"/>) Odinofagia (<input checked="" type="checkbox"/>)
	Mucosa oral	Hidratada (<input checked="" type="checkbox"/>)		Deshidratada (<input type="checkbox"/>)
	Sonda de alimentación	No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Sí (<input type="checkbox"/>)	Tipo/ Fecha de instalación: _____
	Observaciones: <u>Jose al tragar alimentos, presenta pirosis, rechazo de alimentos y refiere haber perdido peso en los últimos meses.</u>			
	PUNTAJE: _____ /30		MNA	
A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades en la masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual		J ¿Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas		
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso		K Consume la persona: Productos lácteos al menos una vez al día Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Carne, pescado o aves, diariamente		

	<p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 0-0 = 0 o 1 afirmativa 0.5 = 2 afirmativas 1.0 = 3 afirmativa</p>																	
	<p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses 0 = si 2 = no</p>	<p>L ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = si</p>																	
	<p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos</p>	<p>M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (café, té, leche, vino, cerveza...) 1.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos</p>																	
	<p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/(talla en m²) 0 = IMC < 19 Peso <u>62</u> kg 1 = 19 ≤ IMC < 21 Talla <u>156</u> m 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>																	
	<p>Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) - 12-14 puntos: Estado nutricional normal Continúe evaluación con puntuaciones inferiores: - 8-11 puntos: Riesgo de malnutrición - 0-7 puntos: Malnutrición</p>	<p>O ¿Se considera la persona está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>																	
	<p>G ¿La persona vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = si</p>	<p>P En comparación con las personas de su edad, ¿cómo la persona su estado de salud? 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor</p>																	
	<p>H ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = si 1 = no</p>	<p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22</p>																	
	<p>I ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = si 1 = no</p>	<p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>																	
	<p>Evaluación del estado nutricional De 24 a 30 puntos Estado Nutricional Normal De 17 a 23.5 puntos Riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos Malnutrición</p>	<p>Cribaje: 11 puntos Evaluación: 12.5 puntos Evaluación global (máx. 30 puntos): 23.5 puntos</p>																	
	ELIMINACIÓN	<p>a) Patrón de eliminación fecal:</p>																	
<table border="1"> <tr> <td>Estreñimiento o constipación</td> <td>Sí () No (x)</td> <td>Desde hace: _____</td> </tr> <tr> <td>Uso de laxantes</td> <td>Sí () No (x)</td> <td>Nombre, frecuencia y dosis:</td> </tr> <tr> <td>Fecha de última evacuación</td> <td colspan="2">No aplica</td> </tr> <tr> <td>Características (Bristol)</td> <td>Líquidas y acuosas</td> <td>Cantidad: <u>500 ml</u></td> </tr> <tr> <td>Incontinencia fecal</td> <td>Sí () No (x)</td> <td>Tipos: Urgencia () Pasiva ()</td> </tr> <tr> <td>Estoma</td> <td>Sí (x) No ()</td> <td>Tiempo: Recién colocada Tipo: Ileostomía</td> </tr> </table>		Estreñimiento o constipación	Sí () No (x)	Desde hace: _____	Uso de laxantes	Sí () No (x)	Nombre, frecuencia y dosis:	Fecha de última evacuación	No aplica		Características (Bristol)	Líquidas y acuosas	Cantidad: <u>500 ml</u>	Incontinencia fecal	Sí () No (x)	Tipos: Urgencia () Pasiva ()	Estoma	Sí (x) No ()	Tiempo: Recién colocada Tipo: Ileostomía
Estreñimiento o constipación	Sí () No (x)	Desde hace: _____																	
Uso de laxantes	Sí () No (x)	Nombre, frecuencia y dosis:																	
Fecha de última evacuación	No aplica																		
Características (Bristol)	Líquidas y acuosas	Cantidad: <u>500 ml</u>																	
Incontinencia fecal	Sí () No (x)	Tipos: Urgencia () Pasiva ()																	
Estoma	Sí (x) No ()	Tiempo: Recién colocada Tipo: Ileostomía																	
<p>b) Patrón de eliminación urinaria:</p>																			
<table border="1"> <tr> <td>Incontinencia urinaria</td> <td>Sí (x) No ()</td> <td>Transitoria () Crónica (x)</td> </tr> </table>		Incontinencia urinaria	Sí (x) No ()	Transitoria () Crónica (x)															
Incontinencia urinaria	Sí (x) No ()	Transitoria () Crónica (x)																	

	Número de micciones al día	Previas a la incontinencia: <u>4 micciones</u>	Actuales: <u>10 micciones</u>		
	Tipo de incontinencia	(x) Urgencia () Esfuerzo () Mixta () Funcional () Secundaria () () Neurológica () Por rebosamiento			
	Utiliza	() Pañal () Protector () Sonda vesical. (x)	Tipo/fecha: <u>28/ sep./ 2022</u>		
	Características de la orina	Concentrada, color ámbar. GU 24 H: <u>0.4</u>			
c) Otros					
Drenajes	Si (x) No ()	Tipo: <u>Blake</u>	Características: <u>serohemáticas</u>	Cantidad: <u>300 ml</u>	
Heridas	Si (x) No ()	Tipo: <u>Hx, Qx</u>	Características: en abdomen, limpia sin datos de infección	Cantidad: _____	
Diaforesis	Si () No (x)	Motivo: _____			
MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS	Funcionalidad: Katz basal: 5/6 (continencia) Katz actual: 3/6 (baño, sanitario y continencia)				
	Movilidad:	Activa ()	Pasiva (x)	Asistida ()	Inmovilidad ()
	Fecha de inicio de la alteración: desde inicio de la enfermedad	Rigidez en articulaciones Si () No (x)			
	Completa arcos de movilidad: MSD: 0-25% () 25-50% () 50-75% (x) 75-100% ()	Fuerza muscular MSD Normal () Disminuida (x)		Fuerza muscular MSI Normal () Disminuida (x)	
	MSI: 0-25% () 25-50% () 50-75% (x) 75-100% ()				
	MPD: 0-25% () 25-50% () 50-75% (x) 75-100% ()	Fuerza muscular MPD Normal () Disminuida (x)		Fuerza muscular MPI Normal () Disminuida (x)	
	MPI: 0-25% () 25-50% () 50-75% (x) 75-100% ()				
	Logra sedestación en cama Si (x) No () Con apoyo (x) Sin apoyo ()	Logra bipedestación Si (x) No () Con apoyo (x) Sin apoyo ()			
	Realiza transferencias a reposet Si (x) No () Con apoyo (x) Sin apoyo ()	Deambula Si (x) No () Con apoyo (x) Sin apoyo ()			
	Factores que dificultan o limitan la movilidad: Enfermedad y tratamiento que provoca efectos secundarios, persona posquirúrgica.	hormigueo (x) dolor (x) fatiga () problemas podológicos () falta de voluntad () Especificar duración y frecuencia: movimientos bruscos y el estar en una sola posición durante cierto tiempo.			
	Realiza algún tipo de actividad física Si (x) No ()	Tipo, duración y frecuencia: Antes de la enfermedad realizaba yoga y utilizaba su caminadora			
	Motivos: <u>Dejo de realizar ciertas actividades por efectos secundarios al tratamiento oncológico por lo cual ya no realiza ninguna actividad física, refiere sentirse mareada todo el tiempo y perdida de equilibrio.</u>				

PUNTAJE: 3 /8

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA)

Ítem	Aspecto por evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	○ Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	○ Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	○ Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
	○ No es capaz de usar el teléfono	0
2	Hacer compras:	
	○ Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	○ Realiza independientemente pequeñas compras	0
	○ Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	○ Totalmente incapaz de comprar	0
3	Preparación de la comida:	
	○ Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	○ Prepara adecuadamente la comida si se le proporcionan los ingredientes	0
	○ Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	○ Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	○ Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	○ Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	○ Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	○ Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
○ No participa en ninguna labor de la casa	0	
5	Lavado de la ropa:	
	○ Lava por sí solo toda su ropa	1
	○ Lava por sí solo pequeñas prendas de ropa	1
	○ Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	○ Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	○ Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	○ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	○ Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	○ No viaja	0

Interpretación: La escala sugiere que 0 (totalmente dependiente) y 8 (independencia absoluta), tomar en cuenta factores socio culturales al desempeñar rol de género

PUNTAJE: 1/3

ESCALA DE ROSOW-BRESLAW (MOVILIDAD)

1.	Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso	SI	No
2.	Es capaz de caminar 500 metros	Si	No
3.	Realiza trabajo pesado en casa (ej., lavar paredes)	Si	No

	TOTAL	1 / 3
PUNTAJE: 3 / 5 ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)		
¿Es la persona capaz de...?	Si	No
1. Inclinarse, agacharse, arrodillarse (ej., recoger objetos)	Si	No
2. Levantar los brazos por arriba de los hombros	Si	No
3. Escribir o manipular pequeños objetos	Si	No
4. Empujar o jala objetos (ej. silla)	Si	No
5. Levantar y cargar objetos de 5 kilogramos o más	Si	No
	TOTAL	3/5

1. PRUEBA DE EQUILIBRIO			
A. Pararse con los pies uno a cada lado del otro.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos?			
Si la persona no logro completarlo. Finaliza la prueba de Equilibrio			
B. Pararse en posición de Semi-Tándem.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos?			
Si el participante no logró completarlo. Finaliza la prueba de Equilibrio			
C. Pararse en posición Tándem.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos?			
Tiempo de duración si fue menor de 10 segundos			
	Puntaje:		
	2: 10 seg		
	1: 3.0-9.99seg		
	0: <3.0 seg o no lo intenta		
TOTAL (A+B+C)		<input type="text"/>	Puntos

2. VELOCIDAD DE LA MARCHA (RECORRIDO DE 4 METROS)			
A. Primera medición			Seg
Tiempo requerido para recorrer la distancia		<input type="text"/>	
Si la persona no logró completarlo. Finaliza la prueba			
B. Segunda medición			Seg
Tiempo requerido para recorrer la distancia		<input type="text"/>	
Si el participante no logró completarlo. Finaliza la prueba			
TOTAL		<input type="text"/>	Puntos
UTILIZAR LA MENOR 1: >8.7seg 2: 6.21-8.70 seg 3: 4.82-6.20 seg			

3. PRUEBA DE LEVANTARSE 5 VECES DE UNA SILLA			
A. Prueba Previa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿La persona se levanta sin utilizar los brazos?			
Si el participante no logró completarlo. Finaliza la prueba			
B. Prueba repetida de Levantarse de una silla			Seg
Tiempo requerido para levantarse 5 veces de una silla		<input type="text"/>	
TOTAL	: Puntos		
0: Incapaz de realizar 5 repeticiones o tarda >60 seg 1: 16.7-60 seg 2: 13.7-16.69 seg 3: 11.2-13.69 seg 4: <= 11.19 seg			
TOTAL, DE LA PRUEBA (1+2+3)= puntos <input type="text"/>			

PRUEBA CRONOMETRADA DE LEVÁNTATE Y ANDA (6 METROS)			
¿Siente que todo lo que hace requiere un gran esfuerzo?			
Tiempo en segundos	¿Tardó más de 15 segundos en realizarlo?	Si	No

EXTENUACIÓN FÍSICA

Pida a la persona que se levante de su silla (con apoyabrazos), camine la mitad de la distancia determinada, gire de regreso y vuelva a sentarse en la silla

Sí No frecuencia

¿Siente que ya no puede seguir adelante?

Sí No Frecuencia

PUNTAJE: 3/6

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE KATZ)

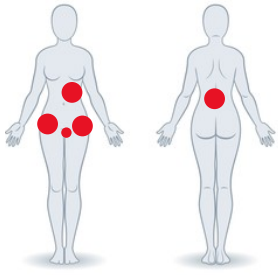
1. Baño (Esponja, regadera o tina)	1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño) 1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna) 0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte
2. Vestido	1: Que pueda tomar las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

PUNTUACIÓN TOTAL: 3 / 6

CALIFICACIÓN DE KATZ

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

DORMIR Y DESCANSA	Horas que duerme durante la noche: <u>7 H fraccionadas en 2 periodos de 3 y 4 H fraccionadas en intervalos entre ambos.</u>			
	Presenta siestas durante el día	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Número y duración: 3 siesta de 30 min	
	Cree que su descanso es adecuado	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)		
	Utiliza algún medicamento para dormir	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Especificar:	
	Le han dicho que ronca durante la noche	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)		
	Se despierta durante la noche	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Motivo: Estrés y ansiedad relacionado con la enfermedad	
	Le cuesta mucho despertar	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)		
	Conoce medidas de higiene del sueño	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)		
	Datos objetivos: Bostezo (<input checked="" type="checkbox"/>) Somnoliento (<input checked="" type="checkbox"/>)	Alteración en la atención (<input type="checkbox"/>)		
	Se siente cansado durante el día	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)		
	Trastorno del sueño	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)		
Le cuesta mucho iniciar el sueño	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)			
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	Uso de los siguientes aditamentos en vestuario:	Cierre (<input checked="" type="checkbox"/>) Botones (<input checked="" type="checkbox"/>) Velcro (<input checked="" type="checkbox"/>) Elástico (<input checked="" type="checkbox"/>)		
	Vestuario acorde a clima/ estación:	Adecuado (<input checked="" type="checkbox"/>) Inadecuado (<input type="checkbox"/>)		
	Que prendas y accesorios le gustan más:	Vestimenta casual, con accesorios y este cómodo.		
	<u>Que representa para usted el vestido: Esté se relaciona con la autoestima y protección al exterior.</u>			
	Tipo de calzado habitual: tenis, sandalias y botas.			
	Características inadecuadas: <u>no tienen el adecuado soporte al usar sandalias</u>			
	Requiere de apoyo para vestirse y desvestirse	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Quién lo apoya: <u>su marido apoya con el calzado y en el ámbito hospitalario se le brinda asistencia</u>	
Punto de vista de enfermero (a)	Adecuado (<input checked="" type="checkbox"/>) Inadecuado (<input type="checkbox"/>)			
Cuenta con ropa adecuada a su funcionalidad	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Especificar:		
TERMORREGULACIÓN	Temperatura corporal basal : <u>36°C</u>			
	Temperatura corporal basal actual : <u>36°C</u>			
	Cómo describiría el ambiente en el que se encuentra	Frío (<input type="checkbox"/>) Templado (<input checked="" type="checkbox"/>) Cálido (<input type="checkbox"/>)		
	Es sensible a los cambios de temperatura ambiental	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Especificar _____	
	Qué recursos se utilizan para la regulación de su temperatura	Aire Acondicionado (<input type="checkbox"/>) Ropa térmica (<input checked="" type="checkbox"/>)		
Datos objetivos de hipotermia, hipertermia.	Diaforesis (<input type="checkbox"/>) Piel ruborizada (<input type="checkbox"/>) Piloerección (<input type="checkbox"/>)			
HIGIENE	Realiza baño en:	a) Regadera (<input checked="" type="checkbox"/>) b) En cama (<input type="checkbox"/>) Frecuencia: <u>una vez al día</u>		
	Conoce la técnica correcta del lavado de manos:	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Conoce los 5 momentos del lavado de manos:	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)

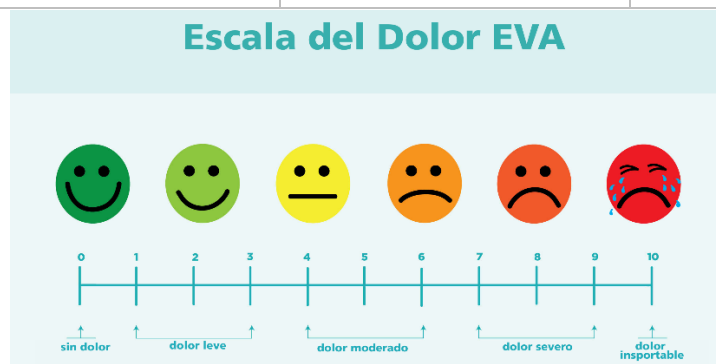
Higiene bucodental y/o de prótesis:	Si (x) No ()	Frecuencia: 2 veces al día	Integridad tegumentos: Si () No (x)
Heridas () UPP () Úlcera vascular () Pie diabético () Herida quirúrgica (x) Estomas (x)	Localización y características: 		
Conoce las medidas de higiene y protección de la piel: Si (x) No ()	Las implementa: Si (x) No ()	Características de la piel: Rugosa () Seca () Turgente (x)	
Características de las uñas: Adecuado aspecto de uñas	Características del cabello: presenta canas, resequedad en el cuero cabelludo, alopecia en parte occipital y frontal.	Características de los dientes: perdida de piezas dentales, uso de prótesis y presencia de caries.	

PUNTAJE: 16 /16

ESCALA DE BRADEN				
ASPECTOS/PUNTOS	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	CONSTANTEMENTE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
ACTIVIDAD	ENCAMADO/A	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
MOVILIDAD	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES
NUTRICIÓN	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	PROBLEMA	PROBLEMA POTENCIAL	NO EXISTEN PROBLEMAS APARENTES	
RIESGO UPP	ALTO= < 12 PUNTOS	MODERADO= 13-14 PUNTOS	BAJO= 15-16 PUNTOS (Si < 75 AÑOS) 15-18 puntos (Si ≥ 75 años)	

EVITAR PELIGROS	Se ha caído en los últimos 6 meses	Si (x) No ()	Número de veces	No especifica
	Breve descripción del suceso: Motivo, necesitó ser levantado, perdió el conocimiento, tiempo para levantarse, etc.	Complicaciones: Si () No (x)	Especificar: Después del tratamiento refiere sentir mareos repentinos	
	Riesgo de infección:	Si (x) No ()	Factores de riesgo: estancia hospitalaria	
	Riesgo de síndrome geriátrico:	Síndrome Confusional Agudo (x) Síndrome Deslizamiento (x) Trastorno del sueño (x) Incontinencia urinaria (x)	Factores de riesgo: Fármacos analgésicos, alteración del sueño por estancia hospitalaria.	

	Inmovilidad () Caídas (x) Fragilidad () Polifarmacia (x) Delirium (x)		
Riesgo de exacerbación de enfermedades:	Si (x) No ()	Factores de riesgo:	
Riesgo de impericia, iatrogenia:	Si () No (x)	Factores de riesgo:	
Se automedica:	Si (x) No ()	Especificar medicamento, frecuencia y tiempo de consumo: - Suplementos	
Esquema de vacunación completo:	Neumococo: Si () No () Desconoce (x) Herpes: Si () No (x) Desconoce () Influenza: Si (x) No () Desconoce () SARS cov2: Si (x) No () Desconoce () Spuknik		
Consumo de drogas	Si () No (x) En el pasado ()	Tipo:	Frecuencia: Tiempo de consumo:
Ingestión de bebidas alcohólicas	Si (x) No () En el pasado ()	Frecuencia: Manera social	Tiempo de consumo:
Déficit sensorial Si (x) No ()	Auditivos (x) Visuales (x) Derecho () Izquierdo (x) Bilateral ()	Glaucoma () Miopía () Hipermetropía () Astigmatismo () Cataratas () Retinopatía diabética () Presbicia (x) Presbiacusia (x)	
Corregido	Si (x) No ()	Especificar: Uso de lentes	
Posee conocimiento veraz de su proceso salud enfermedad	Si (x) No () Especificar: Conoce su estado de enfermedad, pero no mantiene un cuidado continuo.		
Se observan datos que indiquen maltrato físico	Si () No (x)	Especificar:	



PUNTAJE: 5 / 10

ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON	
Valoración del riesgo	Puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de comunicación	2

	Persona sin factores de riesgo evidente	1	
	Total	10	
ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON			
	Nivel	Puntuación	Código
	Alto riesgo	4 a 10	ROJO
	Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
	Bajo riesgo	0 a 1	VERDE
COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES	Alteraciones del habla y/o el lenguaje	Si () No (x)	Especificar:
	Estado civil: 30 años Casado (x) Soltero () Viudo ()	Vive con: su esposo	Tiene hijos: Si (x) No () Cuantos: 3 hijos
	Tiene nietos: Si (x) No () Cuantos: 4 nietos Edades: 9,11,12 y 24	Recibe apoyo de ellos: Si (x) No ()	Tipo de ayuda que recibe: Visitas (x) Despensa () Gastos médicos () Objetos de uso personal () Otros ()
	Rol familiar que desempeña: Abuela		
	Considera que tiene una buena relación con ellos	Si (x) No ()	En caso de requerir apoyo por encontrarse enfermo(a) o incapacitado(a), recibiría apoyo de ellos:
			Si (x) No () Esa persona sería: su esposo
	Ha tenido alguna pérdida significativa	Si () No (x)	Especificar: Ninguna
	Pasa mucho tiempo solo:	Si (x) No ()	Motivos: desde la enfermedad no le dan ganas de convivir con alguien
	Pertenece a grupos de adultos mayores o cualquier otro:	Si () No (x)	Especificar:
	Persona que desempeña el rol de cuidador primario y los motivos de ello: el esposo , ya que prefiere no molestar a sus hijos, pero sus hijos realizan visitas periódicas y los nietos son aquellos que luego la acompañan.		
NOTA: SOLO EN CASOS QUE CONSIDEREN NECESARIOS, SE PUEDE ABORDAR LA PERCEPCIÓN, TEMORES O CONFLICTOS CON LA MUERTE			
PUNTAJE: 4/15			
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA			
PREGUNTAS	Si	No	
1. En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1	
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0	
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0	
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1	
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0	

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12. ¿Actualmente se siente inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

Escala CAM (delirium)

Ítem	Característica
1	Inicio agudo y curso fluctuante
2	Inatención
3	Pensamiento desorganizado
4	Alteración del nivel de conciencia
Puntaje: 1 y 2 + 3 y/o 4	

PUNTAJE: NO VALORABLE /35

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT ABREVIADA

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una lista de preguntas en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada pregunta debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: Nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen después acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

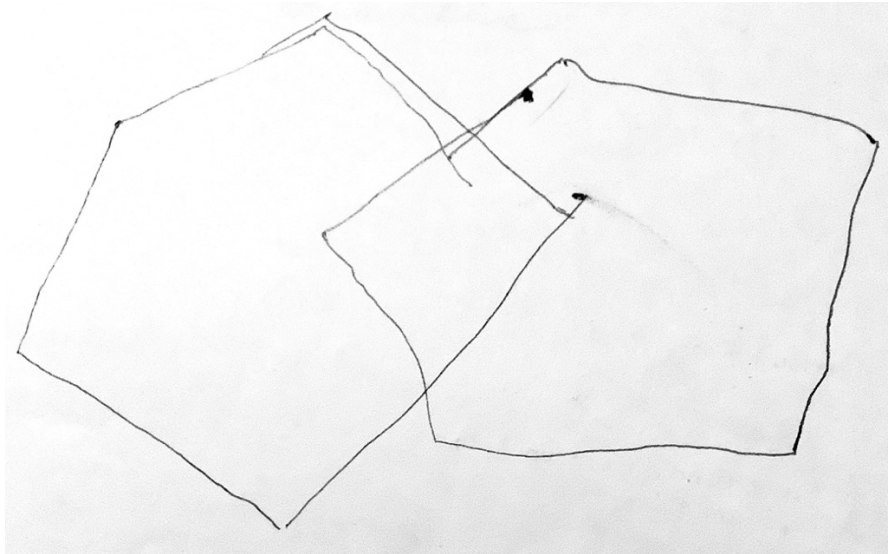
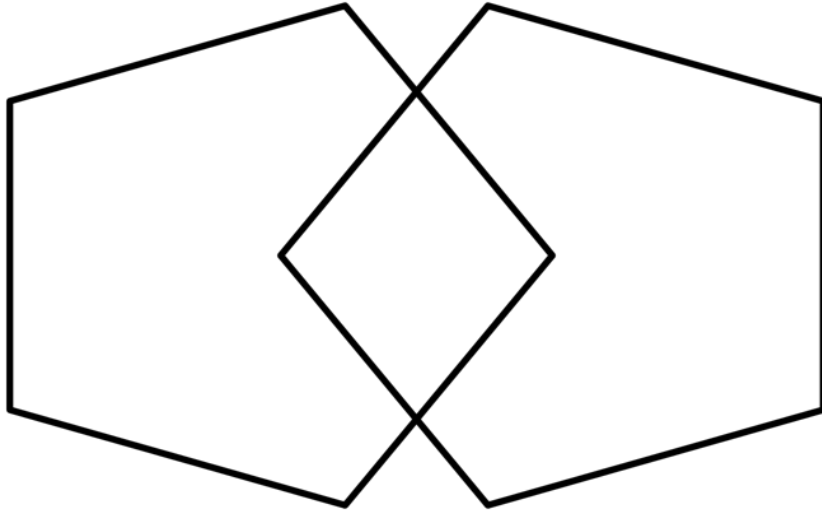
PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2 ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?					
3 ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
4 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					

	<p>6 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?</p>																															
	<p>7 ¿Globalmente, que grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?</p>																															
<p>Interpretación: Puntuación máxima 35 puntos Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos Ausencia de sobrecarga de 7 a 16 puntos Sobrecarga intensa ≥ 17 puntos</p>																																
<p>ACTUAR CON ARREGLO A LA PROPIA FE</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="289 699 816 751">Profesa alguna religión</td> <td data-bbox="816 699 1461 751">Sí () No (x) Especificar: no tiene ninguna creencia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 751 1461 804">Su religión tiene algún impacto en su tratamiento: <u>NINUGNA</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 804 1461 856">Que valores son importantes en su vida y por qué: <u>Honestidad, Lealtad y Solidaridad</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 856 1461 940">Se siente capaz de tomar sus propias decisiones; si no es así, quien las toma por usted y por qué motivos: <u>Hijo () Hermano () Hija () Esposo (a) () Autónomamente (x)</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 940 1461 993">Que significa para usted la espiritualidad: <u>Ella cree que refleja la parte interior de la vida y que eso es todo aquello que la mueve y la hace más interesante.</u></td> </tr> </table>						Profesa alguna religión	Sí () No (x) Especificar: no tiene ninguna creencia	Su religión tiene algún impacto en su tratamiento: <u>NINUGNA</u>		Que valores son importantes en su vida y por qué: <u>Honestidad, Lealtad y Solidaridad</u>		Se siente capaz de tomar sus propias decisiones; si no es así, quien las toma por usted y por qué motivos: <u>Hijo () Hermano () Hija () Esposo (a) () Autónomamente (x)</u>		Que significa para usted la espiritualidad: <u>Ella cree que refleja la parte interior de la vida y que eso es todo aquello que la mueve y la hace más interesante.</u>																	
Profesa alguna religión	Sí () No (x) Especificar: no tiene ninguna creencia																															
Su religión tiene algún impacto en su tratamiento: <u>NINUGNA</u>																																
Que valores son importantes en su vida y por qué: <u>Honestidad, Lealtad y Solidaridad</u>																																
Se siente capaz de tomar sus propias decisiones; si no es así, quien las toma por usted y por qué motivos: <u>Hijo () Hermano () Hija () Esposo (a) () Autónomamente (x)</u>																																
Que significa para usted la espiritualidad: <u>Ella cree que refleja la parte interior de la vida y que eso es todo aquello que la mueve y la hace más interesante.</u>																																
<p>TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1035 1206 1098">A qué se dedica actualmente: <u>Es psicoterapeuta, pero desde que fue diagnosticada con adenocarcinoma ella dejo de dar consultas</u></td> </tr> <tr> <td data-bbox="289 1098 1206 1140">Es usted jubilado/a</td> <td data-bbox="1206 1098 1461 1140">Si () No (x)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1140 1461 1192">A que se dedicó: <u>lleva 20 años dedicada a ser psicoterapeuta por cuantos años</u></td> </tr> <tr> <td data-bbox="289 1192 1206 1234">Trabaja actualmente</td> <td data-bbox="1206 1192 1461 1234">Si () No (x)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1234 1461 1308">Frecuencia (días de la semana: <u>trabajaba de lunes a viernes</u> Tiempo (en horas por día): <u>aproximadamente 12 horas al día realizaba consultas</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1308 1461 1350">Remunerado: Si (x) No ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1350 1461 1444">Qué tareas laborales o domésticas realiza habitualmente durante el día: <u>solo acomodar su cuarto, sus cosas personales.</u></td> </tr> <tr> <td data-bbox="289 1444 1101 1497">Cuántas horas al día dedica a las actividades mencionadas anteriormente</td> <td data-bbox="1101 1444 1461 1497">Menos de 8h (x) 8h () Más de 8h ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1497 1461 1602">Se siente satisfecho con lo que hace Si (x) No () Porque: <u>su trabajo es parte importante de su vida, más sin en cambio no ha podido realizarlo por motivos de salud espera volver a trabajar.</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1602 1461 1654">Qué sentido le da el trabajo a su vida: <u>si era parte importante</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1654 1461 1707">Cree que su situación laboral o profesional repercute en su salud: <u>no al contrario menciona</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1707 1461 1801">Está satisfecho con la vida que ha llevado y que lleva actualmente: <u>si se siente satisfecha por qué siente que ayudado a las personas a cambiar su vida</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="289 1801 1461 1860">Considera que ha realizado su proyecto de vida: <u>si, pero aún le faltan muchas cosas por realizar</u></td> </tr> </table>						A qué se dedica actualmente: <u>Es psicoterapeuta, pero desde que fue diagnosticada con adenocarcinoma ella dejo de dar consultas</u>		Es usted jubilado/a	Si () No (x)	A que se dedicó: <u>lleva 20 años dedicada a ser psicoterapeuta por cuantos años</u>		Trabaja actualmente	Si () No (x)	Frecuencia (días de la semana: <u>trabajaba de lunes a viernes</u> Tiempo (en horas por día): <u>aproximadamente 12 horas al día realizaba consultas</u>		Remunerado: Si (x) No ()		Qué tareas laborales o domésticas realiza habitualmente durante el día: <u>solo acomodar su cuarto, sus cosas personales.</u>		Cuántas horas al día dedica a las actividades mencionadas anteriormente	Menos de 8h (x) 8h () Más de 8h ()	Se siente satisfecho con lo que hace Si (x) No () Porque: <u>su trabajo es parte importante de su vida, más sin en cambio no ha podido realizarlo por motivos de salud espera volver a trabajar.</u>		Qué sentido le da el trabajo a su vida: <u>si era parte importante</u>		Cree que su situación laboral o profesional repercute en su salud: <u>no al contrario menciona</u>		Está satisfecho con la vida que ha llevado y que lleva actualmente: <u>si se siente satisfecha por qué siente que ayudado a las personas a cambiar su vida</u>		Considera que ha realizado su proyecto de vida: <u>si, pero aún le faltan muchas cosas por realizar</u>	
A qué se dedica actualmente: <u>Es psicoterapeuta, pero desde que fue diagnosticada con adenocarcinoma ella dejo de dar consultas</u>																																
Es usted jubilado/a	Si () No (x)																															
A que se dedicó: <u>lleva 20 años dedicada a ser psicoterapeuta por cuantos años</u>																																
Trabaja actualmente	Si () No (x)																															
Frecuencia (días de la semana: <u>trabajaba de lunes a viernes</u> Tiempo (en horas por día): <u>aproximadamente 12 horas al día realizaba consultas</u>																																
Remunerado: Si (x) No ()																																
Qué tareas laborales o domésticas realiza habitualmente durante el día: <u>solo acomodar su cuarto, sus cosas personales.</u>																																
Cuántas horas al día dedica a las actividades mencionadas anteriormente	Menos de 8h (x) 8h () Más de 8h ()																															
Se siente satisfecho con lo que hace Si (x) No () Porque: <u>su trabajo es parte importante de su vida, más sin en cambio no ha podido realizarlo por motivos de salud espera volver a trabajar.</u>																																
Qué sentido le da el trabajo a su vida: <u>si era parte importante</u>																																
Cree que su situación laboral o profesional repercute en su salud: <u>no al contrario menciona</u>																																
Está satisfecho con la vida que ha llevado y que lleva actualmente: <u>si se siente satisfecha por qué siente que ayudado a las personas a cambiar su vida</u>																																
Considera que ha realizado su proyecto de vida: <u>si, pero aún le faltan muchas cosas por realizar</u>																																

	<p>Qué proyectos tiene por realizar: <u>Estar con sus nietos y pasar tiempo con su familia es su más grande proyecto.</u></p>
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	<p>Tiempo libre Si (x) No () Cuanto tiempo:</p>
	<p>Cuáles son sus pasatiempos habituales: <u>leer, pintar pinturas y trabajando.</u></p>
	<p>Con quien los realiza y con qué frecuencia los realiza en la semana: <u>con su esposo pasa la mayor parte el tiempo, pero últimamente refiere querer pasar tiempo a solas</u></p>
	<p>Presenta alguna dificultad para realizar sus pasatiempos, causas: Físicas (x) Cognitivas () Emocionales (x) Sociales (x) Especificar: <u>Malestar general por el tratamiento.</u></p>

NECESIDAD DE APRENDIZAJE	<p>Se siente satisfecho con su nivel de estudios: <u>si se siente satisfecha</u></p>														
	<p>Conoce actividades de aprendizaje para su edad: <u>refiere que nunca se termina de aprender.</u></p>														
	<p>Le gustaría involucrarse en alguna de ellas: <u>Por el momento no hasta que se sienta bien.</u></p>														
	<p>Le gustaría aprender algo nuevo: <u>por el momento no.</u></p>														
	<p>Circunstancias que influyen en su aprendizaje: <u>su estado de salud espera que mejore</u></p>														
	<table border="1"> <tr> <td>Déficit sensorial</td> <td>Si (x) No ()</td> </tr> <tr> <td>Motivación</td> <td>Si (x) No ()</td> </tr> <tr> <td>Limitación cognitiva</td> <td>Si () No (x)</td> </tr> <tr> <td>Estado emocional</td> <td>Si (x) No ()</td> </tr> <tr> <td>No sabe leer ni escribir</td> <td>Si (x) No ()</td> </tr> <tr> <td>Estado de conciencia</td> <td>Si () No (x)</td> </tr> <tr> <td>Desconocimiento del manejo de tecnología</td> <td>Si () No (x)</td> </tr> </table>	Déficit sensorial	Si (x) No ()	Motivación	Si (x) No ()	Limitación cognitiva	Si () No (x)	Estado emocional	Si (x) No ()	No sabe leer ni escribir	Si (x) No ()	Estado de conciencia	Si () No (x)	Desconocimiento del manejo de tecnología	Si () No (x)
	Déficit sensorial	Si (x) No ()													
	Motivación	Si (x) No ()													
	Limitación cognitiva	Si () No (x)													
	Estado emocional	Si (x) No ()													
	No sabe leer ni escribir	Si (x) No ()													
	Estado de conciencia	Si () No (x)													
	Desconocimiento del manejo de tecnología	Si () No (x)													
	<p>De qué manera obtiene el conocimiento Internet (x) Periódico () TV () Libros (x)</p>														
<p>PUNTAJE: 25 / 30</p>															
<p align="center">MMES (Examen mínimo del estado mental)</p>															
<p>1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación) <u>5 / 5</u></p>															
<p>2. ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país) <u>5 / 5</u></p>															
<p>3. ¿Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO) <u>3 / 3</u></p>															
<p>4. Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65) Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés <u>2 / 5</u></p>															
<p>5. ¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente? <u>2 / 3</u></p>															
<p>6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique <u>2 / 2</u></p>															
<p>7. Repita la siguiente frase: "NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS" <u>0 / 1</u></p>															
<p>8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): "Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y</p>															

	colóquela en el piso”	<u>3 / 3</u>
	9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice	
	“CIERRE LOS OJOS”	<u>1 / 1</u>
	10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir	<u>1 / 1</u>
	11. Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados)	<u>1 / 1</u>
	TOTAL: <u>25 / 30</u>	



CUIDADOS GENERALES

DATOS DE ALARMA



- Fiebre 38° C o más persistente
- Ataque del estado general como es dolor intenso, vómito, dificultad para respirar, incapacidad para orinar o dolor abdominal.

CUIDADOS DE LA HERIDA



- Cambio de apósitos y lavado de herida con agua y jabón
- Dato de alerta herida quirúrgica tomar en cuenta la salida de secreción fétida y de mal olor, cambio de coloración o sangrado

MEDICAMENTOS



- Apegarse al tratamiento propuesto tomando en cuenta dosis, así como horarios establecidos y consultar al médico cualquier signo o síntoma inusual durante la administración del tratamiento, así como evitar la automedicación.

CONSULTA DE SEGUIMIENTO

- Cita con consulta externa de cirugía de colon y recto
- Llamar cualquier dato de alarma al 55 54870900 Ext. 2211

ANEXO 14-. Cuidados Ileostomía

CUIDADOS PACIENTE CON ILEOSTOMIA

Una ileostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino a través de la pared abdominal . Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal.

Nutrición

- Alimentación bajo contenido de fibra como cereales integrales, las verduras crudas y frutas secas.
- Comer lentamente y masticar adecuadamente los alimentos.
- Evitar saltarse comidas o comer en exceso.
- Consumo abundante consumo de líquidos de 1 a 2 Lt
- Tener una rutina en el horario de comidas intervalos recomendados 3 y 4 hrs.
- Las cenas deben ser ligeras
- Evitar tener ayunos prolongados , estas deben ser frecuentes y racionadas.
- Evitar el consumo de lácteos o consumir productos sin lactosa o derivados naturales como la soya, nuez o coco



Eliminación

- Se recomienda realizar un diario de alimentos para identificar, si tiene gases o diarrea persistente con ciertos alimentos.
- Evitar alimentos que causen mal olor, producen gases y heces acuosas.
- Evitar la obstrucción del estoma, facilitando la digestión
- Contabilizar el gasto y que este no exceda de >1000 ml
- Mantener horarios de alimentación ayudará a mejorar la absorción y la consistencia de las evacuaciones.
- Reducir el volumen de la cena ayudará a reducir la excreción nocturna.

Higiene de la Piel

- Realizar el cambio de bolsa cuando está ya no sea funcional o esté despegada (Anexo 1)
- Valorar características de la piel no se vea coloración rojiza al rededor del estoma.
- Aplicar un protector cutáneo en el cambio de la bolsa (polvo hidrocoloide)
- Mantener limpia el área del estoma con agua.

Actividad Y Ejercicio

- Realizar ejercicio de forma habitual, favorece el movimiento del intestino.
- Limitar actividades aumenten el volumen de aire que se ingiere, como fumar, beber con popotes, masticar chicles, para reducir la producción de gas.

Referencias

- Rivas Fernández, M. Alimentación del paciente colostomizado. Rev. Portales Med [Internet]. 2010. [citado abr 2022] XV (18); pág.923. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/alimentacion-del-paciente-colostomizado/>
- Tratamiento médico- nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez,2023.

ANEXO 15-. Prevención de caídas



Prevención de Caídas

Caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad; suele ser repentina, involuntaria insospechada y puede ser confirmada o no.

Modificación en vivienda

Suelos: evitar que sean irregulares, sin desniveles y sin contraste de colores.
Escaleras: iluminación adecuada, pasamanos, peldaños regulares y con descansos suficientes.



Calzado: Use zapatos con suelas resistentes, antideslizante y que no se resbale fácilmente. Evite el uso de pantuflas sueltas.



Iluminación: evitar luces deslumbrantes, está debe ser adecuada y suficiente. Asegurarse de tener buena iluminación en casa. Utiliza luces de noche O lámparas en su dormitorio, pasillo y baño.



Baño: Coloque pasamanos en el baño para usar la ducha e inodoro. Mantenga paredes y suelo libres de humedad.



Auxiliares de marcha: Uso de bastón o andaderas como herramientas independencia.



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, 2023. Recuperado: <https://bit.ly/2JJWNkF>

Medidas Higiene del Sueño



El título describe el problema que intentas resolver. Puede ser una afirmación o una pregunta y no debe rebasar los dos renglones.

Horarios



- Tener un horario fijo diario (toda la semana) para acostarse y levantarse.

Siestas



- Evitar tomar siestas en medida de lo posible o realizar siestas cortas de 20-30 min.

Comida



- Evitar cafeína, ya que por la tarde altera el sueño.
- No consumir tabaco, alcohol en medida de lo posible.
- Evitar comer mucho en la cena, ni acostarse con hambre.
- Acostarse mínimo dos horas después de la cena.

Actividad / Ejercicio



- Evitar hacer actividades intensas o estresantes antes de irse a la cama.
- Practicar ejercicio durante al menos una hora al día, preferentemente por la tarde y siempre al menos unas 3 horas de acostarse.
- Evitar hacer actividades intensas o estresantes antes de irse a la cama.

Continencia



- Evitar el consumo de líquidos o agua por la tarde
- Evitar tomar medicamentos diuréticos por la noche y preferible darlos durante el día

Acondicionamiento Cuarto

- Mantener el cuarto donde se duerme a una temperatura de cueva, niveles mínimos de luz y ruido.



Farmacos



- Valorar los fármacos que el paciente puede inferir en el sueño: evitar fármacos que producen sueño durante el día.

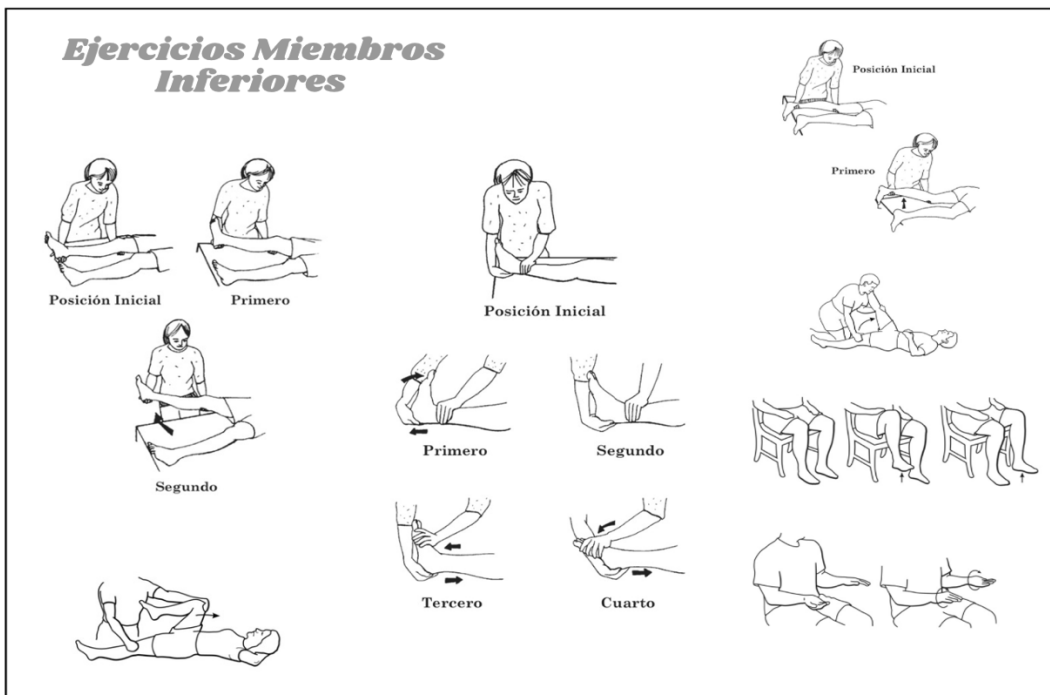
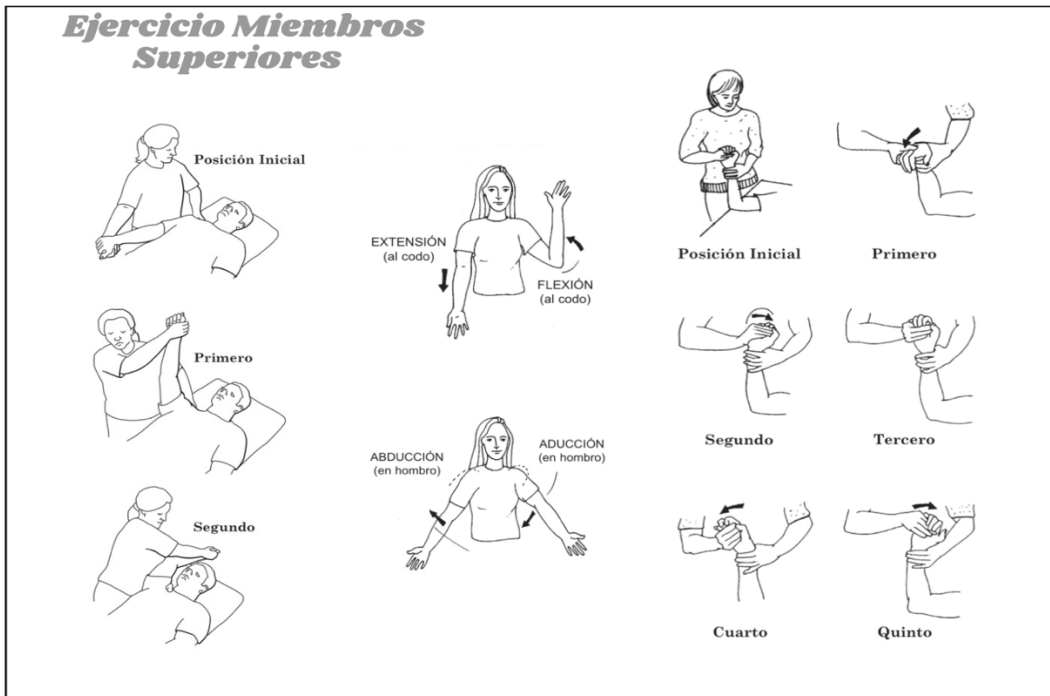
Rutina



- Establecer una rutina diaria antes de irse a dormir: cepillado de dientes, ejercicio relajante y evitar el uso de dispositivos electrónicos.

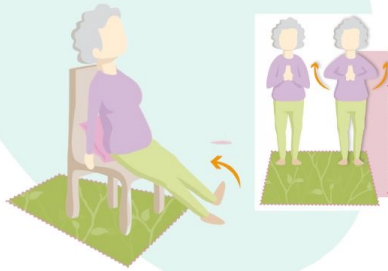
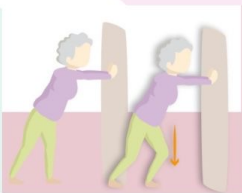
ANEXO 17-. Terapias Físicas.

EJERCICIO EN HOSPITALIZACIÓN

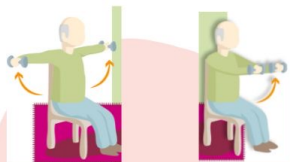


EJERCICIOS EN EL HOGAR

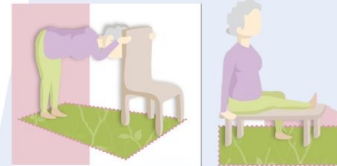
EJERCICIOS ESTIRAMIENTO



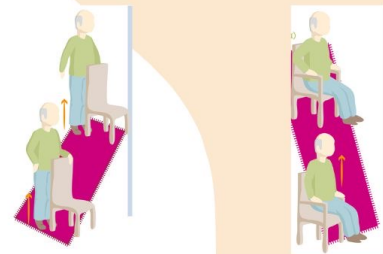
EJERCICIOS FUERZA



EJERCICIOS FLEXIBILIDAD



EJERCICIOS EQUILIBRIO



E
J
E
R
C
I
C
I
O
S

ANEXO 18-. Cambio del sistema colector

Cambio de Sistema Colector Ileostomía

1. Preparar Material y /o equipo (bolsa colectora, protector cutáneo, tijeras, pasta pegamento y medidor de estoma).



2. Retirar suavemente la barrera de la piel, con ayud de una gasa húmeda o toalla de removedor de adhesivo.



3. Limpiar la piel periestomal con agua de irrigación o grifo, utilizar jabón si la piel tiene remates de efluente



4. Secar la piel periestomal



5. Aplicar protector cutáneo , medir la ostomia, marcar la medida en la parte posterior de la barrera y recortar



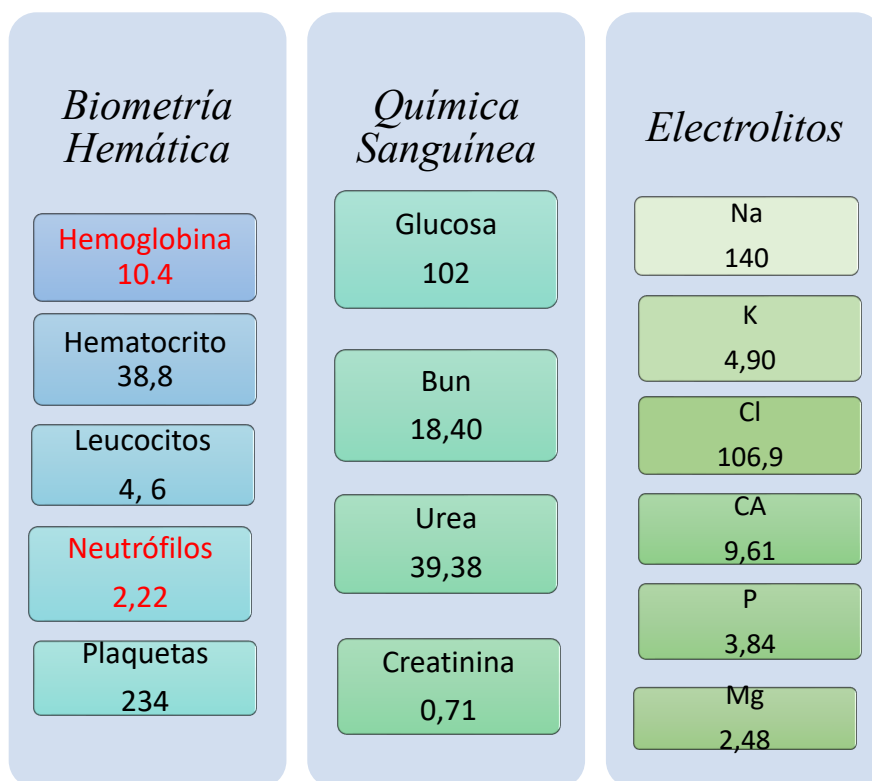
6. Embonar la bolsa a la barrera y asegurar cerrar perfectamente



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez,2023, recuperado de: <https://n9.cl/jhbm5/> <https://n9.cl/atcej>

Apéndices.-

APÉNDICE 1-. Laboratorios



Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, 2023

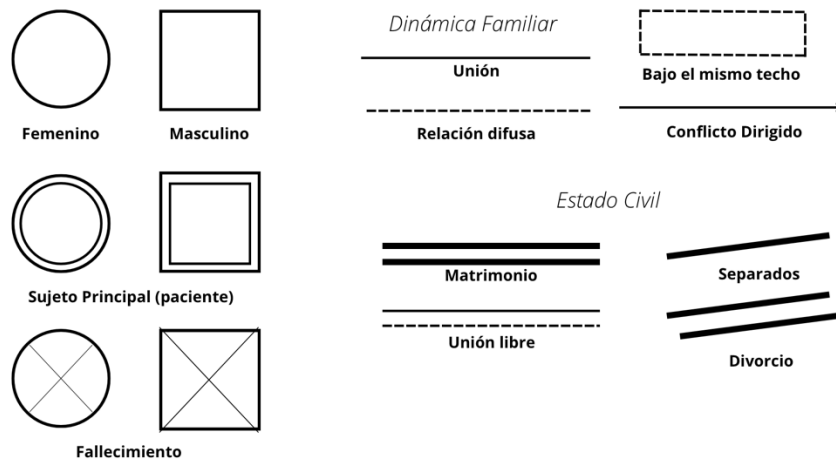
APÉNDICE 2-. Tratamiento Farmacológico Hospitalario.

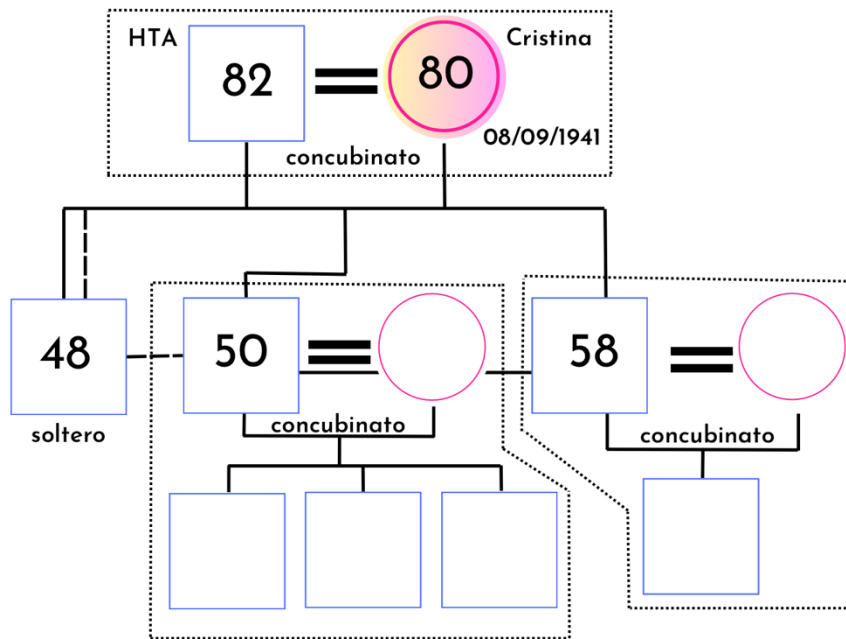
Medicamento	Dosis	Vía de Administración	Horario
28/09/2021			
Paracetamol	1 g	IV	C/8
C. Epidural Salina 80 ml + Bupivacaina 20 ml	4 ml x H	IV	Sedación
Morfina	1 mg	IV	Rescate / ENA > 5
Ondesatrón	4 mg	IV	C/8
Enoxaparina	70 mg	SC	C/24
Solución Hartmann	7 ml x H	IV	Vía Permeable
29/09/2021 - 30/09/2021			
Omeprazol	40 mg	IV	C/24
Ondesatrón	4 mg	IV	C/8
Enoxaparina	70 mg	SC	C/24
Paracetamol	1 g	IV	C/6
Pregabalina	75mg	VO	C/24

Tapentadol	50 mg	VO	C/8
M. Lidocaína 1gr + 100 salina	6 ml	IV	Infusión
01/10/2021			
Omeprazol	40 mg	IV	C/24
Ondesatrón	4 mg	IV	C/8
Paracetamol	1 g	IV	C/8
Pregabalina	75mg	VO	C/24
Enoxaparina	70 mg	SC	C/24
Morfina 10 mg + 100 ml salina 0.90%	3 ml/H	IV	Infusión por 4 H iniciar después Tapentadol
Tapentadol	50 mg	VO	C/8
Solución Salina 0.9% 100cc	4 ml/H	IV	24 H
02/10/2021- 03/10/2021			
Pregabalina	75mg	VO	C/24
Tapentadol	50 mg	VO	C/8
Omeprazol	40 mg	IV	C/24
Ondesatrón	4 mg	IV	C/8
Enoxaparina	70 mg	SC	C/24
Paracetamol	1 g	IV	C/6
Morfina	1 mg	IV	Rescate / ENA > 5
Solución Salina 0.9% 100cc	4 ml/H	IV	24 H

Elaborado: LE. Itzel T. Maldonado Martínez, 2023

APÉNDICE 3-. Familiograma.





Elaborado: L.E. Itzel T. Maldonado Martínez, 2023