

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER EN UNA CASA DE REPOSO DE SURCO, 2022.

Para optar : El Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Autor : Bach. Abigail Alexandra Camayo Baltazar

Asesor : Mg. Tania Luz Vilchez Cuevas

Línea de investigación de Universidad : Salud y Gestión de la salud.

Lugar o institución de investigación : Casa de reposo Geriatrics.

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

Dedico esta etapa profesional a Dios por ser mi guía,
a mis padres, mi familia por ser mi apoyo y
motivación constante a culminar este éxito trabajo.

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios por proteger y guiar mi camino, a mis padres por alentarme y ayudarme a continuar con mi desarrollo profesional.

En segundo lugar, agradezco a la Universidad Peruana Los Andes y su plana docente que me brindó el constante aprendizaje durante mis estudios profesionales.

A todas las personas que me ayudaron a culminar y concluir esta meta.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER EN UNA CASA DE REPOSO DE SURCO, 2022

Cuyo autor (es) : **CAMAYO BALTAZAR ABIGAIL ALEXANDRA**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ENFERMERÍA**
Asesor (a) : **MG. VILCHEZ CUEVAS TANIA LUZ**

Que fue presentado con fecha: 30/05/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 31/05/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 24%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 31 de mayo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 200 – DUI – FCS – UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Contenido.....	iv
Contenido de tablas.....	vi
Contenido de figura	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Diagnóstico socioeconómico y de la salud general	4
1.2.1. Diagnóstico socioeconómico	4
1.2.2. Diagnóstico de la salud general	5
1.3. Objetivo	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	8
2.2. Bases teóricas.....	9
2.2.1. Definición del Alzheimer	9
2.2.2. Epidemiología del Alzheimer	11
2.2.3. Diagnóstico del Alzheimer	11
2.2.4. Tratamiento del Alzheimer.....	13
2.2.5. Teorías de enfermería	13
2.2.6. Proceso de atención de enfermería (PAE)	17
2.2.7. Taxonomía NANDA, NIC, NOC.....	18
2.2.8. Intervenciones de enfermería en pacientes con Alzheimer	19

III. CONTENIDO	22
3.1. Historia clínica	22
3.2. Funciones biológicas	23
3.3. Examen clínico general.....	23
3.4. Examen clínico general.....	23
3.5. Evaluación integral.....	25
3.6. Diagnóstico y pronóstico	26
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	28
4.1. Formulación del plan de tratamiento general.....	28
4.2. Plan de control y mantenimiento	29
4.3. Plan de cuidados aplicando NANDA, NOC, NIC.....	31
V. DISCUSIÓN	38
VI. CONCLUSIONES.....	41
VIII. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	54

Contenido de tablas

Tabla 1. Síntomas del diagnóstico de Alzheimer.	10
Tabla 2. Control de signos vitales.....	23
Tabla 3. Medidas antropométricas.....	24
Tabla 4. Examen físico	24
Tabla 5. Valoración clínica del adulto mayor	24
Tabla 6. Valoración cognitiva (Test Pfeiffer)	24
Tabla 7. Hemograma	25
Tabla 8. Bioquímica	25
Tabla 9. Examen químico de orina	26
Tabla 10. Valoración por dominio.....	28
Tabla 11. Diagnósticos.	29
Tabla 12. Priorización de diagnósticos.	30
Tabla 13. Deterioro de la memoria	31
Tabla 14. Incontinencia urinaria funcional.....	32
Tabla 15. Incontinencia fecal	33
Tabla 16. Insomnio.....	34
Tabla 17. Déficit de autocuidado: baño	35
Tabla 18. Déficit de autocuidado: alimentación.	36
Tabla 19. Déficit de autocuidado: uso del inodoro	37

Contenido de figura

Figura 1. Resonancia magnética nuclear cerebral con cortes axiales en el lóbulo temporal	9
Figura 2. Neuroimagen estructural de paciente de 68 años, con diagnóstico de Alzheimer	12

Resumen

El trabajo de suficiencia profesional presentó un estudio de caso clínico de una paciente adulta mayor de 102 años de edad, del centro de atención geriátrico en Surco con diagnóstico de Alzheimer; asimismo, la metodología empleada estuvo basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC y NOC; por tanto, el estudio tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022; por lo cual, se realizó la valoración según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon para realizar la identificación y priorización de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la situación actual de la paciente. En consecuencia, se priorizaron los siguientes diagnósticos: deterioro de la memoria, Incontinencia urinaria funcional, incontinencia fecal, insomnio, déficit de autocuidado enfocado en el baño, alimentación y uso del inodoro, lo cual permitió elaborar un plan de cuidados priorizando su salud fisiológica y funcional según la taxonomía NIC. Se concluyó que el PAE facilitó reconocer los dominios con prioridad alta del caso de diagnóstico de Alzheimer empleado en el presente trabajo de suficiencia profesional, pues permitió emplear una terminología estandarizada considerando los diagnósticos a nivel cognitivo y físico, además de diseñar y ejecutar un plan de cuidados racional, lógico y sistemático; en tal sentido, se concluyó que la aplicación del PAE resulta significativo en la mejora de la salud mental del paciente.

Palabras claves: Plan de cuidado de enfermería, Alzheimer.

Abstract

The work of professional sufficiency presented a clinical case study of an older adult patient of 102 years age, from the geriatric care centre in Surco with a diagnosis of Alzheimer's. Also, the methodology used was based on the Nursing Care Plan (NCP) according to the NANDA, NIC and NOC taxonomy; Therefore, the study aims to apply the nursing care process in a patient with a diagnosis of Alzheimer's disease in a nursing home in Surco, 2022; therefore, the assessment was carried out according to Marjory Gordon's Functional Patterns to identify and prioritise nursing diagnoses according to the patient's current situation. As a result, the following diagnoses were prioritised: memory impairment, functional urinary incontinence, faecal incontinence, insomnia, self-care deficits focused on bathing, eating and toilet use, which allowed a care plan to be drawn up prioritising her physiological and functional health according to the NIC taxonomy. It was concluded that the NCP made it easier to recognise the high priority domains of the Alzheimer's diagnosis used in this work of professional competence, as it allowed the use of standardised terminology considering the cognitive and physical diagnoses, in addition to designing and executing a rational, logical and systematic care plan; in this sense, it was concluded that the application of the NCP is significant in improving the patient's mental health.

Keywords: Nursing Care Plan, Alzheimer's.

I. INTRODUCCIÓN

El Alzheimer es descrito como el principal tipo de demencia en la población y un diagnóstico con posible etiología desconocida, que se caracteriza por presentar un deterioro progresivo de procesos cognitivos como la memoria; por ello, es considerada como uno de los 50 principales factores de pérdida de vida a nivel mundial. (1)

El reporte del 2017 desarrollado por Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que 50 millones de habitantes presentan un diagnóstico asociado a la demencia, demostrando que un 60% o 70% de personas tienen Alzheimer; lo cual, sugiere que se debe considerar como un tema prioritario en las acciones de salud pública. (2) Asimismo, el Alzheimer es una enfermedad afecta a una cantidad cada vez mayor de habitantes; por consiguiente, es necesario establecer una atención continua. (3)

A nivel internacional, en México los pacientes adultos mayores con demencia fueron mujeres siendo un 62,1 % y un 37,9 % hombres; siendo Tepic en un 44,8 % la capital con mayor cantidad de pacientes con un grado de independencia del 27,6 %, asimismo, los cuidadores reciben poca o ninguna capacitación para el cuidado de estos pacientes.(4)

En el ámbito nacional, según el Ministerio de Salud, entre el 5% y 8% de la población de adultos mayores sufre de Alzheimer a partir de los 60 a 65 años, pero con más frecuencia en personas de 75 años, lo cual, es aproximadamente un 16% de la población. (5)

Con respecto al ámbito regional, en Lima metropolitana los adultos mayores con algún tipo de demencia tienen aproximadamente 75 años; siendo, el deterioro cognitivo prevalente en un 31%; sin embargo, alrededor del 20% personas con diabetes presentan un deterioro cognoscitivo y funcional, siendo el primer paso de la demencia. (6)

Por lo tanto, es fundamental ejecutar la atención de enfermería, con la finalidad de garantizar la calidad de vida de los pacientes. Pues, el proceso de atención de enfermería (PAE) consiste en una herramienta metodológica empleada para desarrollar los cuidados enfocados en el bienestar de los pacientes; además, favorece las actividades del profesional de enfermería, al presentar cuatro pasos para cumplir con la labor: valoración diagnóstica del paciente, proceso de planificación, implementación o ejecución y procedimiento de evaluación. (7)

En ese marco, el estudio de caso tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco,

2022, presenta la siguiente estructura: en el capítulo I presentación del trabajo (dedicatoria, agradecimiento, índice y resumen), el capítulo II: Introducción que desarrolla el planteamiento del problema, el diagnóstico a nivel socioeconómico y de salud, y los objetivos del trabajo de suficiencia profesional; mientras que, el capítulo III: Marco teórico se basa en los antecedentes y bases teóricas relacionadas al caso clínico.

El capítulo IV: Contenido enfocado en los datos clínicos del paciente desde la historia clínica, funciones biológicas, exámenes, evaluación integral y diagnóstico del paciente; asimismo, el trabajo presenta el capítulo V: Plan de tratamiento integral, donde se detalla el plan de tratamiento y taxonomía NANDA, NOC y NIC. Finalmente, el capítulo VI, VII y VIII presentan la discusión, conclusiones y recomendaciones, respectivamente, seguido de las referencias bibliográficas y anexos.

1.1. Planteamiento del problema

La atención de enfermería en un paciente mayor con demencia o diagnóstico de Alzheimer, no tiene un modelo específico; debido a que, puede ser considerado simplemente como parte del envejecimiento porque es una etapa donde existe una serie de transformaciones fisiológicas y morfológicas que llevan a la persona a sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales. (8) Por ello, la esperanza de vida del adulto mayor tiene como consecuencia la aparición de diferentes trastornos y enfermedades como el Alzheimer, por lo cual, los enfermeros deben complementar los cuidados ante dificultades físicas o motriz con los síntomas psicológicos afectados como el lenguaje, la alteración emocional y la pérdida de memoria; asimismo, un mal diagnóstico sin indagación conllevar el agotamiento físico y mental del cuidador. (9)

Según la OMS la enfermedad más común de la demencia es el Alzheimer porque ha aumentado rápidamente estos últimos años; considerando que, entre un 60% y 70% de casos en adultos mayores equivalente a 50 millones de personas son principalmente de recursos bajos y medios, por lo cual, sus cuidadores son sus propios familiares; esta organización reconoce a esta enfermedad como prioridad de salud pública que se debe diagnosticar precozmente para proporcionar apoyo a los cuidadores. (10) Por otro lado, el informe de Alzheimer Disease International menciona que el 46% de las personas con demencia viven con sus cuidadores e identificaron el miedo y el estigma como barreras para el diagnóstico, lo cual, significa que el encargado de salud debe ser minucioso al diagnóstico asertivo del paciente. (11)

A nivel internacional, en México los pacientes adultos mayores con demencia fueron mujeres principalmente en un 62,1 % y en un 37,9 % hombres; siendo Tepic en un 44,8 % la capital con mayor cantidad de pacientes con un grado de independencia del 27,6 %, asimismo, los cuidadores primarios reciben poca o ninguna capacitación para el cuidado de estos pacientes. En Chile el 7,1% de las personas de 60 años a más presentan un deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre los 75-79 años. (12) Por otro lado, en Colombia, las pacientes femeninas presentaron Demencia Tipo Alzheimer (DTA) tardío en 82.05% y el DTA precoz en 17.95%.(13)

En el ámbito nacional, según el Ministerio de Salud, entre el 5% y 8% de la población de adultos mayores sufre de Alzheimer a partir de los 60 a 65 años, pero con más frecuencia

en personas de 75 años, lo cual, es aproximadamente un 16% de la población. Por otro, el trastorno de demencia tiene como cuidadores principales a familiares en su gran mayoría, quienes desconocen de un plan asertivo que puede ofrecer un profesional de salud, debido a la economía y sentimientos de vergüenza del paciente. (14) Asimismo, el manual de la Dirección de Salud Mental de Lima, instruye que la intervención para un adecuado diagnóstico consiste en cuatro sesiones de consulta para determinar la enfermedad y uso de medicamentos, seguido de la terapia de rehabilitación a cargo de un profesional en psicología complementada con terapia ocupacional a cargo de un enfermero y la orientación a los familiares. (15)

Con respecto al ámbito regional, en Lima metropolitana los adultos mayores con algún tipo de demencia tienen aproximadamente 75 años; siendo, el deterioro cognitivo prevalente en un 31%; sin embargo, alrededor del 20% de personas con diabetes presentan un deterioro cognoscitivo y funcional, siendo el primer paso de la demencia.

A nivel local, en la casa de Reposo de Surco se han presentado casos de salud mental en adultos mayores que tiene dependencia inicial intermedia y personas con dependencia total, quienes, deben tener acceso de cuidados las 24 horas al día por diagnósticos de dificultad de movilización, cuidado personal, control de funciones vitales y deterioros mentales, por ello, se consideró un caso clínico de una paciente de 102 años con diagnóstico médico de Alzheimer, quien ingresó al centro geriátrico con síntomas de confusión, insomnio, deterioro de la memorias y dificultades, por lo tanto, se tuvo como objetivo principal aplicar el proceso de atención de enfermería en el paciente con diagnóstico en Alzheimer para realizar la valoración de enfermería correspondiente, de acuerdo a la identificación y priorización de los diagnósticos en enfermería; asimismo, realizar el plan de cuidado enfermero y finalmente evaluar los resultados en el paciente, facultando la mejora del abordaje de esta afección por parte del personal en enfermería.

1.2. Diagnóstico socioeconómico y de la salud general

1.2.1. Diagnóstico socioeconómico

La paciente B. E. C se encuentra en la casa de reposo Geriatrics, ubicada en Av. Higuiereta N° 571 Surco, ubicada en la ciudad de Lima; la cual, según el diagnóstico socioeconómico del 2019, presenta una valoración de media baja, que lo ubica entre el tercer quintil, al conseguir un límite superior de 0.3% y superior de 0.7% según el nivel socioeconómico en Lima Metropolitana (16). Además, la situación de salud del Perú indicó que el 31,9%

de profesionales de salud se encuentran en la región Lima; quienes, ejercen de forma particular en el centro geriátrico; por lo cual, el paciente del presente caso clínico tiene medios económicos para cubrir un plan de cuidados de personas con dependencia inicia intermedia dentro de Geriatrics Perú, donde tendrá atención que le ofrezca asistencia física, social y psicológico para las 24 horas al día. (17)

Por ello, según los datos nacionales, se considera que la casa de reposo Geriatrics Perú tiene pacientes con poder adquisitivo, acceso educativo y zonas urbanas, ya que la mayoría de los pacientes presenta que el 34.6% posee un nivel socioeconómico A, 45.2% en un nivel B, 14% en un nivel C, el 5% en un nivel D y el 1.2% en un nivel E; por ende, es identificado como un espacio residencial para adultos mayores de un nivel A y B. (18)

1.2.2. Diagnóstico de la salud general

La paciente es una mujer adulta de 102 años, ingresada a una casa de reposo en Surco, con diagnóstico de Alzheimer; asimismo, presenta hipotiroidismo, incontinencia urinaria y fecal. Además, al realizar el control de los signos vitales, se identificó una frecuencia respiratoria 21x', frecuencia cardíaca 70x', presión arterial 10/6 y temperatura corporal de 36.6 °C.

Con respecto a los antecedentes patológicos, la paciente presentó problemas de salud asociados a la vesícula; por ello, se realizó una operación hace 14 años. Por otro lado, no cuenta con antecedentes familiares.

1.3. Objetivo

1.3.1. Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Desarrollar la evaluación y valoración por dominios en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.
- Reconocer los diagnósticos según la taxonomía NANDA en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.

- Diseñar el plan del proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.
- Evaluar el estado de salud de la paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Lizarraga, A. y Vázquez, M. desarrollaron un estudio de caso en España en el año 2021, presentaron el caso de un paciente de 76 años, con diagnóstico de Alzheimer en fase moderada, con síntomas de agitación, estrés y cambios conductuales. Realizaron la valoración de Henderson obteniendo los diagnósticos de enfermería (NANDA) y determinaron las taxonomías NOC y NIC. Plantearon un proceso de cuidado para el manejo y prevención de cambios conductuales: sensitivas, ambientales, físicas y psicoemocionales; además, se consideró clave la integración de la familia en el cuidado de la paciente de este caso dado su potencial impacto emocional y de apoyo. (21)

Ochoa, D. realizó una investigación sobre un caso en Ecuador en el año 2019, se presentó el estudio de caso de un paciente de 84 años de edad, con diagnóstico de Alzheimer, anemia y presencia de úlceras por decúbito, además, con estado clínico crítico desde hace 3 años y síntomas como deterioro de movilidad física, estrés, fallos de memoria constante y deterioro de la piel; asimismo, realizó una valoración Henderson que permitieron obtener los diagnósticos de enfermería (NANDA), se determinaron las taxonomías NOC y NIC. Tuvo un proceso de atención para mejorar los síntomas y evitar complicaciones por ser un paciente de invalidez social y dependencia por la que necesitan un cuidado especial e individualizado enfocado en el mejoramiento de la calidad de los cuidados paliativos para mejorar su estado psicológico, físico y fisiológico. (20)

Lino, J. desarrolló un estudio en Ecuador en el 2019, tuvo el objetivo de analizar el rol del cuidador en adultos mayores con Alzheimer del Centro Diurno del Buen Vivir, contó con un método analítico descriptivo con una muestra de 10 pacientes y cuidadores. Los resultados obtenidos destacan que el 40% de los cuidadores presentan estrés y ansiedad, el 60% de los adultos mayores se encuentran en la primera etapa de la enfermedad destacándose entre causas principales la edad y la herencia genética., Concluyendo que las medidas básicas para el cuidado personal de un paciente con Alzheimer incluye mantener el hábito de higiene, apoyo en necesidades físicas, ayuda en la vestimenta, alimentación, actividades físicas, actividades sociales y constante comunicación con el paciente para evitar el estrés. (23)

Medina L. realizaron una investigación de un caso en España en el 2018, presentó el caso de una paciente mujer de 65 años de la zona básica de salud de Arucas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y desequilibrio nutricional, con síntomas de insomnio, deterioro de la memoria, ansiedad y falta de apetito, tuvo una valoración integral mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, obteniendo que el paciente tiene una valoración de desequilibrio nutricional, insomnio, deterioro de la memoria y ansiedad; por ello, el proceso de salud-enfermedad planteado fue un proceso de cuidado que incluye conseguir una ingesta de nutrientes adecuada, fomentar la orientación personal y espaciotemporal, conseguir un patrón de sueño estable y ayudar en el control de los factores estresantes. (22)

Santillan, V. desarrolló un estudio de caso en Ecuador en el 2018, se presentó el caso de un paciente de 75 años, se realizó la valoración de los patrones funcionales, según el modelo de Marjory Gordon con 11 patrones; que permitieron obtener el diagnóstico de demencia vascular y alteración de la articulación; además, presenta los siguientes síntomas como: confusión, debilidad muscular, desequilibrio y fallos en la memoria; por ello, los planes de cuidados de enfermería incluyeron terapias físicas, cuidados para la estabilidad de salud del paciente y confort; además, el monitoreo de la participación de los familiares. De esta manera, el proceso de atención de enfermería buscó atender las peculiaridades de cada paciente; puesto que, las enfermedades neurológicas afectan al paciente en su estilo de vida y lo pone en un estrés constante que se debe aprender a manejar con un cuidado integro. (19)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Después de una exhaustiva búsqueda de antecedentes nacionales se logró ubicar un antecedente por las limitadas investigaciones nacionales.

Simon, E. realizó una investigación en Lima en el año 2020, con el objetivo de caracterizar la dinámica del cuidador familiar del adulto mayor con diagnóstico de Alzheimer, el estudio fue cualitativo, interpretativo con una muestra de 8 familias que cuidaron de pacientes en el promedio de 65 a 70 años, se usó como instrumento la entrevista, concluyó que la poca información sobre los cuidados específicos de educación y promoción de la salud mental retrasan la atención oportuna, agudizando los conflictos del paciente al no ser atendidos oportunamente; además, el impacto de la presencia del adulto mayor con Alzheimer, crea tensión emocional al carecer de un personal de

enfermería quien está especializado en cómo realizar cuidados sanitarios especializados en casa. (24)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición del Alzheimer

El Alzheimer es descrito como un trastorno neurocognitivo con etiología desconocida, caracterizada por presentar rasgos neuropatológicos que tiende a comenzar de manera lenta y continua; en tal sentido, se evidencia una decadencia en la independencia de la persona, a raíz de las dificultades para desarrollar las actividades cotidianas. (25) Por consiguiente, consiste en un desorden degenerativo a nivel cerebral, que está asociado a la disminución de la memoria y deterioro de los procesos cognitivos de la persona; debido a que, el paciente se convierte en dependiente, demostrando la necesidad de apoyo de la familia, cuidadores y personal del sistema de salud. (2)



Nota: A: paciente sano; B: paciente con diagnóstico de Alzheimer; C: paciente con diagnóstico de parálisis supranuclear progresiva.

Figura 1. Resonancia magnética nuclear cerebral con cortes axiales en el lóbulo temporal.

Asimismo, el diagnóstico de Alzheimer es descrito como un trastorno ligado al sistema nervioso central del ser humano, al identificarse una tardía destrucción y atrofia de una sección cerebral. (26) Puesto que, el Alzheimer puede ser considerado como un procedimiento neurodegenerativo que impacta en las personas mayores de 65 años, provocando la disminución progresiva de la memoria en la mayoría de casos, sugiriendo que el Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente. (27) Lo cual, se evidencia-en la figura 1, que constata una atrofia moderada del hipocampo en un paciente con Alzheimer (B), sugiriendo dificultades de memoria; por otro lado, se observa un lóbulo temporal con

el desarrollo normal del hipocampo (A) y una atrofia grave asociada al diagnóstico de parálisis supranuclear progresiva (C).

El Alzheimer es una enfermedad asociada a fenotipos neurosicológicos que, se presenta la pérdida de memoria como el impacto más relevante; por ende, este diagnóstico neurocognitivo se puede generar por proteínas anómalas en el cerebro: p-tau y β amiloide 42 y algunos aspectos genéticos como presenilina 1, presenilina 2 y apolipoproteína E. (28) Además, es un diagnóstico que se desarrolla en tres fases por la atrofia cerebral: la primera fase consiste en la disminución de la memoria episódica y un deterioro asociado a la percepción del tiempo y espacio; en la segunda fase se presenta signos de agnosia, afasia y apraxia; por lo tanto, la tercera fase está caracterizada por la dificultad para identificar a las personas y su rostro, evidenciando problemas relacionadas a la personalidad y crisis epilépticas. (29)

Por tanto, en pacientes de la tercera edad es una enfermedad común de demencia que afecta la pérdida de la función neurocerebral en forma adversa y lentamente la memoria, el lenguaje, la capacidad de pensar; además, con el tiempo la capacidad de realizar tareas cotidianas y sencillas. A continuación, se muestran los síntomas de los pacientes diagnosticados con Alzheimer:

Tabla 1. *Síntomas del diagnóstico de Alzheimer.*

Proceso cognitivo	Síntomas
Memoria	Olvida conservaciones o eventos tempranos, dificultades para recordar la lista de compra, olvida la ubicación de los objetos, se encuentra desorientado en el tiempo, etc.
Atención	Dificultad para desarrollar tareas simultáneas o mantener la concentración y distracción por estímulos múltiples.
Funciones ejecutivas	Se pierde organizando y ejecutando actividades complejas y secuenciales, problemas para comprender el lenguaje abstracto, no identifica situaciones de riesgo, entre otros.
Habilidad visoespacial	Necesita ayuda para salir por inseguridad, desorientado y dificultades para desarrollar actividades complejas desde un aspecto espacial.
Lenguaje	Problemas para encontrar palabras, presenta una conversación lenta, pobre y con pausas.
Cognición social	Disminución de empatía, dificultad para identificar las emociones en la gesticulación o expresión facial, mostrándose inadecuado a nivel social, entre otros.

Fuente: Barragán D, García M, Parra A, Tejeiro J. (30)

2.2.2.Epidemiología del Alzheimer

La incidencia y prevalencia de los casos de demencia incrementaron de manera exponencial en la mayoría de estudios, que demuestran la existencia de 5 a 10 pacientes por 1000 ciudadanos-año pertenecientes a las edades de 64 a 69 años; mientras que, en la población entre 80 a 84 años se encuentran de 40 a 60 diagnósticos por 1000 habitantes-año, manifestando una preocupación por la incidencia en los adultos mayores, que suelen ser abandonados por la sociedad. En ese sentido, se puede determinar que el Alzheimer es el factor de demencia con un porcentaje de incidencia en la población; donde, la incidencia de diagnósticos suele ser semejante en hombre y mujeres de los grupos entre 65 a 90 años de edad. (31)

La organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que aproximadamente 50 millones de habitantes sufren de demencia, al existir 10 millones de diagnósticos cada año; de los cuales, entre el 60% y 70% representan los casos de Alzheimer, permitiendo identificar que las personas mayores a 60% tienden a mostrar una prevalencia del 3 a 7% en el ámbito europeo y español. Por consiguiente, estos datos pueden evidenciar el impacto de la enfermedad del Alzheimer en la sociedad y el sistema de salud; dado que, la posibilidad de desarrollar Alzheimer es mayor en personas con familiares de primer grado, comprobando que puede estar asociado a factores genéticos y ambientales que pueden provocar un inicio precoz o tardío del diagnóstico. (30)

Por consiguiente, la prevalencia epidemiológica en ancianos se incrementa de forma exponencial a partir de los 64 años; asimismo, afecta progresivamente durante el envejecimiento afectando la calidad de vida del adulto mayor por impedir realizar actividades cotidianas; por otro lado, se incrementará el número de casos de demencia tipo Alzheimer durante las próximas décadas, pero se considera que puede disminuir las consecuencias mediante estrategias de prevención primaria y diagnósticos asertivos sobre los factores de riesgo de demencia.

2.2.3.Diagnóstico del Alzheimer

El Alzheimer debe ser diagnosticado mediante criterios clínicos, fases prodrómicas y uso de pruebas clínicas, que pueden facilitar un diagnóstico precoz de la enfermedad; por ello, se aplican biomarcadores para el diagnóstico de Alzheimer: neuroimagen estructural, neuroimagen molecular, neuroimagen funcional y pruebas de laboratorio. Con respecto a la neuroimagen estructural (figura 2), consiste en una topografía típica que puede mostrar

un patrón de atrofia desde una resonancia magnética; mientras que, en la neuroimagen funcional y neuroimagen molecular se aprecia el metabolismo cerebral y la carga de proteínas en el tejido cerebral, respectivamente. Por otro lado, las pruebas de laboratorio permiten valorar las proteínas beta-amiloide y tau. (32)

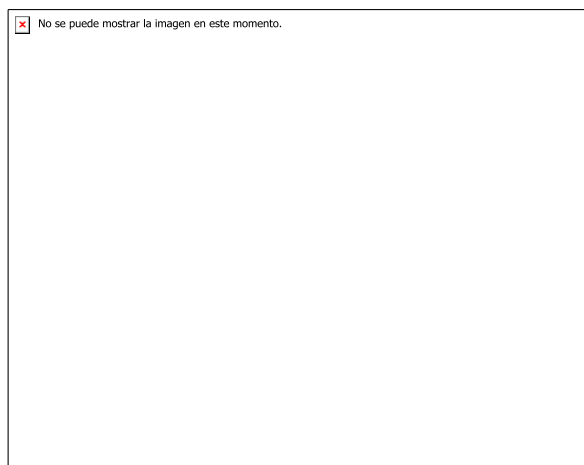


Figura 2. Neuroimagen estructural de paciente de 68 años, con diagnóstico de Alzheimer.

El diagnóstico de Alzheimer está basado en la administración de los criterios clínicos, al no encontrar pruebas biológicas enfocadas en el diagnóstico de la enfermedad, siendo necesario realizar una comprobación histopatológica para un diagnóstico definido; mientras que, el diagnóstico probable puede ejecutarse ante una señal de demencia de inicio o curso progresivo, que pueden ser explicados con los criterios de Alzheimer. Los síntomas de la enfermedad se encuentran asociados a tres áreas: funcional, cognitivo y conductual; por lo tanto, para confirmar un diagnóstico, las áreas deben impactar negativamente en la vida cotidiana del paciente, al evidenciar problemas en la memoria episódica, memoria semántica, entre otros. (33) En tal sentido, se deben considerar los criterios diagnósticos desarrollados por el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA) y la Asociación de Alzheimer (AA); asimismo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). (34)

En síntesis, el diagnóstico se realiza determinando la presencia de síntomas como desorientación, dificultad para recordar, confusión, etc. y descartando otros tipos de demencia; por lo cual, implica una evaluación médica cuidadosa; además, se realiza pruebas del estado mental, examen físico y neurológico, exámenes de sangre y radiografías del cerebro para determinar el estado actual del paciente.

2.2.4. Tratamiento del Alzheimer

La intervención no farmacológica es considerada como la segunda opción de tratamiento en el diagnóstico de Alzheimer, que es descrita como un tratamiento no químico enfocado en generar beneficios en los pacientes; en consecuencia, los tratamientos más empleados son: rehabilitación cognitiva, terapia de estimulación cognitiva de mantenimiento, entre otros. (35) Por lo cual, es indispensable promover los tratamientos no farmacológicos, con el propósito de garantizar el cuidado integral de la persona con Alzheimer y sus cuidadores, demostrando la necesidad de aumentar la producción científica para obtener mayor evidencia. (36)

Con respecto al tratamiento farmacológico, la intervención se encuentra basada en inhibidores de la acetilcolinesterasa para contribuir en el control de la acetilcolina, que es definida como un neurotransmisor asociado a la memoria; de tal manera, se potencia la función colinérgica en las estructuras cerebrales, al ser un tratamiento para los diagnósticos de Alzheimer. (37) En relación con los tratamientos para la enfermedad, la combinación del aspecto farmacológico y psicosociales pueden favorecer el retraso del avance del Alzheimer y disminuir el impacto monetario. (38)

En síntesis, para tratar el Alzheimer se opta por dos tipos de tratamiento, el que incluye medicamentos sirve para ayudar durante un tiempo con los síntomas que afectan la memoria y los cambios cognitivos donde frecuentemente se usa los inhibidores de la acetilcolinesterasa; mientras que, los tratamientos sin medicamentos, ayuda a la estimulación cognitiva a través de sesiones con un personal de enfermería que mantiene una rutina para realizar este tipo de rehabilitación.

2.2.5. Teorías de enfermería

2.2.5.1. Teoría de Marjory Gordon

Estableció en su teoría de procesos de cuidado 11 patrones funcionales; que ayudan a valorar alteraciones de salud que afectan al paciente; brindando a la enfermería una organizada y planificada valoración para conseguir datos subjetivos y objetivos del individuo que ayudan a establecer los diagnósticos certeros. Asimismo, la teoría de Gordon es destacada como la herramienta más utilizada dentro de la Sociedad Científica de Enfermería NANDA, por ser puntual, específica y detallada para identificar con precisión el estado actual del paciente (39); además, permite recolectar la información del

índole físico, psíquico, social y del entorno, facilitando el análisis de estos para cumplir con los requisitos de valoración porque considera importante corroborar y organizar los datos antes de la etapa de diagnóstico para evitar conclusiones erróneas. (40)

Los patrones planteados en la teoría de Marjory Gordon son valoraciones complementarias que analizan la salud física y emocional del paciente para realizar un diagnóstico integro, porque al verse alterado uno de los patrones automáticamente los demás patrones se verán afectados. (41) Asimismo, comprenden la estructura del funcionamiento humano y se recomienda que este modelo sea aplicado por los profesionales competentes a la patología en específico; ya que, son ellos los que mejor pueden identificar los patrones alterados en base a la valoración y observación (42); asimismo, son una herramienta necesaria para las personas que contribuyen al servicio de la salud cambiando la calidad de vida saludable para la población proporcionando una valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidado o la patología. (39)

Por lo tanto, es una herramienta estructurada para valorar la salud, aspectos físicos y comportamientos del paciente, que contribuye al profesional de salud orientar un plan de cuidado para recuperar la salud y calidad de vida del individuo; asimismo, los 11 patrones de Marjory Gordon proporcionan un marco para diagnosticar el nivel de cuidados y el tipo de patología según los datos que pueden presentar uno o más patrones presentes en la valoración.

2.2.5.2. Patrones de Marjory Gordon

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: busca recopilar información que detalle el manejo de la salud del paciente; por ejemplo, el bienestar y la prevención con la que cuenta; por ello, se realiza mediante preguntas claves que indiquen el grado de conocimiento del paciente hacia la enfermedad, el manejo de medicamentos o recursos sanitarios para su tratamiento y los hábitos dañinos como el consumo de tabaco, alcohol o drogas; otro factor a indagar es el grado de seguimiento del paciente hacia las indicaciones suministradas por el profesional ya sea doctor o enfermera. (43) En el caso de la tercera edad, es especialmente importante valorar los factores de riesgo para las caídas, la confusión, la incontinencia, las manifestaciones extrapiramidales, etc; los fármacos más peligrosos para el anciano.

Patrón 2: Nutricional metabólico: busca recopilar información sobre los hábitos alimenticios del paciente, es decir, lo que ingiere normalmente con la finalidad de

mantener y reparar los tejidos, así como producir energía; por tanto, los datos recopilados son el peso, la talla, el IMC, alteraciones en la boca o dentadura que dificulten la ingesta alimentos y la piel o mucosa como indicador de hidratación. (43) En los adultos de la tercera edad, se debe indagar la forma en que suministra los alimentos, hora de comida, cantidad de comida, uso de suplementos y dificultad por la asimilación de líquidos o sólidos.

Patrón 3: Eliminación: valora cualquier tipo de alteración en las funciones excretoras y secretoras de los productos corporales de desecho, considera tanto la función intestinal, como la urinaria y la sudoración (43); por lo cual, se considera a la recopilación de la frecuencia, características, molestias y problemas que tiene el paciente con las funciones excretoras del cuerpo; asimismo, este patrón se altera en los ancianos porque les generan problemas sociales que afectan su vida diaria por lo que se debe incidir en la confianza.

Patrón 4: Actividad y ejercicio: describe la rutina de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo; por ello recoge información tanto de la producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos, como de la movilidad y la capacidad del individuo para sus autocuidados y los mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo; por ello, se debe explorar pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial. En los ancianos se considera el nivel que dificulten la movilidad, siendo el nivel funcional: Nivel 0 (independiente), Nivel 1 (necesita el uso de un equipo o dispositivo), Nivel 2 (requiere ayuda o supervisión de otra persona), Nivel 3 (requiere la ayuda de otra persona y equipo o dispositivo), Nivel 4 (es dependiente y no colabora) (43); por tanto, en los adultos mayores se trata de controlar la inestabilidad y caídas que son indicadores importantes en geriatría por estar el anciano en una etapa frágil y vulnerable; además, requiere de mantener cierta actividad física para evitar lesiones cutáneas.

Patrón 5: Sueño descanso: analiza los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de las 24 horas del día, incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía; también, están incluidas las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse. (43); por consiguiente, los pacientes adultos mayores, suelen perder cierta facilidad de sueño por el estrés o ansiedad que conllevan, incluso, si tiene una enfermedad crónica altera todo su estilo de vida cotidiana por los cuidados que debe tener y asimilar los cambios físicos que pueden conllevar a un insomnio.

Patrón 6: La cognición y percepción: valora el sistema de procesamiento de la información humana incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación; es decir, tiene la finalidad de valorar las manifestaciones de percepción del dolor y las acciones para contrarrestarla (43); por lo cual, se debe evaluar su capacidad de lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones, teniendo en cuenta la dificultad del entorno elegido por el paciente; asimismo, la percepción sensorial donde se evalúa la capacidad visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil y olfatoria. (41) En síntesis, en los pacientes adultos mayores se valora el estado cognitivo para determinar si tiene algún tipo de demencia o es parte del proceso de envejecimiento, por lo cual, es fundamental que el enfermero sea sensitivo y cuidadoso en la evaluación de este patrón.

Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto: describe las actitudes propias, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general para valorar la percepción que un individuo tiene sobre su propio ser; por consiguiente, los datos de observación durante la entrevista puede revelar datos no verbalizados por el propio paciente, por su postura corporal, el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación. (43) Por tanto, es de importancia conocer la perspectiva del anciano referente a su autoestima, autoimagen, necesidades, los roles y capacidades que considera que son parte de sí mismo.

Patrón 8: Roles y relaciones: describe el patrón de compromisos del rol y relaciones que valora las conexiones y asociaciones tanto positivas como negativas de relación personal o intrapersonal; por ello, consiste en realizar una entrevista con el paciente a fin de conocer su conducta social, en este sentido, las preguntas que se formulen dentro de la entrevista debe responder sí el paciente vive solo o en familia, asimismo, indagar cuál es su estructura familiar, el rol familiar; y el apoyo al paciente donde se considera si interviene la enfermedad del paciente; también, se debe indagar en la relaciones amicales a fin de explorar el grado de aislamiento del paciente. (43) En los ancianos, es importante la valoración de la red natural (familia, amigos, vecinos) porque su ausencia puede situarlo en una posición de vulnerabilidad máxima.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción. describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad y el patrón reproductivo; es decir, busca valorar la forma de ser de una persona respecto a la sexualidad, su capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales, así como cualquier proceso relacionado con la reproducción

(43); por ello, en los adultos mayores, depende de la capacidad física y auto dependencia que tenga.

Patrón 10: Afrontamiento y manejo el estrés: en este patrón se busca indagar la forma que la paciente lidia con los problemas; a fin de conocer lo antes mencionado, se debe preguntar sobre los acontecimientos relevantes en su vida en los últimos años, la forma en que resuelve los problemas, su rapidez de adaptación a nuevos escenarios, la facilidad que tiene de contactar ayuda, el uso de medicamentos o drogas que utilice con fines de aliviar los problemas. (43) Por tanto, en el aspecto geriátrico, se valora el afrontamiento que tiene respecto al proceso de envejecimiento y los síntomas que pueden generar estrés en el paciente incluyendo los tratamientos a los que se va adaptando por las enfermedades que están surgiendo en esta etapa.

Patrón 11: Valores y creencias: trata de identificar los valores y creencias que guían las elecciones o decisiones de un individuo, así como la congruencia de estos con su forma de vida; por ello, se exploran sobre planes del individuo, creencias y prácticas religiosas, asimismo, el patrón de valores de una persona puede influir en sus decisiones relacionadas con su salud, tratamientos, prioridades en salud, así como la vida o la muerte. (43) Por lo tanto, este patrón es importante para el cuidador; puesto que, evalúa y determina el trato al paciente según las creencias con las que socialmente ha llegado hasta la etapa de la vejez; debido a ello, considerar la formación de sus valores aportará a determinar un plan de cuidados más personalizado.

2.2.6. Proceso de atención de enfermería (PAE)

El proceso de atención de enfermería (PAE) descrita como procesos lógicos, sistemáticos y dinámicos, caracterizada por tener acciones basadas en teorías y evidencia científica, permitiendo una interacción adecuada entre el profesional y el paciente. (44) Por lo cual, es definido como un método científico de la labor de enfermería, considerada como una herramienta indispensable en las acciones de enfermería (45); en consecuencia, puede brindar un panorama claro para la planificación de las funciones en enfermería (46), al ser un método que se enfoca en un sistema de procesos de intervención de enfermería durante el cuidado de los pacientes. (47)

En ese sentido, el PAE consiste en un método sistemático empleado para ofrecer atenciones, orientadas a la eficacia y eficiencia para conseguir los objetivos planteados; por ello, existe la responsabilidad de ejecutar el proceso de los cuidados, considerando

las necesidades del paciente adulto mayor, con el propósito brindar una atención oportuna y adecuada, mediante actividades personalizadas centradas en el diagnóstico principal para intervenir en las respuestas humanas desarrolladas en el envejecimiento. (48)

El PAE presenta cinco fases o etapas que permiten realizar un análisis y la organización de los datos del paciente, familiares y contexto, a fin de ofrecer un diagnóstico como producto de la medición; en otras palabras, un juicio del estado del paciente. (49) En relación con eso, el proceso de atención está basado en modelos teóricos, que garantiza la construcción del PAE desde conocimientos sólidos utilizados para favorecer el diseño y ejecución de las actividades de enfermería; debido a que, busca aportar en el propósito de mantener la relación entre profesional-paciente, entorno y familia, para favorecer las relaciones recíprocas y la adaptación o flexibilidad a los campos clínicos, que están asociadas a las necesidades del paciente. (50)

En síntesis, PAE es una herramienta de enfermería importante para organizar el trabajo que se realiza cotidianamente con los pacientes; por tanto, implica un procedimiento sistemático conformado por una serie de pasos o etapas que están interrelacionadas, es decir, cada etapa se estudia y analiza por separado; sin embargo, en el plan de cuidado durante la práctica, las etapas deben ir conjuntamente entrelazadas con el propósito de mantener una fluida relación entre enfermero y paciente.

2.2.7. Taxonomía NANDA, NIC, NOC

La taxonomía NANDA consiste en una taxonomía diagnóstica desarrollada en la década de los sesenta, generada ante la necesidad de identificar los problemas asociados en los pacientes; por consiguiente, es descrito como la clasificación de diagnósticos empleados en el campo de enfermería. (51) En ese marco, la taxonomía NANDA es la terminología estandarizada empleada para los diagnósticos en enfermería, que se encuentra compuesto por la definición de etiquetas enfocados en explicar los juicios clínicos del profesional; por lo tanto, brinda un panorama para facilitar la clasificación de los diagnósticos, mediante dominios y clases, evidenciando que puede contribuir en la formación del profesional de enfermería y reconocer un diagnóstico. (52) Por lo tanto, esta taxonomía se basa en la recopilación de los síntomas y signos que presente el paciente, para identificar los factores de riesgo que necesitan intervención.

Mientras que, la taxonomía NIC es la organización de manera sistemática de las intervenciones en el campo de enfermería, que se presenta mediante los siguientes niveles: dominios, clases e intervenciones; por ende, es una clasificación que busca ofrecer las intervenciones de enfermería desde una contexto general y considerando las otras especialidades, al incluir diferentes tipos de cuidados asociados al tratamiento o intervención de enfermería, que se encuentra basado en el juicio clínico y conocimiento para obtener un resultado favorable en el paciente. (53) En ese sentido, la taxonomía NIC puede ser denominada como la primera clasificación caracterizada por ser completa y normalizada sobre los tratamientos empleados en enfermería. (54) Por tanto, utiliza un lenguaje normalizado para describir los tratamientos a realizar que sirve para comunicar el proceso y la importancia del plan de cuidado de enfermería a otros involucrados.

Por otro lado, la taxonomía NOC es descrita como la clasificación estandarizada y global de los resultados de un paciente, mostrando el estado de salud del paciente o la percepción sobre la respuesta al desarrollar una intervención en el campo de enfermería; en consecuencia, puede ser utilizado para analizar los resultados de los tratamientos de enfermería. (55) Asimismo, es un instrumento que permite valor el éxito del tratamiento desde indicadores o criterios según los resultados (56); en ese marco, la taxonomía NOC es un complemento de las taxonomías NANDA y NIC, que se encuentran enfocadas en el diagnóstico e intervención, respectivamente. (57) Es decir, incorpora terminologías y criterios estandarizados para obtener y describir resultados de las intervenciones clínicas, por tanto, mantiene indicadores específicos para puntuar los resultados obtenidos del paciente.

2.2.8. Intervenciones de enfermería en pacientes con Alzheimer

Las intervenciones es la planificación continua que parte de la valoración, el análisis y el diagnóstico deben estar orientadas al beneficio del adulto mayor con esta patología y el cuidador, basada en la humanización, principio, respeto, correctas actitudes e ideas que constituye el arte del cuidado; por ello, por parte de los adultos mayores con Alzheimer es fomentar el bienestar físico y emocional haciendo uso de actividades y habilidades con atribuciones técnicas que garanticen la estimulación cognitiva del adulto mayor, resguardando la seguridad y la salud, como también su integridad. (58) Por lo cual, la intervención debe de maximizar, optimizar y las capacidades de los pacientes, para ello es necesario tener el grado de afectación clínica por la que atraviesa el adulto mayor; por

ende, según la valoración de Marjory Gordon, las intervenciones deben estar orientadas según los resultados de los patrones obtenidos (59); por ello, están orientados a:

2.2.8.1. Percepción de la salud.

Cuidados sobre la medicación de fármacos adecuados para el paciente según el tipo de Alzheimer, asimismo, la atención necesaria a las otras enfermedades que puede tener el paciente o la detección temprana para evitar futuras enfermedades externas o internas a las que esta propensa un adulto mayor; asimismo, sin dejar de lado la etapa final de cuidar la valoración del dolor; la cual, muchas veces no es diagnosticado a tiempo, y se evidencia por estados de ánimo cambiantes y comportamiento del paciente (60).

2.2.8.2. Actividades diarias cotidianas.

Actividades que cuidados del entorno como las necesidades básicas, creando un plan de acuerdo a la autosuficiencia que paciente, si posee capacidades motrices se plantea la ayuda constante de acompañarlos a los servicios higiénicos o ayudarlos con su limpieza sin incomodar su confianza, por otro lado, se-prioriza tener una comunicación íntima con el paciente para poder atender con inmediatez la limpieza. (61) Asimismo, se considera el plan nutricional – metabólico, para ejecutar una dieta balanceada al paciente según sus necesidades para evitar problemas digestivos o de alimentación; por otro lado, se considera el sueño y descanso de acuerdo a sus rutinas para evitar el estrés y comportamientos irritables en el paciente (62).

2.2.8.3. Estimulación cognitiva.

Se refiere a estimular las funciones cerebrales, por ejemplo, la atención, orientación, memoria, las habilidades, sensaciones espaciales, lenguaje, actividad física, etc.; la cual, depende del paciente pacientes y su estabilidad de verbalización; sin embargo, consiste en llevar a cabo ejercicios para mantener y fortalecer la memoria encontrando el ritmo para comunicarse, para ello, es necesario la paciencia y la escucha activa. (63) Asimismo, se debe ejercitar con los pacientes con menor tipo de Alzheimer la ejercitación del área cognitiva, por ejemplo: poner la mesa, tender la ropa, actividades de jardinería (64)

2.2.8.4. Prevención para el cuidador.

Es la prevención de afecciones psicológicas de los cuidadores, debido al proceso largo, con el que deben convivir, el plan reúne días u horas libres compensables según la necesidad, para cuidar la vida personal e integridad del cuidador; debido que, debe existir un equilibrio de comodidad tanto del enfermero como del paciente; además, incluye formar a la familia para evitar ciertos percances durante el proceso de cuidado (64).

En síntesis, las intervenciones deben ser cuidadosamente evaluadas para cubrir el diagnóstico y obtener resultados referentes a la valoración realizada, por lo que, se interviene en los aspectos físicos, biológicos y psicológicos del paciente, creando un plan de cuidado personalizado con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares; asimismo, esta intervención debe considerar el cuidado emocional y de salud del cuidador responsable para mantener un equilibrio emocional entre el paciente y enfermero.

III. CONTENIDO

La paciente es una mujer adulta de 102 años, ingresó a una casa de reposo en Surco, con diagnóstico de Alzheimer; asimismo, presenta confusión, insomnio, deterioro de la memoria, hipotiroidismo, incontinencia urinaria y fecal. Además, al desarrollar el control de los signos vitales, se identificó una frecuencia respiratoria 21x', frecuencia cardíaca 70x', presión arterial 100/60 mm/Hg y temperatura corporal de 36.6 °C. Referente a la valoración clínica funcional, se identificó que la paciente presenta dependencia para desarrollar ciertas actividades básica (5/6); por ende, requiere apoyo del personal de salud y vigilancia para el aseo, alimentación y vestimenta. Además, los análisis complementarios evidenciaron un nivel bajo de hemoglobina, al obtener 11.4 g/dL en el hemograma; lo cual, indica anemia en la paciente.

Por consiguiente, se le brindaron las atenciones de enfermería y una intervención farmacológica.

3.1. Historia clínica

- **Apellidos y nombres:** B. E. C
- **Edad:** 102 Años
- **Sexo:** Femenino
- **Fecha de Nacimiento:** 30/08/1920
- **Estado Civil:** Viuda
- **Nacionalidad:** Argentina
- **DNI:** 08219151
- **Distrito:** Surco
- **Provincia:** Lima
- **Departamento:** Lima
- **Fecha de Ingreso:** 13/01/2020
- **Signos y síntomas:** confusión, insomnio, deterioro de la memoria.

- **Diagnósticos:** Diagnóstico de Alzheimer, incontinencia urinaria, anemia leve, hipotiroidismo e insomnio.

3.1.1. Antecedentes patológicos:

- **Alergias:** Niega
- **Operaciones previas:** Vesícula hace 14 años.
- **Enfermedades:** Hipotiroidismo.

3.1.2. Antecedentes quirúrgicos: Cirugía de vesícula.

3.1.3. Antecedentes familiares: Niega.

3.1.4. Antecedentes fisiológicos: Niega

3.2. Funciones biológicas

- **Apetito:** Normal.
- **Orina:** Color Amarillo – Aspecto Transparente
- **Deposiciones:** Normal.
- **Sueño:** Insomnio.
- **Sed:** Normal.
- **Sudor:** Normal.
- **Peso:** 80 kg.
- **Talla:** 170 cm

3.3. Examen clínico general

3.4. Examen clínico general

Tabla 2. *Control de signos vitales*

Signos vitales	
P.A:	100/60 mm/Hg
F.C:	70 x´
FR:	21 x´
T:	36.6 °C

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Medidas antropométricas

Medidas Antropométricas	
Peso	80 kg
Talla	170 cm

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Examen físico

Examen físico céfalo caudal	
Piel	Tibia, palidez leve y micosis en parte cervical.
TCSC Edemas	Tejido celular subcutáneo en regular cantidad, no edemas.
Cavidad oral	Prótesis dental y regular estado de higiene.
Tórax	Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.
Aparato cardiovascular	No soplos. Estado normal.
Abdomen	Blando depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos.
Estados pies (pulsos)	Miembros inferiores con venas varicosas y micosis en uñas.
Aparato genitourinario	Incontinencia urinaria y fecal.
Sistema nervioso	Despierta desorientada. No signos de meníngeos.
Aparato locomotor	Dependencia parcial. Personal de apoyo para caminar. Necesita de vigilancia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Valoración clínica del adulto mayor

Actividades	Resultado
Lavarse	Dependiente
Uso de los servicios higiénicos	Dependiente
Continencia	Dependiente
Vestirse	Dependiente
Movilizarse	Dependiente
Alimentarse	Dependiente
Diagnóstico funcional	Dependiente

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Valoración cognitiva (Test Pfeiffer)

Actividades	Resultado
Normal (2 Errores)	
DC Leve (3 a 4 Errores)	DC = Severo
DC Moderado (5 a 7 Errores)	(*) DC = Deterioro Cognitiva
DC Severo (8 a 10 Errores)	

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Evaluación integral

En este apartado, se evidencia la información recolectada de la paciente obtenida por los exámenes auxiliares:

Tabla 7. Hemograma

Examen	Fecha	Resultados	Rango de preferencia
Hemoglobina	14/01/2020	11.4 g/dL	12 - 16
Hematocrito	14/01/2020	36.9%	36 – 46
Hematíes	14/01/2020	$3.55 \cdot 10^6/\mu\text{L}$	4 – 4.9
Volumen Corpuscular Media	14/01/2020	103.9 fL	80 – 100
Concentración de la Hemoglobina Corpuscular	14/01/2020	30.9 g/dL	31 - 37
Leucocitos totales	14/01/2020	$5.56 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	4.5 - 11
Eosinófilos	14/01/2020	2%	0 - 3
Basófilos	14/01/2020	0%	0 - 1
Linfocitos	14/01/2020	26%	24 – 44
Monocitos	14/01/2020	8%	3 – 5
Neutrófilos segmentados	14/01/2020	64%	35 – 66
Bastones	14/01/2020	0%	0 - 5
Eosinófilos	14/01/2020	$0.11 \cdot 10^3$	0 – 0.7
Basófilos	14/01/2020	$1.45 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	1 – 4.8
Linfocitos	14/01/2020	$0.44 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	0 – 0.9
Monocitos	14/01/2020	$3.56 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	1.8 – 7.7
Neutrófilos segmentados	14/01/2020	$0 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	0 - 0.5
Bastones	14/01/2020		
Recuento de plaquetas	14/01/2020	$185 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	150 - 350
Volumen Plaquetario Medio	14/01/2020	11.2 fL	7.5 – 11.5
Neutrófilos	14/01/2020	$3.56 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	1.8 – 8.2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Bioquímica

Examen	Fecha	Resultados	Rango de preferencia
Glucosa sérica	14/01/2020	76 mg/dL	75 - 121
Urea sérica	14/01/2020	43.3 mg/dL	16.6 – 48.5
Nitrógeno Ureico BUN	14/01/2020	20.22 mg/dL	
Creatina sérica	14/01/2020	1.01 mg/dL	0.5 – 0.9
Proteínas totales	14/01/2020	6.55 g/dL	6.4 – 8.3
Albumina	14/01/2020	3.81 g/dL	3.5 – 5.2
Globulinas	14/01/2020	2.74 g/dL	2.3 – 3.5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Examen químico de orina

Examen	Fecha	Resultados
Densidad	14/01/2020	1.015
pH	14/01/2020	5
Proteína (Albúmica)	14/01/2020	Negativo
Glucosa	14/01/2020	Negativo
Cetonas	14/01/2020	Negativo
Bilirrubina	14/01/2020	Negativo
Urobilinógeno	14/01/2020	Negativo
Hemoglobina (eritrocitos)	14/01/2020	Negativo
Leucocitos (Esterasa Leucocitaria)	14/01/2020	Negativo
Nitrito	14/01/2020	Negativo

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Diagnóstico y pronóstico

Aspectos generales:

La paciente es una mujer adulta de 102 años, con un peso de 80kg y 170 cm, ingresó a una casa de reposo en Surco, con diagnóstico de Alzheimer; asimismo, presenta hipotiroidismo, anemia leve, confusión, insomnio, anemia leve, candidiasis cervical, venas varicosas, incontinencia urinaria y fecal. Además, al realizar un análisis de los signos vitales, se identificó una FC: 70x', PA: 100/60 mm/Hg, FR: 21x' y T: 36.6°; asimismo, en la valoración clínica del adulto mayor se obtuvo un diagnóstico funcional dependiente.

Datos objetivos: Hipotiroidismo, insomnio, Alzheimer, anemia, deterioro de la integridad cutánea, FC: 70x', PA: 100/60 mm/Hg, FR: 21x' y T: 36.6°.

Datos subjetivos: Presenta incontinencia urinaria y fecal, inconveniente para dormir, necesita apoyo para desarrollar actividades básicas, problemas para recordar eventos, función de objetos, entre otros.

Diagnóstico: Alzheimer, deterioro de la integridad cutánea, incontinencia urinaria, anemia leve, hipotiroidismo e insomnio.

Pronóstico: Reservado

Tratamiento:

- Paracetamol 500mg – (1) 8 am

- Quetiapina 25 mg – (1/2) 11 am
- Tramedif 50mg – (1) 7 am
- Ácido Acetilsalicílico 100mg – (1) 12 pm
- Alisep 10mg – (1) 7 pm
- Atorvastatina 15mg – (1) 7pm
- Dormonid 15 mg – (1/2) 6 pm
- Levotiroxina 100 mg – (1/2) 7 am
- Ometab 20mg – (1) 7 am
- Serenus 25mg – (1) 6 pm
- Sertralina 50mg – (1/2) 8 am
- Personal de apoyo para actividades básicas.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1. Formulación del plan de tratamiento general

Tabla 10. *Valoración por dominio.*

Dominio	Valoración
<p>1 Dominio 5: Percepción / Cognición. Clase 4: Cognición. Código: 00131. Deterioro de la memoria.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta incapacidad para recordar eventos, función de algunos objetos, información, entre otros. Datos objetivos: Diagnostico Alzheimer</p>
<p>2 Dominio 11: Seguridad / Protección. Clase 2: Lesión física. Código: 00046. Deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta candidiasis cervical, várices y hongos en uñas. Datos objetivos: candidiasis cervical, micosis en uñas y venas varicosas.</p>
<p>3 Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión. Código: 00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta incapacidad para comer sola. Datos objetivos: Anemia leve, nivel bajo de hemoglobina (11.4 g/dL).</p>
<p>4 Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria. Código: 00020. Incontinencia urinaria funcional.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta dificultad para controlar la micción. Datos objetivos: Incontinencia urinaria. Diagnóstico funcional: Dependiente.</p>
<p>5 Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal. Código: 00014. Incontinencia fecal.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta dificultad para controlar las evacuaciones. Datos objetivos: Incontinencia fecal. Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.</p>
<p>6 Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 1: Reposo/sueño. Código: 00095. Insomnio.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta dificultades para dormir. Datos objetivos: Insomnio.</p>
<p>7 Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 5: Autocuidado. Código: 00108. Déficit de autocuidado: baño.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente tiene inconvenientes para lavarse y vestirse. Datos objetivos: Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.</p>
<p>8 Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 5: Autocuidado. Código: 00102. Déficit de autocuidado: alimentación.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente presenta inconvenientes para alimentarse. Datos objetivos: Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.</p>
<p>9 Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 5: Autocuidado. Código: 00110. Déficit de autocuidado: uso del inodoro.</p>	<p>Datos subjetivos: La paciente tiene inconvenientes para usar los servicios higiénicos y movilizarse. Datos objetivos: Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.</p>

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Plan de control y mantenimiento

Tabla 11. Diagnósticos.

	Diagnósticos	Fundamento
1	Deterioro de la memoria. R/C deterioro neurológico. E/P Incapacidad para recordar eventos, función de algunos objetos, etc.	Consiste en la incapacidad de recordar hechos a largo plazo; además, es el olvido inusual de acciones presentes que forman parte de la cotidianidad.
2	Deterioro de la integridad cutánea. R/C Humedad e inmovilización física E/P Alteración de la integridad de la piel.	Definida como la alteración en la superficie cutánea, donde se puede observar destrucción de las capas o invasión en las estructuras corporales.
3	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. R/C Incapacidad para absorber los nutrientes debido a factores biológicos e incapacidad para ingerir alimentos. E/P Anemia leve.	Consiste en el estado caracterizado por un aporte de nutrientes considerado insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
4	Incontinencia urinaria funcional. R/C Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. E/P Dificultad para controlar la micción.	Es descrita como la dificultad para el control de emisión de orina; debido a, la incapacidad física, olvidos transitorios o permanentes de ir al baño o los músculos del suelo pélvico estén debilitados
5	Incontinencia fecal. R/C Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. E/P Dificultad para controlar las evacuaciones.	Consiste en la fuga intestinal accidental o la evacuación accidental de materia fecal; debido a, la incapacidad física, olvidos transitorios o permanentes de ir al baño o los músculos del suelo pélvico estén debilitados
6	Insomnio. R/C higiene del sueño inadecuada. E/P Dificultad para conciliar el sueño.	Descrito como un trastorno que afecta frecuentemente el sueño; también, es una causa de algún tipo de demencia.
7	Déficit de autocuidado: baño. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para lavarse y vestirse, sin apoyo.	Consiste en la pérdida de la habilidad para realizar actividades de higiene o baño como deterioro de la capacidad de la movilidad física, dificultad espacial y perceptual
8	Déficit de autocuidado: alimentación. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para alimentarse, sin apoyo.	Consiste en la pérdida de capacidad para realizar actividades para alimentarse como deterioro de la capacidad de la movilidad física, dificultad espacial y perceptual.
9	Déficit de autocuidado: uso del inodoro. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para usar los servicios higiénicos y moverse, sin apoyo.	Consiste en la pérdida de capacidad para ubicar los servicios higiénicos como incapacidad de moverse física, espacial y perceptual.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Priorización de diagnósticos.

	Diagnóstico	Prioridad
1	Deterioro de la memoria. R/C deterioro neurológico. E/P Incapacidad para recordar eventos, función de algunos objetos, etc.	Prioridad alta
2	Deterioro de la integridad cutánea. R/C Humedad e inmovilización física E/P Alteración de la integridad de la piel.	Prioridad media
3	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. R/C Incapacidad para absorber los nutrientes debido a factores biológicos e incapacidad para ingerir alimentos. E/P Anemia leve.	Prioridad media
4	Incontinencia urinaria funcional. R/C Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. E/P Dificultad para controlar la micción.	Prioridad alta
5	Incontinencia fecal. R/C Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. E/P Dificultad para controlar las evacuaciones.	Prioridad alta
6	Insomnio. R/C higiene del sueño inadecuada. E/P Dificultad para conciliar el sueño.	Prioridad alta
7	Déficit de autocuidado: baño. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para lavarse y vestirse, sin apoyo.	Prioridad alta
8	Déficit de autocuidado: alimentación. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para alimentarse, sin apoyo.	Prioridad alta
9	Déficit de autocuidado: uso del inodoro. R/C Alteración en la función cognitiva. E/P Inconvenientes para usar los servicios higiénicos y moverse, sin apoyo.	Prioridad alta

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Plan de cuidados aplicando NANDA, NOC, NIC.

Tabla 13. Deterioro de la memoria

Valoración Diagnóstico		Planificación- NOC Resultado Esperado				Ejecución – NIC Intervenciones		Fundamento Científico	Evaluación
Datos Objetivos: Diagnóstico Alzheimer	Dominio 5 Percepción / Cognición.	Prioridad Alta	Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos			Independiente:	Interdependiente:	Es recomendable utilizar el tratamiento basado en la estimulación cognitiva para mejorar la orientación y la capacidad de recordar eventos pasados, sucesos recientes y la función de algunos objetos; mediante actividades de terapia ocupacional.	La paciente manifiesta mejoras en el reconocimiento de objetos, eventos pasados y presentes; asimismo, tiene noción del tiempo.
	Clase 4 Cognición.	ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (J) CÓDIGO: (0900) Cognición	Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 3		Estimulación cognitiva (4720)	Entrenamiento de la memoria (4760)			
	Código 00131.	Indicador:	Escala:	Total:	Total:	• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.	• Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda.		
	Etiqueta: Deterioro de la memoria.	• (090015) Comunicación adecuada según la edad	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente Comprometido	2	3	• Utilizar el contacto de manera terapéutica, según corresponda.	• Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.		
	Factor relacionado: Deterioro neurológico.	• (090007) Memoria reciente	5.No comprometido	2	3	• Fomentar el uso de un programa de multi-estimulación.	• Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado.		
	Características definitorias: Incapacidad para recordar eventos, función de algunos objetos, etc.	• (090008) Memoria remota	2	2	3				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Incontinencia urinaria funcional.

Valoración	Diagnóstico	Prioridad	Planificación- NOC Resultado Esperado	Puntuación Diana		Ejecución – NIC	Intervenciones	Fundamento Científico	Evaluación															
Dominio 3 Eliminación e intercambio. Clase 1 Función urinaria. Código 00020. Etiqueta: Incontinencia urinaria funcional. Datos Objetivos: Incontinencia urinaria Factor relacionado: Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. Características definatorias: Dificultad para controlar la micción.	Alta	Control de la eliminación de orina de la vejiga.	ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F) CÓDIGO: (0502) Continencia Urinaria	Mantener a: 2	Aumentar a: 4	Independiente:	Cuidados de la incontinencia urinaria (0610) • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda	Manejo de la eliminación urinaria (0509) • Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario • Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda. • Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario	Procurar mantener un óptimo esquema de eliminación urinaria, mediante la monitorización de la rutina de micción para evitar infecciones urinarias y lesiones cutáneas.	La paciente mejora la comunicación para su control de micción diaria al profesional de salud.														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador:</th> <th>Escala:</th> <th>Total:</th> <th>Total:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• (050201) Reconoce la urgencia miccional</td> <td>1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>• (050206) Micción > 150 ml cada vez</td> <td>4. Frecuentemente demostrado</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>• (050203) Responde de forma adecuada a la urgencia</td> <td>5.Siempre demostrado</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicador:	Escala:	Total:	Total:	• (050201) Reconoce la urgencia miccional	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado	2	4	• (050206) Micción > 150 ml cada vez	4. Frecuentemente demostrado	2	4	• (050203) Responde de forma adecuada a la urgencia	5.Siempre demostrado							
Indicador:	Escala:	Total:	Total:																					
• (050201) Reconoce la urgencia miccional	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado	2	4																					
• (050206) Micción > 150 ml cada vez	4. Frecuentemente demostrado	2	4																					
• (050203) Responde de forma adecuada a la urgencia	5.Siempre demostrado																							

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Incontinencia fecal

Valoración	Diagnóstico	Prioridad	Planificación- NOC Resultado Esperado				Ejecución – NIC Intervenciones		Fundamento Científico	Evaluación
Dominio 3 Eliminación e intercambio. Clase 2 Función gastrointestinal. Código 00014.	Etiqueta: Incontinencia fecal. Datos Objetivos: Incontinencia fecal. Factor relacionado: Limitaciones neuromusculares y déficit sensorial o cognoscitivo. Características definatorias: Dificultad para controlar las evacuaciones.	Alta	Control de la eliminación de heces procedentes del intestino				Independiente:	Interdependiente:	Es recomendado estimular la continencia intestinal para mantener la piel perianal del paciente; asimismo, instaurar un patrón adecuado para controlar la evacuación intestinal.	El paciente mejora el control de evacuación con el apoyo del profesional de enfermería.
			ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación(F) CÓDIGO: (0500) Continencia Intestinal	Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 3	Cuidados de la incontinencia intestinal (0410)	Control intestinal (0430)				
			Indicador: • (050008) Identifica la urgencia para defecar • (050009) Responde a la urgencia de manera oportuna • (050014) Ingiere una cantidad de fibra adecuada	Escala: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado	Total: 2 2	Total: 3 3	• Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios. • Monitorizar que se produzca una evacuación intestinal adecuada. • Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, según corresponda.	• Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos. • Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. Insomnio

Valoración	Diagnóstico	Planificación- NOC Resultado Esperado	Ejecución – NIC Intervenciones		Fundamento Científico	Evaluación																								
Dominio 4 Actividad / reposo. Clase 1 Reposo/sueño. Código 00095. Datos Objetivos: Insomnio. Factor relacionado: Higiene del sueño inadecuada. Características definitorias: Dificultad para conciliar el sueño.	Prioridad Alta	Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Mantenimiento de la energía (A) CÓDIGO: (0004) Sueño <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador:</th> <th>Escala:</th> <th>Total:</th> <th>Total:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• (000423)</td> <td>1. Gravemente comprometido para conciliar el sueño.</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>• (000406)</td> <td>2. Sustancialmente comprometido Sueño interrumpido</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Moderadamente comprometido</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. Levemente comprometido</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. No comprometido</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicador:	Escala:	Total:	Total:	• (000423)	1. Gravemente comprometido para conciliar el sueño.	2	4	• (000406)	2. Sustancialmente comprometido Sueño interrumpido	2	4		3. Moderadamente comprometido				4. Levemente comprometido				5. No comprometido			Independiente: Mejorar el Sueño (1850) • Comprobar el patrón del sueño y observar circunstancias físicas o psicológicas • Animar al paciente a que establezca una rutina • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de dormir. • Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño. • Establecer un horario para la administración de medicamentos.	Interdependiente: Terapia de relajación (6040) • Psicoeducar sobre la relajación y sus beneficios. • Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.	Es recomendable e facilitar el hábito de sueño; para una mejor transición de descanso. Se procura evitar situaciones que generen estrés en la persona para que pueda conciliar el sueño.	La paciente presenta mejoras en sus hábitos de sueño al cuarto día desde el inicio del plan de cuidado.
	Indicador:	Escala:	Total:	Total:																										
	• (000423)	1. Gravemente comprometido para conciliar el sueño.	2	4																										
	• (000406)	2. Sustancialmente comprometido Sueño interrumpido	2	4																										
	3. Moderadamente comprometido																													
	4. Levemente comprometido																													
	5. No comprometido																													

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17. Déficit de autocuidado: baño

Valoración	Diagnóstico	Planificación- NOC Resultado Esperado	Ejecución – NIC Intervenciones		Fundamento Científico	Evaluación
Dominio 4 Actividad / reposo.	Prioridad Alta	Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin dispositivo de ayuda.	Independiente:	Interdependiente:	El cuidado procura monitorear y ayuda en la higiene personal que comprende hábitos cotidianos de limpieza del paciente; además, se controla la conducta del paciente durante la higiene corporal.	La paciente mejora en la rutina de hábitos de higiene con el apoyo del personal de enfermería; asimismo, mostró conductas positivas durante el baño.
		ETIQUETA NOC: Equilibrio hídrico	Puntuación Diana Mantener a: 2	Aumentar a: 3		
Clase 5 Autocuidado.		DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D) CÓDIGO: (0301) Autocuidados: baño.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener rituales higiénicos. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de pre-sueño. • Proporcionar los objetos personales deseados. 		<ul style="list-style-type: none"> • Personalizar el baño de acuerdo con las preferencias habituales y/o las tradiciones culturales al respecto. • Proporcionar un entorno confortable. • Dedicar tiempo suficiente, sin precipitaciones. 	
Código 00108.		Indicador:	Escala:	Total:		
Datos Objetivos:	Etiqueta: Déficit de autocuidado: baño.	<ul style="list-style-type: none"> • (030108) Se baña en la bañera. • (030107) Se lava en el lavado. • 030111 Seca el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> 2 2 3 		
Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.	Factor relacionado: Alteración en la función cognitiva.					
	Características definitorias: Inconvenientes para lavarse y vestirse sin apoyo.					

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Déficit de autocuidado: alimentación.

Valoración	Diagnóstico	Planificación- NOC Resultado Esperado	Ejecución – NIC Intervenciones	Fundamento Científico	Evaluación
Datos Objetivos: Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.	Dominio 4 Actividad / reposo.	Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.	Independiente:	Interdependiente :	Es recomendable utilizar un control para ayudar al paciente a comer; puesto que, se puede mejorar la ingesta nutricional y se puede monitorear el apetito del paciente.
	Clase 5 Autocuidado.	Prioridad Alta	ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Digestión y nutrición (K) CÓDIGO: (1004)	Monitorización nutricional (1160) <ul style="list-style-type: none"> Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. Monitorizar la ingesta calórica y dietética. Pesar al paciente. 	
Código 00102.	Etiqueta: Déficit de autocuidado: alimentación.	Indicador: Escala: Total: Total:			
	Factor relacionado: Alteración en la función cognitiva.	•(100401) Ingesta de nutrientes. 1.Desviación grave del rango	2	4	
	Características definitorias: Inconvenientes para alimentarse, sin apoyo.	• (100408) Ingesta de líquidos. 2.Desviación sustancial del rango normal	2	4	
		•(100405) Relación peso/talla. 3.Desviación moderada del rango normal			
		•(100411) Hidratación. 4.Desviación leve del rango normal			
		• 5.Sin desviación del rango normal			

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Déficit de autocuidado: uso del inodoro

Valoración	Diagnóstico	Planificación- NOC Resultado Esperado				Ejecución – NIC Intervenciones		Fundamento Científico	Evaluación	
Datos Objetivos: Resultado de valoración clínica del adulto mayor: Dependiente.	Dominio 4 Actividad / reposo.	Prioridad Alta	Acciones personales para utilizar el inodoro independientemente con o sin dispositivo de ayuda.				Independiente	Interdependiente	Establecer precauciones durante la movilización hacia el inodoro realizando actividades que facilite la evacuación y prevenga el riesgo de lesiones por caídas.	La paciente mejora en la rutina de eliminación y la limpieza después de la micción o defecación, con el apoyo del enfermero para evitar las caídas.
	Clase 5 Autocuidado.		ETIQUETA NOC: DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D) CÓDIGO:(0310) Autocuidados: uso del inodoro	Puntuación Diana Mantener Aumentar A: 2 A: 3		Ayuda con el autocuidado: micción/defecación (1804)	Prevención de caídas (6490)			
	Código 00110.	Indicador:	Escala:	Total:	Total:	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente en el inodoro/ inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados. • Facilitar la higiene tras miccionar/ defecar después de terminar con la eliminación. • Enseñar al paciente/ allegados la rutina de eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas. • Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados. 			
	Etiqueta:	• (031002) Responde a la urgencia para defecar oportunamente	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente Comprometido 5. No comprometido	2 2	3 3					
	Factor relacionado:	Alteración en la función cognitiva.	Características definitorias:	Inconvenientes para usar los servicios higiénicos y movilizarse, sin apoyo.						

Fuente: Elaboración propia.

V. DISCUSIÓN

El presente caso clínico tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente adulta mayor de 102 años con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo Geriatrics, Lima 2022. Por lo tanto, se empleó el proceso de atención a través de las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación a través de la aplicación del PAE. Por lo cual, permitió establecer un proceso de cuidado óptimo a fin de alcanzar mejoras y progreso de salud de la paciente.

La aplicación adecuada del proceso de atención con respecto al objetivo general en la paciente adulta mayor con diagnóstico de Alzheimer en el centro de reposo Geriatrics repercutió positivamente en mejoras de la memoria cognitiva, higiene y salud fisiológica, tomando como base la taxonomía NANDA, NIC Y NOC. Estos resultados concuerdan con el estudio de caso de Medina L., quien atendió a una paciente de 65 años diagnosticado con Alzheimer y desequilibrio nutricional, que tenía una valoración de insomnio, deterioro cognitivo y desequilibrio nutricional; por lo cual, el adecuado plan de cuidados permitió tener una ingesta de alimentos adecuada, mejorar la orientación personal y espacio temporal, y conseguir un apto patrón de sueños que ayudó con los factores de estrés.

En cuanto al primer objetivo específico, se valoró por dominios según los datos subjetivos de la paciente obteniendo que presenta un diagnóstico de Alzheimer de tipo moderado porque presenta incapacidad para recordar, asimismo, presenta dificultad para controlar las evacuaciones fecales y urinarias, por otro lado, tiene problemas para dormir, lavarse, vestirse y usar los servicios higiénicos; asimismo, la paciente presente problemas para conciliar el sueño. Los resultados se asemejan al estudio de Santillan V. donde el paciente fue valorado con constantes desequilibrios psicomotores y fallos en la memoria por consecuencia del Alzheimer. Por lo cual, una valoración optima de la paciente facilitó precisar y ubicar los dominios en la taxonomía NANDA.

Sobre el segundo objetivo específico, se realizó la taxonomía NANDA en la paciente, obteniendo un diagnóstico de prioridad alta en cada diagnóstico mayormente en el dominio 4 referente a la actividad/reposo, teniendo afecciones de insomnio y déficit de autocuidado e higiene; asimismo, seguido del dominio 3 con diagnóstico de incontinencia fecal y urinaria, y finalmente el dominio 5, sobre el deterioro de la percepción y cognición del paciente. Los resultados concuerdan con el estudio de Ochoa, D. donde el paciente

presentó una taxonomía NANDA, mostro una prioridad de nivel alto en el dominio 4 sobre la debilidad física como en el dominio 3 en fallos de memoria constante. Se considera importante ubicar adecuadamente los dominios NANDA para un diagnóstico asertivo porque identifica y priorizar las afecciones principales de la paciente.

Respecto al tercer objetivo específico diseñar el plan del proceso de atención, según la taxonomía NOC, donde se priorizó la salud fisiológica para mejorar el aspecto neurocognitivo, eliminación, digestión y nutrición; asimismo, en la salud funcional, se priorizo el mantenimiento de la energía y el autocuidado, por tanto, se planifico mantener una puntuación diana de 2 puntos y aumentar a un puntaje que varía de 3 a 4; esto concuerda con la planificación del estudio de caso de Lizarraga, A. y Vazquez, M. que menciona que la prioridad de cuidado debe ser sensitivas, ambientales, físicas y psicoemocionales para cuidar la salud fisiológica y funcional del paciente de Alzheimer. Por lo tanto, diseñar un plan de cuidado adecuado individualizado evita futuras complicaciones durante el proceso de atención porque permite conocer los procedimientos que el paciente requiere para garantizar la salud del paciente.

En cuanto al cuarto objetivo ejecutar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer, se ejecutó la estimulación cognitiva y el entrenamiento de la memoria como mejorar el sueño y terapias de relajación para la enfermedad del Alzheimer y síntomas del insomnio, además, referente a los cuidados de higiene y eliminación como la función urinaria y fecal, se consideró cuidados y manejos de incontinencia complementado con los hábitos de limpieza como la ayuda con el autocuidado del baño y el inodoro, estos resultados se asemejan con el estudio de caso de Lizarraga, A. y Vazquez, M. que menciona que la prioridad de cuidado debe ser sensitivas, ambientales, físicas y psicoemocionales; asimismo, con el estudio de caso de Lino, J. incluye quien refiere que el hábito de higiene, apoyo en necesidades físicas, ayuda en la vestimenta, alimentación, actividades físicas, actividades sociales. Asimismo, ejecutar un procedimiento de forma adecuada permite suplir a tiempo las necesidades que presenta el paciente dependiente procurando mantener el objetivo de mejorar sus afecciones.

Finalmente el tercer objetivo sobre analizar el estado de salud de la paciente con diagnóstico de Alzheimer, presentó mejoras significativas como el reconocimiento de objetos y ubicación espacial así como el control de sueño para evitar el constante

insomnio, por otro lado, en sus hábitos de higiene mejoro en la comunicación para evitar la incontinencia urinaria y fecal; también, mejoro en la higiene personal y el control de caídas; por tanto, se mejoró el confort de la paciente durante las intervenciones necesarias para mejorar el estado de salud cognitivo, físico e higiene; por tanto, los resultados coinciden con el estudio de Santillan, V quien incluyo terapias físicas, mejorando la estabilidad de salud del paciente y su confort referente a las enfermedades neurológicas y el estrés constante.

Asimismo, concuerda con Simón E, quien menciona que los cuidados específicos en pacientes de Alzheimer mejoran la tensión emocional en el paciente, en específico, en rutinas como los cuidados sanitarios que necesitan de la presencia de un personal de enfermería. De esta manera, es importante el análisis de las mejoras del paciente para definir si el procedimiento fue exitoso, asimismo, visualizar las mejoras y posibles deficiencias que pudo ocurrir durante el procedimiento; además, es un historial importante que puede modificarse según el cambio futuro de la salud física y mental del paciente.

VI. CONCLUSIONES

- 1 En relación al objetivo general, aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, 2022, se determinó eficazmente los diagnósticos presentados en la paciente, a través de la ejecución de la taxonomía NANDA. En ese marco, se logró diseñar un plan de tratamiento integral desde la taxonomía NIC y NOC, a fin de identificar los cuidados de enfermería según las características de la paciente, que permitieron garantizar la recuperación adecuada para contribuir en la condición de salud.
- 2 Con respecto al primer objetivo específico, la valoración de la paciente facilitó el reconocimiento de los dominios 3, 4 y 5, que deben ser intervenidos de manera rápida en la casa de reposo de Surco; por ende, el análisis favoreció el planteamiento sistemático de la historia clínica y exámenes de la paciente, con el propósito de reconocer los factores y posibles problemas de salud a nivel cognitivo y físico.
- 3 Referente al segundo objetivo específico, la aplicación de la taxonomía NANDA permitió la identificación de los diagnósticos en el caso de Alzheimer con prioridad alta; dado que, se empleó una terminología estandarizada para definir los diagnósticos mediante dominio, clase y código, posibilitando el proceso de atención en enfermería.
- 4 Acerca del tercer objetivo específico, se diseñó el plan del proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, mediante la ejecución de la taxonomía NIC, que permitió presentar la planificación sistemática de las intervenciones en enfermería, al trabajar desde los diagnósticos con prioridad alta para obtener un resultado favorable en la paciente.
- 5 En relación al cuarto objetivo específico, se ejecutó el proceso de atención de enfermería en la paciente, considerando los diagnósticos a nivel cognitivos y físicos; por consiguiente, las acciones se basaron en la taxonomía NIC mediante las intervenciones en el ámbito independiente e interdependiente.
- 6 Con respecto al quinto objetivo específico, se realizó el análisis del estado de salud de la paciente con diagnóstico de Alzheimer en una casa de reposo de Surco, que evidenció las mejoras y el progreso cognitivo y físico de la paciente, a través de

la evaluación del caso desde la taxonomía NOC, concluyendo que existen resultados significativos al implementar el PAE en un caso con Alzheimer.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los profesionales de enfermería, supervisar activamente el estado de salud de los pacientes luego de aplicar el plan de atención de enfermería (PAE) con la finalidad de asegurar la mejora y restitución plena de los mismos; asimismo, identificar a tiempo posibles afecciones y complicaciones que conlleva el Alzheimer y la edad avanzada.
2. Se recomienda a los profesionales de enfermería realizar una valoración NANDA, NIC y NOC en pacientes de Alzheimer a fin de brindar un diagnóstico adecuado para proceder a planificar y aplicar el plan de cuidado para garantizar mejorar la situación del paciente.
3. Se recomienda a la casa de reposo, brindar capacitaciones al personal de enfermería sobre los diagnósticos NANDA, NIC y NOC para priorizar el óptimo cuidado integral a los pacientes con Alzheimer; asimismo, concientizar al enfermero sobre la constante supervisión del proceso de cuidado que puede cambiar según el grado de avance de la enfermedad de Alzheimer y procurar el mejoramiento en pacientes.
4. Asimismo, se recomienda a la casa de reposo y al personal de enfermería, emplear calidad en el diagnóstico y en la aplicación del proceso de atención en enfermería a fin de poder tener mejor resultados en los pacientes adultos mayores, para prevenir el estado severo de Alzheimer en sus pacientes y ofrecer una estadía de confort a los adultos mayores.
5. Se le sugiere a la casa de reposo, designar a un personal de enfermería capacitado para realizar un análisis, evaluación y seguimiento constante del estado de salud de los pacientes con Alzheimer que hayan pasado por el proceso de atención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*. [En línea] 2017; 32(8): p. 523-532. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032>
2. Mendoza-Aguilar A, Vásquez D. Tasa de Hospitalización Según Comorbilidades en Pacientes con Alzheimer en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. [En línea] 2018; 27(3): p. 31-35. Disponible en http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000300031
3. Navarro M, Jiménez L, García C, Calleja M, Blanco E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Gerokomos*. [En línea] 2018; 29(2): p. 79-82. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200079
4. Ponce G, Solis R, Fong G, Molina J, Ponce C. Dependencia en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en el Hospital Civil de Tepic, Nayarit, México. *Academic Journal*. [En línea]; 2021 julio; 47(3). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000300006&lng=es&nrm=iso
5. Perú MdS. Plataforma digital unica del Estado. [En línea].; 2021 [citado 2022 junio 04]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/524109-la-demencia-de-alzheimer-afecta-a-entre-el-5-y-el-8-de-los-adultos-mayores-de-mas-de-65-anos>.
6. Luna Y, Vargas H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. [En línea]; 2018 enero; 81(1). Disponible en <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>

7. Ponti L, Castillo R, Vignatti R, Monaco M, Nuñez J. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educación Médica Superior. [En línea] 2017; 31(4): p. 1-12. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412017000400007&script=sci_arttext&tlng=en
8. Alvarado M, Rojas L, Alvarado P, Oviedo P. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. Revista Cuidarte. [En línea]; 2019 Diciembre; 10(3). Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300302
9. Perez L. Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. Revista Archivo Médico de Camagüey. [En línea]; 2021 Febrero; 25(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552021000100014&script=sci_arttext&tlng=en
10. Organización Mundial de la Salud. WHO. [En línea].; 2020 [Citado: 2022 junio 04]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
11. Universidad McGill; Alzheimer's Disease International. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2021. 1st ed. International AD, editor.: Alzheimer's Disease International; [En línea]; 2021. Disponible en <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>
12. Ministerio de Salud Chile. Plan Nacional de Demencia. 1st ed. Salud Md, editor. Chile: Gobierno de Chile; 2017. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
13. Meza N, Sabella J, Acosta R, Otero C, Perez M. Caracterización de pacientes con demencia de tipo Alzheimer precoz vs tardío. [En línea]; 2020 noviembre; 45(2). Disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v45n2/es_0120-2448-amc-45-02-22.pdf
14. Granada A, Quiroz G., Runzer F. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Medica

- Peruana. [En línea]; 2021 octubre; 38(4). Disponible en <https://doi.org/10.35663/amp.2021.384.2225>
15. Mental DdS. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. 1st ed. DGIESP-DSAME , editor. Lima: MINSA; 2021. Disponible en <https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual-de-Salud-Mental-2021-23-02-2021.pdf>
 16. Observatorio Socio Económico Laboral de Lima Metropolitana. Diagnóstico socioeconómico laboral 2019 de Lima Metropolitana; 2019 .
 17. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. [En línea]; 2019. Disponible en https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
 18. Municipalidad distrital de San Borja. Tendencias del Crecimiento Urbano del Distrito de San Borja. [En línea] ; 2019. Disponible en <http://www.munisanborja.gob.pe/wp-content/uploads/2019/11/Parte-4-Diagn%C3%B3stico-distrital..pdf>
 19. Santillan V. Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente Adulto Mayor con Demencia Vascular. Tesis de grado. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo; [En línea]; 2018. Disponible en <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4426/E-UTB-FCS-ENF-000040.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. Ochoa D. Proceso de atención de enfermería en paciente adulto mayor con alzheimer. [Informe de especialidad]. Ecuador: Universidad Técnica de Machala, Machala; [En línea]; 2019. Disponible en http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13338/1/E-7817_OCHOA%20BURI%20DIANA%20KATHERINE.pdf
 21. Lizarraga A, Vazques M. Paciente con Alzheimer en fase moderada y su familia: análisis bibliográfico de un caso clínico. Gerokomos. [En línea]; 2022 Marzo; 32(3). Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400008

22. Medina L. Proceso de Atención de Enfermería a paciente con Enfermedad de Alzheimer en Atención Primaria. Tesis de grado. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria; 2018. Disponible en <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/41550>
23. Lino J. Rol del cuidador en pacientes con Alzheimer del Centro Diurno del Buen Vivir “Divino Niño”. Tesis de grado. Ecuador: Univeriservidad Estatal del Sur de Manabí, Manabí; 2019. Disponible en <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1606>
24. Simon E. Dinámica familiar del cuidado del adulto mayor con diagnóstico de Alzheimer de distritos de Lima Norte 2020. Tesis de grado. Peru: Universidad Cesar Vallejo, Lima; 2020. Disponible en <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75543>
25. Sánchez-Márquez N, Bilbao-Fuentes D. Dinámica familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes y después del inicio de la enfermedad. Pensando Psicología. [En línea]; 2018; 14(24): p. 1-17. Disponible en <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/2581/2626>
26. Espín J. Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En línea]; 2020; 36(1): p. 1-18. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi201h.pdf>
27. Cañas-Lucendo M, Perea-Bartolomé M, Ladera-Fernández V. Trastornos neuroconductuales en la demencia tipo Alzheimer. Terapia psicológica. [En línea]; 2020; 38(2): p. 223-242. Disponible en <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/300>
28. Ocaña C, Montoya A, Bolaño G. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MediSan. [En línea]; 2019; 23(5): p. 875-891. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000500875

29. Arias J, Martínez M. Práctica regular de ejercicio físico como freno para la progresión de la enfermedad de Alzheimer. Gerokomos. [En línea]; 2020; 31(1): p. 26-31. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000100006
30. Barragán D, García M, Parra A, J T. Enfermedad de alzheimer. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. [En línea]; 2019; 12(74): p. 4338-4346. Disponible en <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/324%20Enfermedad%20de%20alzheimer.pdf>
31. Villarejo A, Eimil M, Llamas S, Llanero M, López de Silanes C, Prieto C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Neurología. [En línea]; 2021; 36(1): p. 39-49. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531730350X#sec0010>
32. Menéndez M, García C, Suárez-Sanmartín E, Fernández S, Álvarez-Escudero R, Blásquez M. Biomarcadores para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer. BIOMEDICINA. [En línea]; 2017; 2(2): p. 1-6. Disponible en <http://www.imed.pub/ojs/index.php/biomed/article/view/2263/2018>
33. Burillo M, Salvador S, García M, Romance M, Labar R, Calvera L, et al. Eficacia de un programa de psicoestimulación integral en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology. [En línea]; 2020; 8(2): p. 123-132. Disponible en <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejpad/article/view/1316>
34. Aranda M, Calabria A. Impacto económico-social de la enfermedad de Alzheimer. Neurología Argentina. [En línea]; 2019; 11(1): p. 19-26. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002818300831>
35. López-Zamora M, Cánovas-Cano M, Aranda L. Evaluación de una intervención logopédica en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en tratamiento colinérgico: Un estudio piloto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. [En línea]; 2019; 24(1): p. 39-48. Disponible en

<https://pdfs.semanticscholar.org/be6d/169c0fd145bbdf53b5b4f598b1e28c047054.pdf>

36. Cernuda A, Andrés A. Beneficios del psicoballet cubano en el tratamiento de enfermos de Alzheimer. Validación psicométrica. Revista Información Científica. [En línea]; 2019; 98(2): p. 171-183. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000200171
37. Enamorados-Rodriguez Y, Ilyina A, Silva-Belmares Y, Vargas-Segura AI, Martínez-Hernández JL, Segura Cenicerós EP. Uso de plantas mexicanas con efecto inhibitorio sobre la enzima Acetilcolinesterasa como un posible tratamiento para la enfermedad de Alzheimer. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. [En línea]; 2017; 48(4): p. 7-16. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/579/57956617002.pdf>
38. García-Casal JA, GIM, PBMV, GMC, CSS, CGF, & FMM. Rehabilitación del reconocimiento de emociones combinada con estimulación cognitiva para personas con enfermedad de Alzheimer. Eficacia sobre aspectos cognitivos y funcionales. Revista de neurología. [En línea]; 2017; 65(3): p. 97-104. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/320779258_Emotion_recognition_rehabilitation_combined_with_cognitive_stimulation_for_people_with_Alzheimer%27s_disease_Efficacy_for_cognition_and_functional_aspects
39. Guerrero JdC, Landy M, Calderón V. Atención de Enfermería según el modelo de Marjory Gordon en paciente con esclerosis lateral amiotrófica. [En línea].; 2020 [citado 2021 Julio 16]. Disponible en <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/#TEORIA-DE-MARJORY-GORDON>.
40. Mendoza del Valle C. [En línea].; 2018. Disponible en <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/870/Proyecto%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
41. Mastrapa Y, Gilbert M, Espinosa A. Modelos y teorías para la atención de enfermería al adulto mayor desde una dimensión de relación enfermera-paciente-cuidador. Revista Cubana de Enfermería. 2020 Diciembre; 36(4). Disponible en

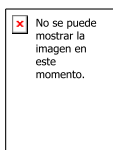
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

42. Cañarejo Largo K, Cayambe Mullo YG. [En línea].; 2021. Disponible en http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16465/1/T-4162_CA%c3%91AREJO%20LARGO%20TATIANA%20KATHERINE.pdf.
43. Martínez J, Delgado A, Fuentes L, Sanlés M, Carnicer C, Castro C, et al. Colección de documentos para la valoración, planificación y registro clínico en enfermería. [En línea].; 2014 [citado 2022 Junio 21]. Disponible en <https://rodin.uca.es/handle/10498/16629>.
44. Miranda-Limachi K, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería universitaria. [En línea]; 2019; 16(4). Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000400374&script=sci_arttext
45. Cruz A, Medina I, Ávilas M. Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. Revista cubana de Enfermería. [En línea]; 2018; 36(2): p. 1-19. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000200021&script=sci_arttext&tlng=en
46. Silva G, Jiménez I, Godínez-Gómez R, Andrade-Monroy X, Vázquez-Espinoza J, Macías-Rodríguez A. Representación del significado de proceso de atención de enfermería en estudiantes de enfermería. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [En línea]; 2022; 6(2): p. 261-280. Disponible en <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1883>
47. Sánchez-Castro J, Ramírez-Martínez A, Tonguino-Tonguino A, Vargas-López L. Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. Revista de Sanidad Militar. [En línea]; 2019; 73(5): p. 277-281. Disponible en <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/42>

48. Chisag M. Atención de enfermería en el adulto mayor. Enfermería Investiga. [En línea]; 2018; 3(1): p. 59-61. Disponible en <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/429>
49. Paccha-Tamay C, Romero-Encalada I, Aguilar-Ramírez M, Rodríguez-Sotomayor J. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en un Hospital Obstétrico. Dominio de las Ciencias. [En línea]; 2021; 7(4): p. 638-647. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383996>
50. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey. [En línea]; 2018; 22(6): p. 831-842. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831
51. Martínez-Riera J, Del Pino R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Segunda ed. Elsevier: Barcelona; [En línea]; 2020. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=782673>
52. NANDA international. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 Elsevier , editor. Barcelona; 2019. Disponible en <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491134503/Diagn%C3%B3sticos+enfermeros++Definiciones+y+clasificaci%C3%B3n+2018-2020++Edici%C3%B3n>
53. Fernandez C, Torres M, Ruiz E. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería. 64th ed. Almería: Universidad de Almería; 2020. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/345894569>
54. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Enfermera/o. Segunda ed. Sevilla: Ediciones Rodio; 2018.
55. Rodríguez E, Plaza A. Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2018.
56. Forcada J, Collado E. Manual práctico de enfermería: Procesos, protocolos y procedimientos Zaragoza: Editorial Amazing Books; 2020.

57. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Auxiliar de Enfermería. GRUPO IV. Personal Laboral Sevilla: Ediciones Rodio; 2019.
58. Meneses B, Neira C. Identificar las intervenciones de enfermería durante el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo – Alzheimer. Documentos De Trabajo Areandina. [En línea]; 2021 Noviembre; 1(1). Disponible en <https://doi.org/10.33132/26654644.1899>
59. Marques I, Sanz B, Martìn S, Pablo D. Plan de cuidados de enfermería para paciente con demencia en fase inicial. Revista Sanitaria de Investigación. [En línea]; 2022 abril; 3(1). Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298545>
60. Moreno A. La enfermedad de Alzheimer: características principales y cuidados de enfermería. Revisión bibliográfica. Tesis de especialización. España: Universidad de Valladolid, España; 2018. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31385>
61. Rodríguez P. Efectividad de las Intervenciones Enfermeras y Tratamiento no farmacológico en personas con demencia: revisión narrativa. Tesis de grado. España: Universidad Autónoma de Madrid, Madrid; 2018. Disponible en <https://repositorio.uam.es/handle/10486/685142>
62. Rocha T, Franca K, Oliveira H. Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. Revista Eletrônica Acervo Saúde. [En línea]; 2020 Enero; 38(38). Disponible en <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1984>
63. Varela N. Intervenciones de enfermería para prevenir la sobrecarga del cuidador principal de personas con Alzheimer : revisión sistemática. Tesis de grado. Brasil: Universidade da Coruña., Brasil; 2019. Disponible en <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/23511>
64. Marin N, Garcia B. Rol de enfermería en los cuidados paliativos del paciente con demencia avanzada. Tesis de grado. España: Universitat Rovira i Virgili, Tarragona; 2018. Disponible en https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG2098.html

ANEXOS



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

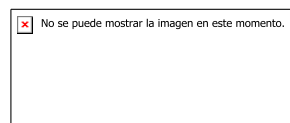
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia la casa de reposo como parte de la investigación denominada “PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER EN UNA CASA DE REPOSO DE SURCO, 2022” mediante la firma de este documento acepto brindar datos confidenciales de la paciente B.C.E para el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la investigadora responsable: “CAMAYO BALTAZAR ABIGAIL”

Se ha notificado que la participación es totalmente libre y voluntaria que aún después de iniciada se puedo suspender la participación en cualquier momento, sin que ello se ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se ha dicho que las respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 15 junio de 2022.



Apellidos y nombres: Llosa Boluarte Raúl
N° DNI: 40743107

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Camayo Baltazar Abigail

D.N.I. N° 71635224


N° de teléfono/celular: 923680488

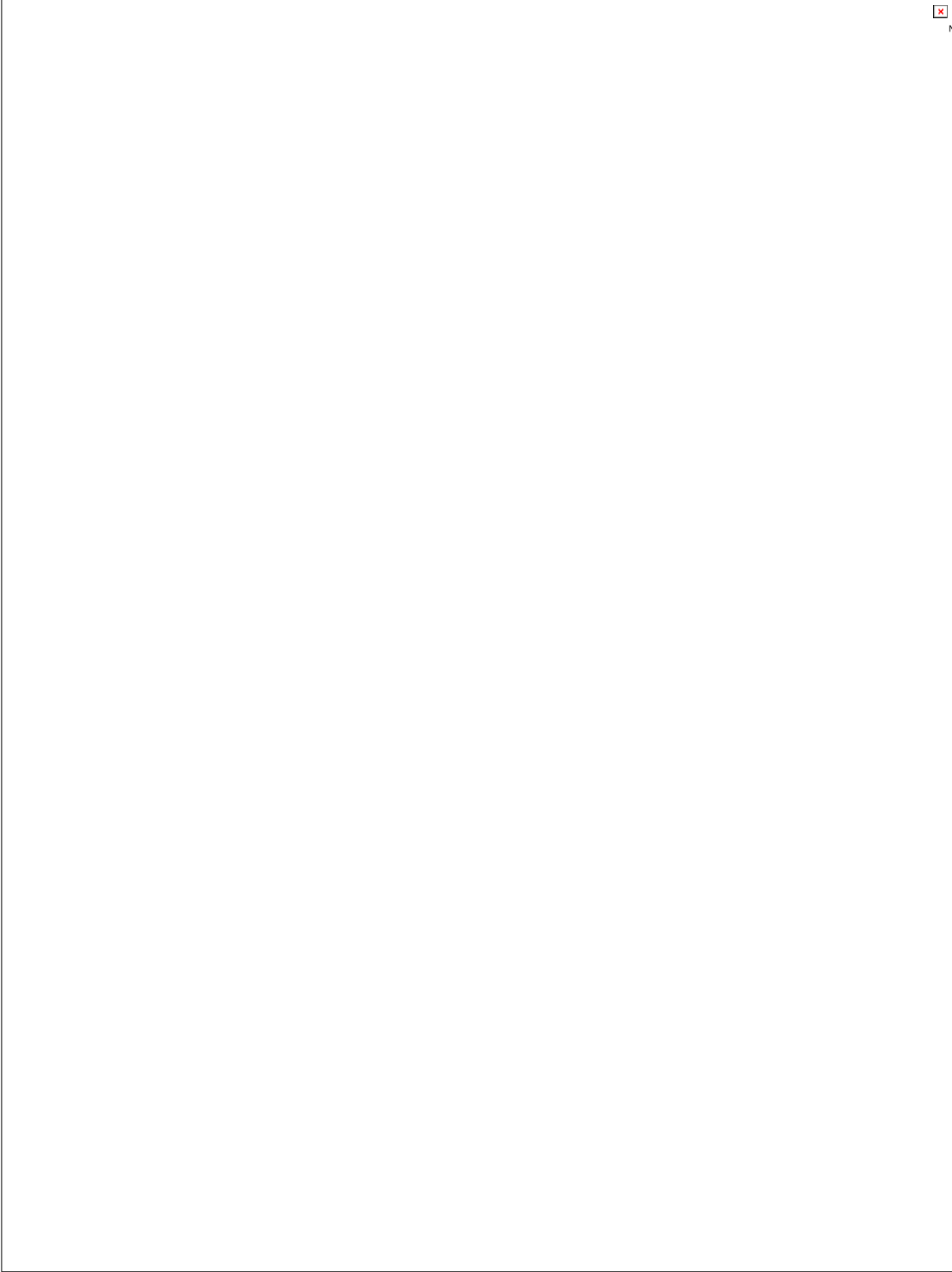
Email: camayoalexandra18@gmail.com

Firma:



ANEXO 2. INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

 No se puede mostrar la imagen en este momento.



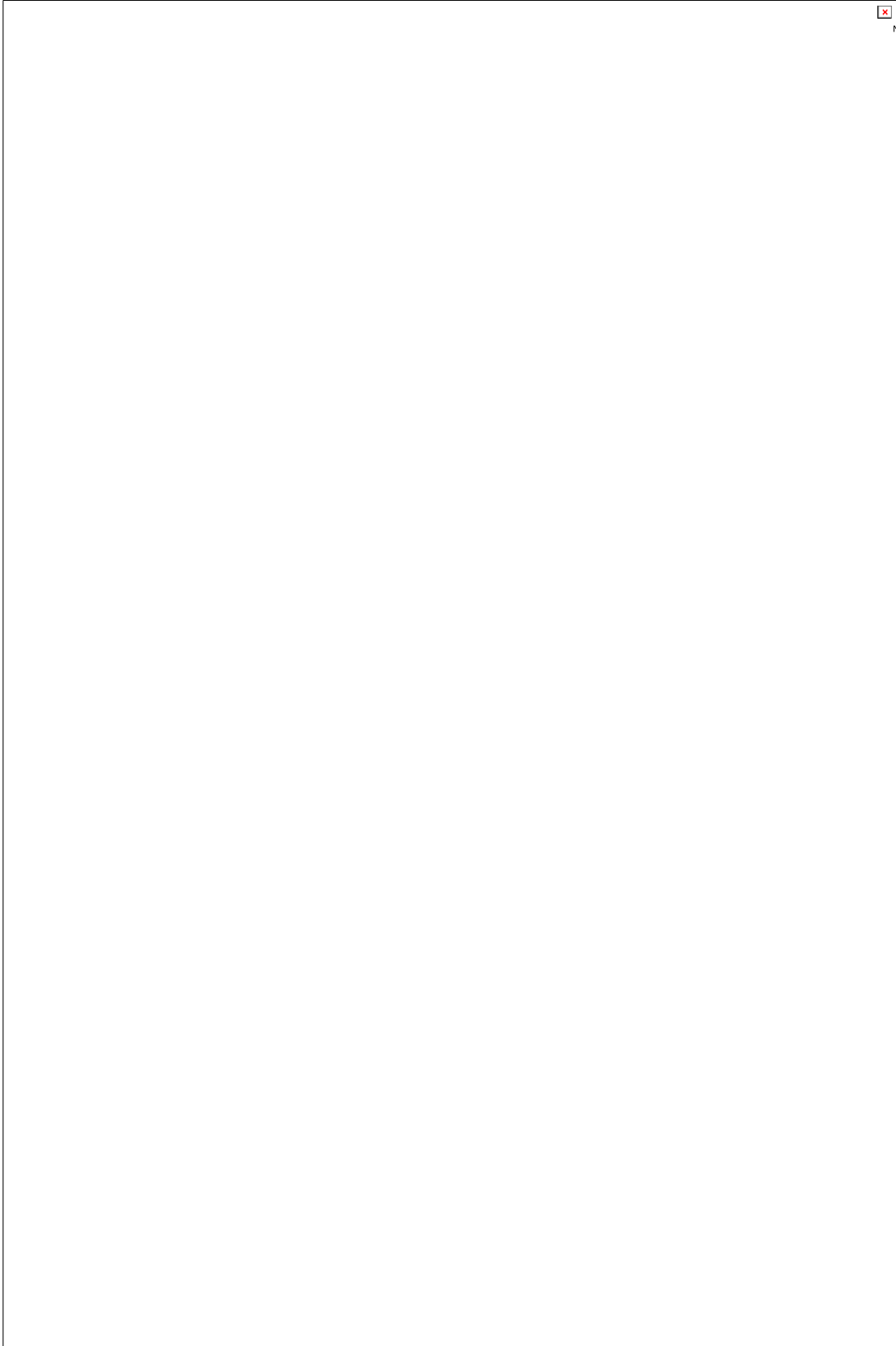
No se puede mostrar la imagen en este momento.



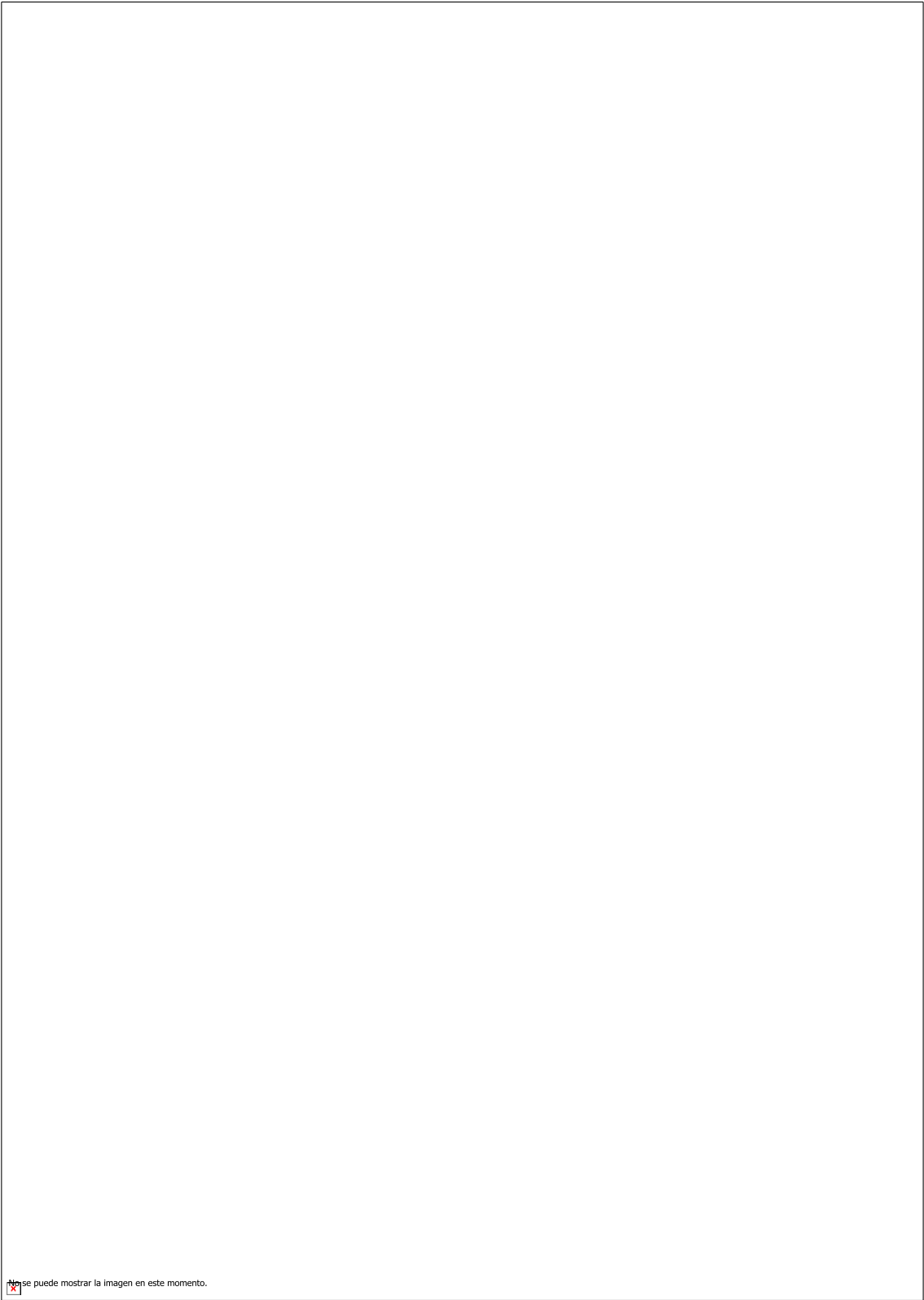
No se puede mostrar la imagen en este momento.

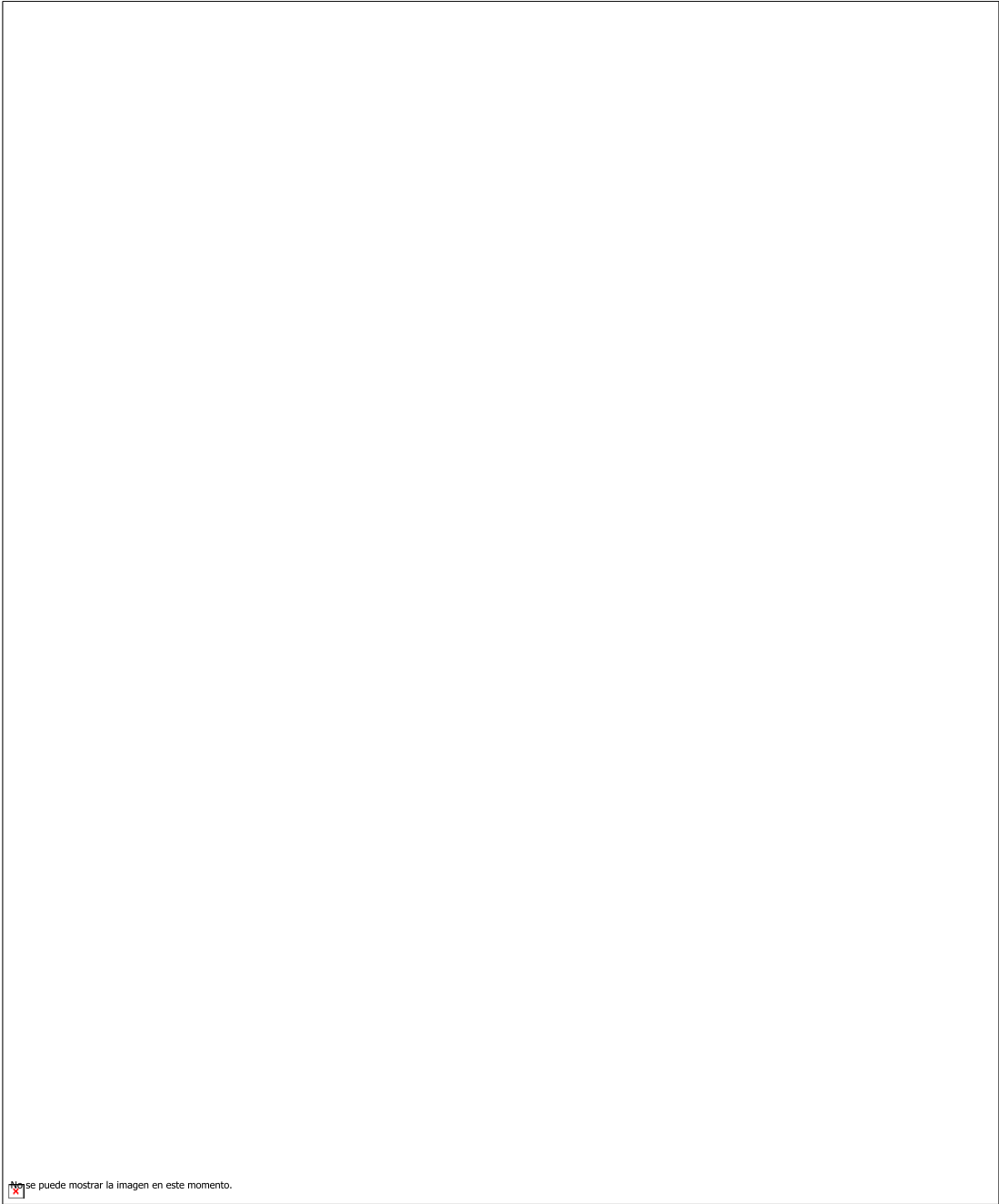



No se puede mostrar la imagen en este momento.




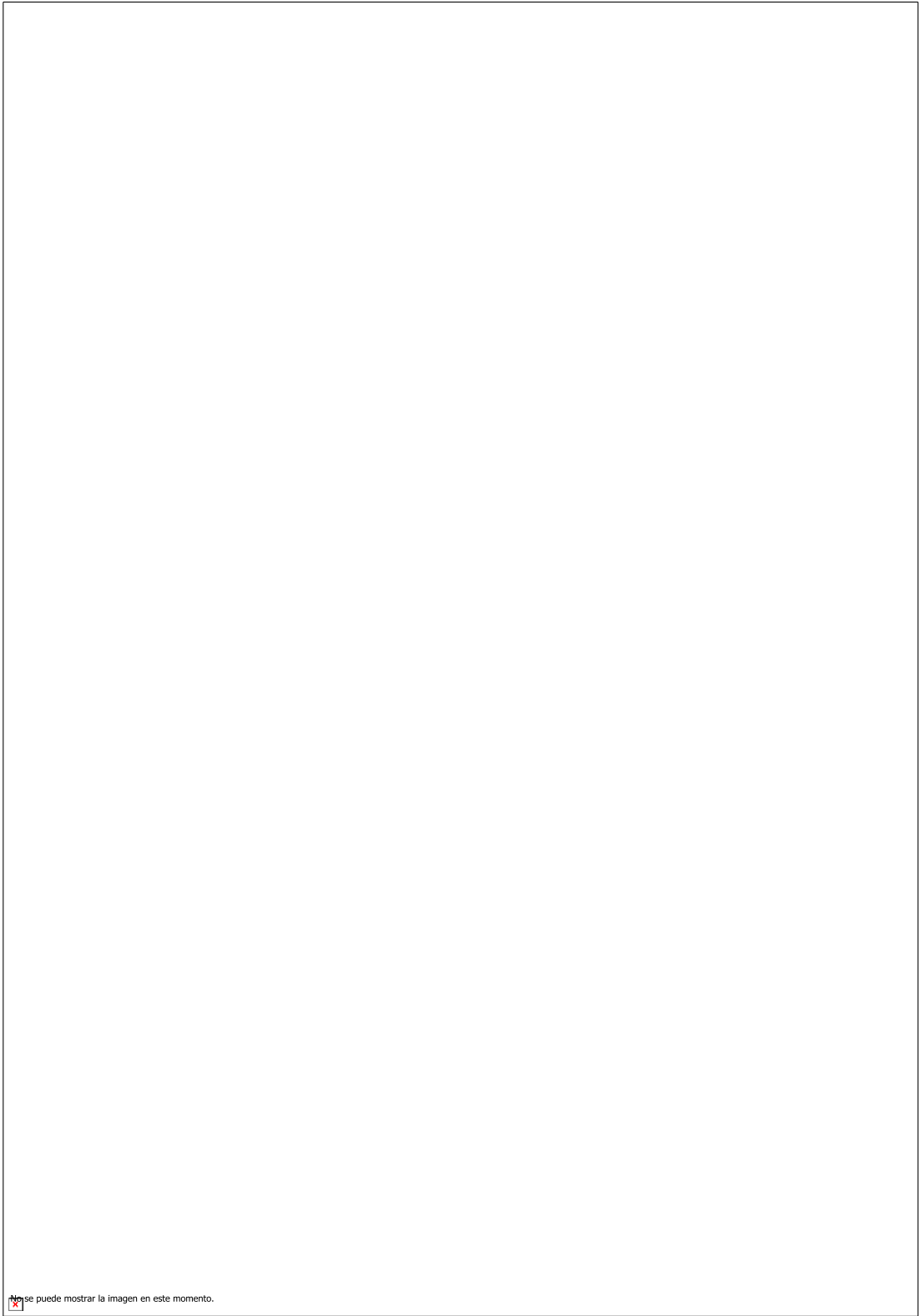
No se puede mostrar la imagen en este momento.







 se puede mostrar la imagen en este momento.

 se puede mostrar la imagen en este momento.



 No se puede mostrar la imagen en este momento.

 No se puede mostrar la imagen en este momento.