

Proceso Enfermero aplicado al Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve Nursing Process Applied to an Elderly Adult with Mild Cognitive Impairment

Fabiola M. Blancas Armenta ^a, Cristian A. Revoreda Montes ^b, Hugo Ethan Aguilar López ^c,
Adriana B. Baños Carrillo ^d, Victoria A. Castillo Ramírez ^e

Abstract:

The World Health Organization (WHO) estimates that about 50 million individuals worldwide suffer from Mild Cognitive Impairment (MCI), with a prevalence that varies between 5% and 8% in people over 60 years of age. In Mexico the incidence of Mild Cognitive Impairment is 7.3% with an increase as the person ages. One of the most significant challenges in the management of Mild Cognitive Impairment lies in its high risk of evolving into dementia, reaching a 46% conversion rate within 3 years. We present the case of an 80 year old woman with Mild Cognitive Impairment, who underwent a Nursing Process (NP). Objective: To implement the Nursing Process (NC) to an older adult with mild cognitive impairment using Marjory Gordon's Functional Patterns and the Comprehensive Geriatric Assessment as a frame of reference, with an approach focused on preserving cognitive functionality, preventing complications such as the risk of falls and improving quality of life through individualized interventions based on NANDA, NOC and NIC taxonomies. Outcome assessment Gait improved from substantially compromised to moderately compromised, for Dementia Level from substantial to moderate and weight: body mass; from substantial deviation from normal range to moderate deviation from normal range.

Keywords:

Mild cognitive impairment, Older adult, Type 2 Diabetes Mellitus, Overweight, Mobility Limitation, Cognitive Dysfunction

Resumen:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cerca de 50 millones de individuos a nivel global sufren de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), con una prevalencia que varía entre el 5% y el 8% en las personas de más de 60 años. En México la incidencia de Deterioro Cognitivo Leve es del 7.3% con un aumento a medida que la persona envejece. Uno de los desafíos más significativos en el manejo del Deterioro Cognitivo Leve radica en su elevado riesgo de evolucionar hacia una demencia, llegando a un 46% de conversión en un lapso de 3 años. Se presenta el caso de una adulta mayor de 80 años con Deterioro cognitivo leve, a quien se le realizó un Proceso Enfermero (PE). Objetivo: Implementar el Proceso Enfermero (PE) a un Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve utilizando como marco de referencia los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y la Evaluación Geriátrica Integral, con un enfoque centrado en preservar la funcionalidad cognitiva, prevenir complicaciones como el riesgo de caídas y mejorar la calidad de

^a Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | Pachuca de Soto-Hidalgo | México <https://orcid.org/0009-0000-7256-8939>, Email: bl413340@uaeh.edu.mx

^b Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | Pachuca de Soto, Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0001-5403-3527>, Email: cristian_revoreda@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | Pachuca de Soto, Hidalgo | México <https://orcid.org/0009-0001-4690-8060>, Email: ag399567@uaeh.edu.mx

^d Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | Pachuca de Soto, Hidalgo | México <https://orcid.org/0000-0001-7856-9422>, Email: adriana_banos7793@uaeh.edu.mx

^e Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | Pachuca de Soto, Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0008-6492-0638>, Email: victoria_castillo@uaeh.edu.mx

vida mediante intervenciones individualizadas basadas en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Al evaluar los resultados se identificó mejoría en la marcha: de comprometido a moderadamente comprometido, el nivel de demencia paso de sustancial a moderado y en relación al peso y la masa corporal; paso de desviación sustancial del rango normal a desviación moderada del rango normal.

Palabras Clave:

Deterioro cognitivo leve, Adulto mayor, Diabetes Mellitus Tipo 2, Sobrepeso, Limitación de la Movilidad, Disfunción cognitiva

Introducción

El Proceso Enfermero (PE) es una metodología precisa y analítica empleada por el personal sanitario para aplicar las mejores evidencias en sus cuidados, fomentando las respuestas fisiológicas ante condiciones de salud y enfermedad. Representa el modelo esencial de atención al paciente. Este enfoque facilita la valoración y reeducación del paciente, incluyendo a la familia en el proceso, fomenta el cumplimiento de las intervenciones por parte del paciente y potenciando los resultados obtenidos (Bertakis y Azari, 2011, citado en Elsevier, 2019).

El deterioro cognitivo leve es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución o declive de las funciones mentales en diversos aspectos conductuales y neuropsicológicos, como la memoria, la orientación, el cálculo, la comprensión, el juicio, el lenguaje, el reconocimiento visual, comportamiento y personalidad. Considerado como un síndrome geriátrico, se refiere a una alteración de cualquier aspecto de las funciones mentales superiores, percibida subjetivamente por el propio paciente, aunque puede o no ser confirmada por exámenes neuropsicológicos, y suelen ser multifactorial, como: depresión, disminución auditiva y visual, hipotiroidismo, efectos secundarios de medicamentos, entre otros que generan una única manifestación. Este síndrome requiere un análisis completo para establecer si el paciente sufre de demencia, o si existe algún otro problema que pueda ser solucionado (Guía de práctica clínica GPC, 2012).

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cerca de 50 millones de individuos a nivel global sufren de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), con una prevalencia que varía entre el 5% y el 8% en las personas de más de 60 años (OMS, 2023). En México la incidencia de Deterioro Cognitivo Leve es del 7.3% con un aumento a medida que la persona envejece. Uno de los desafíos más significativos en el manejo del Deterioro Cognitivo Leve radica en su elevado riesgo de evolucionar hacia una demencia, llegando a un 46% de conversión en un lapso de 3 años (García, 2023). De igual manera, una

investigación llevada a cabo en Tlahuelilpan, Hidalgo, mostró que el 20% de la población presentaba Deterioro Cognitivo Leve, el 35% un Deterioro Cognitivo Moderado y el 4.4% presentaba un Deterioro Cognitivo Severo (Reyes Austria, 2022).

Dentro de los signos más comunes que pueden aparecer se incluye amnesia, problemas de concentración, disartria, desorganización cognitiva, confusión y deterioro del juicio (Mayo Clinic, 2024). Para un tratamiento farmacológico, los inhibidores de la colinesterasa (rivastigmina, donepezil, galantamina) han demostrado una mejoría en la memoria y retraso en el deterioro cognitivo. El tratamiento no farmacológico se centra en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de varias actividades, como el entrenamiento mental y la aplicación de actividad física que potencia la función motora (Carrizales, 2014).

El personal de enfermería juega un rol crucial en la atención de personas de edad avanzada con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Su tarea principal es brindar atención especializada y enfocada en prevenir la evolución del Deterioro Cognitivo Leve y fomentar el bienestar en general. Mediante un seguimiento continuo, el personal de enfermería analiza y documenta las variaciones en las habilidades cognitivas y emocionales, detectando cualquier indicio de deterioro o problemas asociados como el riesgo de caídas o cambios en el comportamiento.

Este monitoreo exhaustivo posibilita que, a través del Proceso Enfermo (PE), se apliquen intervenciones tempranas y a medida para atenuar el impacto del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (Mejía Badillo, 2024).

Metodología

Se utilizó como principal herramienta los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (1982) junto con la Evaluación Geriátrica Integral (EGI), para realizar una valoración completa y precisa del Adulto Mayor. Con base en esta valoración, se emplearon las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I, 2021-2023) para clasificar los diagnósticos enfermeros, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, 2024) para evaluar los resultados a través de

indicadores con escalas Likert, y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2024) para planificar e implementar intervenciones enfermeras que mejoren el estado de salud del Adulto Mayor.

Objetivo: Implementar el Proceso Enfermero (PE) a un Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve utilizando como marco de referencia los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y la Evaluación Geriátrica Integral, con un enfoque centrado en preservar la funcionalidad cognitiva, prevenir complicaciones como el riesgo de caídas y mejorar la calidad de vida mediante intervenciones individualizadas basadas en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC.

Presentación del caso

Adulta mayor de 80 años con las iniciales M.F.B.S que cursa con Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensión arterial y deterioro cognitivo leve. Se realizó una valoración completa aplicando los patrones de Marjory Gordon y se registraron los mayormente alterados.

Etapa I: Valoración por patrones funcionales

Patrón 1. Percepción-Manejo de la salud: La adulta mayor no ve la necesidad de consultar a un médico debido a la ausencia de síntomas de dolor, lo que podría estar relacionada con una actitud emocional apática hacia su enfermedad. Esto se refleja en su capacidad para hablar de su condición con normalidad y sin emoción.

Patrón 2. Nutricional-metabólico: La valoración indica que la adulta mayor muestra indicios de un estado nutricional comprometido con IMC 28.06kg/m² (Sobrepeso), refiere tener una ingesta de alimentos adecuada, sin embargo, el consumo de líquidos es limitado a un 1 L diario, predominando el consumo de café, refresco y té. Con base a la escala aplicada Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) menciona que en los últimos 3 meses ha comido menos, a pesar de ello refiere el no recordar si ha experimentado una pérdida de peso reciente en los últimos 3 meses. Teniendo en cuenta la escala mencionada con anterioridad, la puntuación obtenida en ella es de 11/14 (Riesgo de desnutrición).

Patrón 3. Eliminación: La adulta mayor refiere observar un aspecto ligeramente turbio en su orina, sin embargo, menciona el no recordar que olor presenta la micción, así mismo refiere el tener polaquiuria. Menciona tener presencia de flatulencias, así mismo, refiere visualizar un color amarillento con una consistencia de relieves y grumos unidos de forma alargada en las heces fecales,

considerando la escala de Bristol se encuentra en Tipo 2 (ligero estreñimiento).

Patrón 4. Actividad-ejercicio: Se midieron constantes vitales: Tensión Arterial (T/A): 178/94mmHg (Milímetro de mercurio), Frecuencia Cardíaca (FC): 70 lpm (Latidos por minuto), Frecuencia Respiratoria (FR): 18rpm (Respiraciones por minuto), Llenado capilar: 2". Refiere el poder realizar por sí sola actividades de autocuidado, sin embargo, utilizando la escala de actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton), se obtuvo un puntaje de 3/8 indicando que transporte no aplica, ya que no sale de su domicilio, en la categoría de medicación no es capaz de hacerse cargo, las compras solo realiza pequeñas compras por su parte y por último en el rango: lavandería, tiene una dependencia total, ya que requiere ayuda de su cuidador primario para lavar su ropa, al mismo tiempo se aplicó la Escala de Tinetti con una puntuación de 14/16 en equilibrio, mientras que en marcha 6/12 dando una puntuación total de 20/28 riesgo moderado. Se complementó la valoración aplicando la prueba "Get up and go" para identificar y determinar la rapidez, facilidad y balance de la marcha y su asociación con un riesgo de caídas, obteniendo un puntaje de 24 segundo considerándolo como (riesgo elevado de caídas >13 segundos)

Patrón 5. Descanso/sueño: Se aplicó la Escala de Insomnio de Atenas para evaluar la calidad del sueño del adulto mayor, de la misma manera, se utilizó la Escala EPWORTH para evaluar la propensión a quedarse dormido en diferentes situaciones. Los resultados no evidenciaron alteraciones significativas. A pesar de ello, se describen los resultados obtenidos con el fin de proporcionar una visión completa del proceso de evaluación.

En la Escala de Insomnio de Atenas, se obtuvo un puntaje de 0, lo cual se considera como "ningún problema". En la Escala de EPWORTH se obtuvo un puntaje total de 1 sobre 24 puntos posibles. Teniendo en cuenta los rangos establecidos por la escala, se encuentra dentro de la categoría de Normal (<10 puntos).

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo: Refiere el presentar problemas con la memoria, ya que menciona el tener dificultad para recordar cosas y a menudo tiene que preguntar nuevamente, problemas para ubicar cosas, lugares o personas en algunas ocasiones, existe una debilidad visual en el ojo izquierdo debido a la presencia de cataratas, así mismo una dificultad en el equilibrio atribuida a su pérdida visual y se presenta una debilidad auditiva atribuida por la edad de la usuaria.

Se realizó la "Valoración de la agudeza visual con Carta de Snellen" donde se obtuvo un resultado de discapacidad visual grave, basado en el resultado del ojo derecho 20/50 y en el ojo izquierdo sin ninguna visibilidad. De igual manera, se aplicó la "Prueba del susurro, valoración de la

agudeza auditiva” obteniendo en el oído izquierdo un resultado negativo y en el oído derecho un resultado positivo.

Se aplicó la escala de valoración Mini-examen del estado mental donde se obtuvo una puntuación menor a 24 (18 puntos), el cual se considera como “Probable deterioro cognitivo”. Para la complementación de este resultado se aplicó la evaluación de Mini-Cog para la misma detección de probable deterioro cognitivo, obteniendo como resultado 1 punto que nos indica un probable deterioro cognitivo y es recomendable aplicar una evaluación cognitiva más amplia.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto: La adulta mayor se percibe a sí misma de manera positiva, lo cual indica una buena auto percepción. Respecto a la aceptación de su enfermedad, muestra una actitud apática, expresando que le da igual su condición. Sin embargo, habla de su enfermedad de manera natural, sin mostrar preocupación o angustia.

Patrón 8. Rol-relaciones: Se aplicó la Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems, en el cual se obtuvo un puntaje de 5, interpretándose como “Presencia de síntomas depresivos”.

Así mismo, se aplicó la escala de “Inventario de recursos sociales y en personas mayores Díaz-Veiga” donde mencionó que sus hijos, como sus familiares cercanos, los ve una vez a la semana o más y le brindan apoyo emocional e instrumental, mientras que en las categorías cónyuge y amigos no existe una relación.

Patrón 9. Sexualidad y reproducción: Al interrogatorio menciona no recordar sobre la fecha de su menarquia, así mismo, refiere haber tenido su sexarquia a los 18 años. Ha tenido dos embarazos, donde ambos culminaron en partos, sin abortos ni cesáreas. No reporta complicaciones con sus hijos (ni bajo peso, ni malformaciones). La adulta mayor no recuerda la fecha de su última citología cervicovaginal ni de su última exploración mamaria.

Patrón 10. Adaptación tolerancia al estrés: La respuesta emocional de la usuaria ante su enfermedad indica una actitud apática y resignada, ya que no le da gran importancia a su enfermedad, refiriéndose con normalidad que está acostumbrada a ella.

Patrón 11. Valores y creencias: Menciona que la religión que profesa es la católica, no posee ningún conflicto en cuanto sus creencias. La adulta mayor refiere que reza a Dios para mantener una buena salud.

Etapa II: Diagnóstico

A partir de análisis de datos objetivos y subjetivos obtenidos en la valoración, se identificaron varios diagnósticos enfermeros que requieren intervenciones tanto independientes como interdependientes.

Teniendo en cuenta los siguientes diagnósticos:

1. Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva y disminución de la tolerancia a la actividad cómo lo demuestra la alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras gruesas, movimientos lentos y disminución de la amplitud de movimientos.
2. Deterioro de la memoria relacionado con personas aislamiento social, estimulación intelectual inadecuada y síntomas depresivos cómo lo demuestra dificultad para adquirir nuevos conocimientos, dificultad para recordar eventos, dificultad para retener nueva información, dificultad para recordar nombres familiares, dificultad para recordar si realizó una conducta y dificultad para recordar objetos familiares.
3. Sobrepeso relacionado con consumo de bebidas endulzadas con azúcar y patrones anormales de la percepción en la alimentación cómo lo demuestra índice de masa corporal $>25 \text{ Kg/m}^2$ (ADULTO)
4. Baja autoestima situacional relacionado con el bajo nivel de autoeficacia cómo lo demuestran síntomas depresivos, subestima su capacidad de afrontar la situación y expresa soledad.
5. Afrontamiento ineficaz relacionado con confianza inadecuada en la capacidad para afrontar la situación cómo lo demuestra la alteración de la respuesta efectiva, dificultad para organizar la información, capacidad deteriorada para afrontar una situación y la inadecuada resolución de problemas.
6. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con consumo de cafeína cómo lo demuestra con micciones frecuentes, dificultad para iniciar la micción y urgencia urinaria.
7. Riesgo de estreñimiento relacionado con deterioro de la movilidad física, ingesta insuficiente de líquidos.
8. Riesgo de caídas en adultos relacionado con deterioro de la movilidad física, síntomas depresivos, miedo a caerse y dificultad para desempeñar actividades instrumentales de la vida diaria.

Con base en la selección de estos diagnósticos, se desarrolló la Red Lógica utilizando el Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (Modelo AREA).

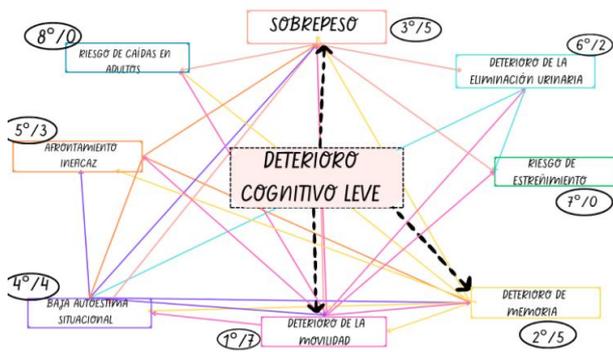


Figure 1. Red Lógica del Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual

Fuente: Elaboración propia, 2024.

A partir de la aplicación del modelo AREA y la integración de la premisa vida-función y estética en el proceso enfermero (PE), se establecieron los siguientes diagnósticos principales:

1. Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva y disminución de la tolerancia a la actividad como lo demuestra la alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras gruesas, movimientos lentos y disminución de la amplitud de movimientos.
2. Deterioro de la memoria relacionado con personas aislamiento social, estimulación intelectual inadecuada y síntomas depresivos como lo demuestra dificultad para adquirir nuevos conocimientos, dificultad para recordar eventos, dificultad para retener nueva información, dificultad para recordar nombres familiares, dificultad para recordar si realizó una conducta y dificultad para recordar objetos familiares.
3. Sobrepeso relacionado con consumo de bebidas endulzadas con azúcar y patrones anormales de la percepción en la alimentación como lo demuestra índice de masa corporal $>25 \text{ Kg/m}^2$ (ADULTO).

Etapa III y IV: Planeación y ejecución

Se diseñó un plan de cuidados adaptado a la condición de la adulta mayor, con el fin de reducir los signos y síntomas identificados, así como implementar actividades que contribuyan a mantener y mejorar la calidad de vida.

Para evaluar la resolución del diagnóstico Deterioro de la movilidad física, se estableció el resultado NOC: Marcha que pertenece al Dominio: Salud funcional y a la Clase:

Movilidad, así mismo se establecieron los siguientes indicadores.

1. Estabilidad de la marcha
2. Longitud de zancadas
3. Ritmo o cadencia
4. Simetría del paso
5. Variabilidad en el tiempo de zancada

Para el diagnóstico Deterioro de la memoria se eligió el resultado NOC: Nivel de demencia que pertenece al Dominio: Salud fisiológica y a la Clase: Neurocognitiva, para ello se establecieron los siguientes indicadores:

1. Dificultad para recordar hechos recientes
2. Dificultad para reconocer a los miembros de la familia
3. Dificultad para procesar la información
4. Dificultad para recordar nombres
5. Dificultad para recordar nombres de objetos familiares

Así mismo para el diagnóstico Sobrepeso se seleccionó el resultado NOC: Peso: masa corporal que pertenece al Dominio: Salud fisiológica y a la Clase: Regulación metabólica, para ellos se establecieron los siguientes indicadores:

1. Peso
2. Grosor del pliegue cutáneo del tríceps
3. Grosor del pliegue cutáneo subescapular
4. Tasa del perímetro cintura-cadera
5. Porcentaje de grasa corporal

Con base en la selección de los resultados NOC y la etiología del diagnóstico enfermero, se definieron las siguientes intervenciones NIC, junto con las actividades correspondientes.

Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva y disminución de la tolerancia a la actividad como lo demuestra con la alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras gruesas, movimientos lentos y disminución de la amplitud de movimientos.

Fomento del ejercicio:

DOMINIO: I Fisiológico/Básico

CLASE: Control de actividad y ejercicio.

- Desarrollar una rutina de ejercicios adecuada a las necesidades del paciente.
- Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad del ejercicio.
- Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para el control de la respiración durante el ejercicio físico.

- Realizar los ejercicios con el paciente según corresponda.

Terapia de ejercicios de equilibrio:

DOMINIO: I Fisiológico/Básico

CLASE: Control de actividad y ejercicio.

- Colaborar en conjunto con equipo de salud como fisioterapeutas en el desarrollo y realización de ejercicios adecuados según las necesidades del paciente.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).
- Proporcionar dispositivos de marcha (bastón, andadera) según lo requiera el paciente.
- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

Terapia de ejercicios movilidad articular:

DOMINIO: I Fisiológico/Básico

CLASE: Control de actividad y ejercicio.

- Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo a un programa planificado.
- Proporcionar instrucciones específicas de los ejercicios.
- Explicar al paciente/familia el plan de ejercicios.

Entrenamiento de la memoria:

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas como dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, técnicas de asociación, repaso de información.
- Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes.
- Proporcionar entrenamiento de información como que el paciente repase la información y fechas personales.

Estimulación cognitiva:

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Estimular la memoria repitiendo los últimos hechos recientes.
- Utilizar ayudas de memoria, por ejemplo: listas de programas y notas recordatorias.
- Proporcionar un calendario.

Facilitar el aprendizaje:

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Adaptar el contenido de acuerdo a las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Presentar la información de manera estimulante.

- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice en medida de lo posible.

Reestructuración cognitiva:

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
- Realizar afirmaciones/preguntas sobre la percepción o conducta del paciente, según como corresponda.
- Realizar afirmaciones que describen la forma alternativa de observar la situación.

Deterioro de la memoria relacionado con aislamiento social, estimulación intelectual inadecuada y síntomas depresivos como lo demuestra la dificultad para adquirir nuevos conocimientos, dificultad para recordar eventos, dificultad para retener nueva información, dificultad para recordar nombres familiares, dificultad para recordar si realizó una conducta y dificultad para recordar objetos familiares.

Estimulación cognitiva

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Orientar conforme al tiempo, lugar y persona.
- Lectura o participación activa en actividades culturales y artísticas.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.

Orientación de la realidad

DOMINIO III: Conductual.

CLASE: P Terapia cognitiva.

- Involucrar al paciente en actividades concretas (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Animar a la familia a participar en los cuidados en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias

Apoyo emocional:

DOMINIO: III Conductual

CLASE: R Ayuda para el afrontamiento

- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad mediante los periodos de más ansiedad.

- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.

Grupo de apoyo:

DOMINIO: III Conductual

CLASE: R Ayuda para el afrontamiento

- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del círculo social.
- Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.

Terapia de entretenimiento:

DOMINIO: III Conductual

CLASE: R Ayuda para el afrontamiento

- Ayuda al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él como el teatro, juegos, artes, manualidades.
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y capacidad del paciente.
- Ayuda a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Proporcionar un equipo recreativo y seguro.

Sobrepeso relacionado con consumo de bebidas endulzadas con azúcar y patrones anormales de la percepción en la alimentación cómo lo demuestra índice de masa corporal $>25 \text{ Kg/m}^2$ (ADULTO).

Enseñanza: dieta prescrita

DOMINIO III: Conductual

CLASE: S educación de los pacientes.

- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.
- Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales al plan de cuidados dietéticos.
- Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos.

Enseñanza: individual

DOMINIO III: Conductual

CLASE: S Educación de los pacientes

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado

fisiológico, orientación, necesidades básicas no cumplidas).

- Seleccionar los métodos estrategias adecuadas de enseñanza del paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.

Asesoramiento nutricional

DOMINIO I: Fisiológico Básico.

CLASE: D Apoyo nutricional

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita recomendada.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad estado crecimiento y desarrollo experiencias alimentarias pasadas lesiones enfermedades en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales

Monitorización nutricional

DOMINIO I: Fisiológico Básico.

CLASE: D Apoyo nutricional

- Determinar los patrones de comida gustos y alimentarias consumo excesivo de comida rápida comidas no realizadas comer de prisa.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética
- Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento, acceso accesibilidad de productos alimenticios, capacidad de preparar a los alimentos, disminución del gusto).

Etapas V Evaluación

En esta etapa se llevó a cabo una comparación estructurada y planificada entre el estado de salud de la adulta mayor antes de las intervenciones (ver tabla 1, 2 y 3) y después de las mismas (ver tabla 4, 5 y 6), evaluando los resultados esperados.

Para el primer resultado NOC: Marcha, se obtuvo una Puntuación Diana de: Sustancialmente comprometido (2), con la posibilidad de incrementarlo a: Moderadamente comprometido (3), manteniendo una puntuación en Sustancialmente comprometido (2).

Tabla 1

Valoración Preintervención.

ESCALA: Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5)					
Indicadores	1	2	3	4	5
Estabilidad de la marcha			X		
Longitud de zancadas		X			
Ritmo o cadencia		X			
Simetría del paso		X			
Variabilidad en el tiempo de zancada		X			

Fuente: Elaboración propia (2024)

Para el segundo resultado NOC: Nivel de demencia se obtuvo una Puntuación Diana de: Sustancial (2), con la posibilidad de incrementarlo a: Moderadamente (3), manteniendo una puntuación Diana de: Sustancial (2).

Tabla 2

Valoración Preintervención

ESCALA: Grave (1) a Ninguno (5)					
Indicadores	1	2	3	4	5
Dificultad para recordar hechos recientes		X			
Dificultad para reconocer a los miembros de la familia		X			
Dificultad para procesar la información		X			
Dificultad para recordar nombres			X		
Dificultad para recordar nombres de objetos familiares		X			

Fuente: Elaboración propia (2024)

Para el tercer resultado NOC: Peso: masa corporal se obtuvo una Puntuación Diana de: Desviación sustancial del rango normal (2), con la posibilidad de incrementarlo a: Desviación moderada del rango normal (3), manteniendo una Puntuación Diana de: Desviación sustancial del rango normal (2)

Tabla 3

Valoración Preintervención

ESCALA: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal					
Indicadores	1	2	3	4	5
Peso		X			
Grosor del pliegue cutáneo del tríceps		X			
Grosor del pliegue cutáneo subescapular		X			

Tasa del perímetro cintura-cadera					X
Porcentaje de grasa corporal					X

Fuente: Elaboración propia (2024)

Después de las intervenciones, se llevó a cabo una segunda evaluación del primer resultado, obteniendo una Puntuación Diana de: Moderadamente comprometido (3).

Tabla 4

Valoración Posintervención

ESCALA: Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5)					
Indicadores	1	2	3	4	5
Estabilidad de la marcha				X	
Longitud de zancadas			X		
Ritmo o cadencia			X		
Simetría del paso			X		
Variabilidad en el tiempo de zancada			X		

Fuente: Elaboración propia (2024)

Con relación al segundo resultado se determinó una Puntuación Diana de: Moderado (3).

Tabla 5

Valoración Posintervención

ESCALA: Grave (1) a Ninguno (5)					
Indicadores	1	2	3	4	5
Dificultad para recordar hechos recientes			X		
Dificultad para reconocer a los miembros de la familia			X		
Dificultad para procesar la información			X		
Dificultad para recordar nombres				X	
Dificultad para recordar nombres de objetos familiares			X		

Fuente: Elaboración propia (2024)

En el tercer resultado, se obtuvo una Puntuación Diana de: Desviación moderada del rango normal (3)

Tabla 6

Valoración Posintervención

ESCALA: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal					
Indicadores	1	2	3	4	5
Peso			X		
Grosor del pliegue cutáneo del tríceps			X		

Grosor del pliegue cutáneo subescapular	X
Tasa del perímetro cintura-cadera	X
Porcentaje de grasa corporal	X

Fuente: *Elaboración propia (2024)*

Discusión

El proceso enfermero es una herramienta fundamental para los profesionales de enfermería, ya que permite identificar y abordar de manera estructurada y crítica los problemas de salud, este enfoque sistemático ofrece la capacidad de realizar diagnósticos precisos y diseñar planes de cuidados personalizados. De acuerdo con Hernández y Pérez (2020), el Proceso Enfermero facilita una valoración integral de los patrones funcionales, lo cual es esencial para mejorar los resultados y la calidad de vida de las personas.

En este proceso de enfermería, se utilizaron los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y la Evaluación Geriátrica Integral como marco teórico. El resultado esperado marcha, que anteriormente se encontraba en un estado sustancialmente comprometido, se redujo a moderadamente comprometido después de las intervenciones realizadas. Después de la evaluación y análisis, los resultados obtenidos coincidieron con los siguientes hallazgos de investigación, (Perry, 2010) establecen un análisis detallado de los componentes biomecánicos de la marcha, señalando que la marcha efectivamente no requiere solo de coordinación y simetría, sino también de fuerza muscular y rango de movimiento adecuado de la articulación. De igual forma, (Verghese et al, 2014) demostraron que la marcha en adultos mayores puede predecir deterioros cognitivos y funcionales, señalando que las evaluaciones de la marcha deberían incluir tanto aspectos físicos como cognitivos

El segundo resultado esperado, nivel de demencia, que anteriormente se encontraba en un estado sustancial, se redujo a moderado tras la implementación de intervenciones realizadas. Los resultados obtenidos tras la evaluación y análisis revelaron una coincidencia con los siguientes hallazgos de investigación. En base a Brodaty y Arasaratnam (2012), recomiendan enfoques personalizados para el cuidado de personas con demencia, destacando que el apoyo familiar y social es esencial para demorar la progresión del deterioro cognitivo. Así mismo, Alzheimer's Association (2021) destaca que la progresión de la demencia puede llevar a

una disminución notable en la interacción social y la autonomía.

En el tercer resultado esperado, peso: masa corporal, que anteriormente se encontraba en un estado de desviación sustancial del rango normal, se redujo a desviación moderada del rango normal tras la implementación de intervenciones realizadas. Después de evaluar y analizar los resultados, se encontró una concordancia con los siguientes resultados de investigación. En el libro *Treatment of the Obese Patient*, Kushner y Bessensen (2014), recomiendan que el uso de múltiples medidas, como el índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal y el perímetro de cintura, evalúan el estado de salud de la persona. Así mismo, la OMS (2000), establece que el IMC es un indicador útil para identificar problemas relacionados con la desnutrición o el sobrepeso, pero recomienda una evaluación más completa que incluya la proporción de grasa corporal y la distribución de la grasa.

Es importante destacar que la intervención exitosa y el logro de resultados positivos en el resultado de marcha, nivel de demencia y peso: masa corporal, fueron los resultados de la implementación adecuada de las estrategias y protocolos de cuidados a través de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Guías de Práctica Clínica y la enfermería basada en evidencia.

Conclusiones

El Proceso Enfermero (PE) aplicado en el caso de una adulta mayor con deterioro cognitivo leve ha demostrado ser una intervención integral y efectiva para abordar las múltiples dimensiones afectadas por esta condición. Las intervenciones basadas en el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la Evaluación Geriátrica Integral (EGI), junto con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, permitieron identificar problemas claves relacionados con la memoria, la movilidad física y el peso. A través de un plan de cuidados centrados en la estimulación cognitiva y el ejercicio físico, se logró mejorar la funcionalidad, prevenir complicaciones como el riesgo de caídas y promover la mayor autonomía. Estos resultados resaltan la importancia del abordaje interdisciplinario y personalizado en el manejo del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Referencias

- [1] Alzheimer's Association. (2021). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), 327-406. <https://doi.org/10.1002/alz.12328>
- [2] Bertakis, y Azari, Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración. (2019, 25 junio). www.elsevier.com. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
- [3] Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.
- [4] Carrizales. Demencias, una visión panorámica. (2014). *V Simposio de Medicina Geriátrica*, 59. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814485/Demencia.pdf>
- [5] Deterioro Cognitivo Leve - Síntomas Y Causas - Mayo Clinic. www.mayoclinic.org, 13 Feb. 2024, www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578.
- [6] García, Liliana Pérez, et al. "Deterioro Cognitivo Y Fragilidad Física En Adultos Mayores de La UMF No. 75 Nezahualcóyotl." *Investigación Clínica Mexiquense*, vol. 2, no. 1(suplemento), 21 Feb. 2023, pp. 9–12, revistaisem.edomex.gob.mx/index.php/inveclimex/article/view/129.
- [7] Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- [8] Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International, diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12.ª ed.). Elsevier
- [9] Hernández, F., & Pérez, M. (2020). El Proceso Enfermero como herramienta en el manejo de trastornos cognitivos. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 230-240.
- [10] Kushner, R. F., & Bessesen, D. H. (2014). *Treatment of the obese patient* (2nd ed.). Springer.
- [11] Mejía Badillo, M. G., San Agustín Tolentino, K., Revoreda Montes, C. A., Vergara Pérez, Y. I., Baños Carrillo, A. B., & Fuentes Sánchez, I. E. (2024). Proceso Enfermero aplicado a paciente posoperado de fractura de tobillo izquierdo. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 12(24), 140-150. <https://doi.org/10.29057/icsa.v12i24.12010>
- [12] Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (7.ª ed.). Elsevier.
- [13] Organización Mundial de la Salud. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (WHO Technical Report Series 894). World Health Organization. https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- [14] Organización Mundial de la Salud. (2023, marzo 15). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [15] Perry, J., & Burnfield, J. M. (2010). *Gait analysis: Normal and pathological function* (2nd ed.). Slack Incorporated.
- [16] Reyes, Austria. "Nivel de Deterioro Cognitivo Del Adulto Mayor de La Comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México | Revista de Enfermería Neurológica." Revenferneurolenlinea.org.mx 2023, revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324/429 Accessed 7 nov. 2024.
- [17] Verghese, J., Robbins, M., Holtzer, R., Zimmerman, M., Wang, C., & Lipton, R. B. (2014). Gait dysfunction in mild cognitive impairment syndromes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 233-239. <https://doi.org/10.1111/jgs.12639>