

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
ENCEFALOPATÍAS EN LA UHH A-3-1 MEDICINA INTERNA –
GERIATRÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CRL LUIS ARIAS
SCHEREIBER”. 2015 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

ROSSANA DE LOS ANGELES CASTILLO ROMÁN

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ | Presidenta |
| ➤ Mg. CESAR ANGEL DURAND GONZALES | Secretaria |
| ➤ Mg. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | Vocal |

ASESOR: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

N° de Libro: 05

N° de Acta de Sustentación: 178-2018

Resolución de Decanato N° 633-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero de 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivos de la Investigación	7
1.3 Justificación	7
II.- MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes del estudio	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Bases Teórica	22
2.4 Definición de Términos	23
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	25
3.1 Recolección de Datos	25
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	30
IV.- RESULTADOS	38
V.- CONCLUSIONES	49
VI.- RECOMENDACIONES	51
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	54

INTRODUCCION

La encefalopatía es un daño o mal del funcionamiento cerebral. Esta patología se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores (≥ 60 años según la OMS). La proporción de dicha población viene aumentando considerablemente en los últimos años. En el Perú el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del 2005 la población adulta mayor representará el 7.68% de la población nacional y en el 2025 representará el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años este grupo poblacional llegará casi a duplicarse (3).

El presente trabajo académico titulado "*Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con Encefalopatías en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría del Hospital Militar Centra Crl. Luis Arias Schreiber*" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con encefalopatía. Asimismo, contribuirá con planes cuidados de enfermería permitiendo disminuir la estancia hospitalaria, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos y mejorar así la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

El presente trabajo académico consta de siete capítulos: el I Capítulo comprende: Planteamiento del Problema, descripción de la situación

problemática, objetivos, justificación. II Capítulo comprende: Marco Teórico: Antecedentes, Marco Conceptual, Definición de Términos. III Capítulo comprende: Experiencia Profesional: Recolección de Datos: Experiencia Profesional, Procesos Realizados en el Tema del Informe. IV Resultados. V Conclusiones. VI Recomendaciones. VII Referencias Bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas adultos mayores (60 años a más) está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (1)

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, universal, progresivo, y continuo durante todo el ciclo de vida. La calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida, la calidad del medio ambiente, el acceso y calidad de la oferta de servicios de salud y a las enfermedades sufridas durante la infancia, la adolescencia y la adultez (2).

En el Perú el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del 2005 la población adulta mayor representará el 7.68% de la población nacional y en el 2025 representará el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años este grupo poblacional llegará casi a duplicarse (3).

En la actualidad es posible que la proporción de personas adultas mayores de los países de altos ingresos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas como la comida y el aseo haya disminuido ligeramente en los últimos 30 años, pero la prevalencia de las limitaciones menos graves de la funcionalidad es prácticamente la misma. (4)

Uno de los principales motivos de hospitalización es la encefalopatía, siendo una enfermedad cerebral, daño o mal funcionamiento en el encéfalo. La encefalopatía en los adultos mayores, a menudo está asociada a aterosclerosis, cardiopatía isquémica, diabetes, hipertensión, o diversas combinaciones de estas patologías de fondo. (5)

Por lo tanto, para el efecto terapéutico adecuado y prevenir la progresión de la encefalopatía en pacientes de edad avanzada es muy importante la corrección de estas condiciones.

Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónicas (entre las que hay que considerar depresión y demencia), mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas. (6)

En tal sentido, es necesario abordar la salud del adulto mayor a través de una valoración integral, es decir, desde el aspecto funcional, cognitivo, afectivo y social, es por ello el Ministerio de Salud (MINSA), promueve el derecho a la atención integral para el adulto mayor. El sector busca promover un envejecimiento activo a través del bienestar físico, social y mental. (7)

Por la UUHH A-3-1 del Hospital Militar Central del Perú de la ciudad de Lima, el tipo de pacientes de interés del presente informe son los militares en actividad o retiro, personal civil adultos mayores dependientes que acuden a la unidad de Medicina Interna – Geriatría; debiendo para ello que la enfermera tenga las competencias profesionales y habilidades para dar respuesta a los nuevos perfiles epidemiológicos a los que da lugar el envejecimiento.

1.2. Objetivo de la Investigación

Describir los cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con encefalopatías en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría del Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber”. 2015 – 2017.

1.3. Justificación

La UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría tiene cada vez mayor demanda en adultos mayores con diagnósticos de encefalopatía, por lo tanto, es imprescindible de una enfermera especializada que considere analizar, reflexionar y comprender sobre el cuidado al adulto en dicha situación, incluyendo la calidad de atención en los cuidados de enfermería. Se espera poder contribuir a la renovación de la práctica de enfermería, reafirmando la relación entre la teoría y la práctica en relación con la atención/cuidado humano en enfermería.

El presente trabajo académico nos va a ser útil desde el punto de vista práctico porque nos ayudara a obtener habilidades y destrezas en el manejo de este tipo de paciente, del punto de vista metodológico porque nos ayudara a priorizar una serie de pasos en los diferentes procedimientos de enfermería y desde el punto de vista de relevancia social porque nos ayudara a la prevención de las complicaciones y secuelas que podríamos llegar a sufrir si padeciéramos encefalopatía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

MORANTE SANCHO, A. (2016). "Valoración y cuidados de Enfermería en pacientes con Encefalopatía Degenerativa". Cuyo objetivo era: Profundizar en las características con encefalopatía degenerativa y la realidad de las familias de personas con la enfermedad, además de analizar el papel de la enfermera como apoyo en la familia a lo largo de su ciclo vital. El Diseño Metodológico fue de una revisión bibliográfica de diversas fuentes de información en un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante y actualizada. Para ello se contaron con fuentes de información fiables siendo las bases de datos de CUIDATGE, CUIDEN, ENFISPO, MEDLINE, PUBMED, SCIELO, los cuales se realizaron en varias etapas. Las conclusiones: los efectos y variables emocionales que las familias experimentan y el papel que debe desempeñar la enfermera en la intervención con estas personas, me gustaría recalcar las principales ideas que he querido transmitir con el presente trabajo. A pesar de los avances tecnológicos, la encefalopatía degenerativa sigue siendo una gran desconocida a pesar de ser la causa más frecuente de discapacidad física en adultos mayores en los países desarrollados.

Gran parte de la población posee percepciones erróneas acerca de este trastorno, al igual que las familias que se enfrentan por primera vez con ella. Son muchas y muy diversas las problemáticas que sobrevienen a estas familias y está muy vivo el componente emocional en esta nueva situación que se va a extender a lo largo de su ciclo vital. Dichas emociones tan intensas pueden dificultar la atención a las necesidades de las personas con encefalopatía. Por tanto, la labor de los profesionales de enfermería ha de ser la de dar respuesta en la mayor medida de lo posible a esos problemas, necesidades y carencias que genera la llegada de la enfermedad y proporcionar la educación sanitaria necesaria para sus cuidados adecuados. Por todo ello, el profesional de enfermería ha de ser un profesional formado en cuidados de pacientes dependientes, habilidades de comunicación tales como la empatía o la escucha activa, que le permitirán ir creando un clima de confianza con las familias en el que estas se sientan seguras, escuchadas y comprendidas desde los primeros momentos.

MIRAMIRA L., (2014) "Percepción del Adulto Mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una Institución de Salud-MINSA 2014", cuyo objetivo era determinar la percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería. El diseño metodológico fue una investigación aplicada tipo cuantitativo,

método descriptivo y de corte transversal, en la cual se utilizó como instrumento una encuesta con escala tipo Likert. La población estuvo conformada por 118 pacientes de los servicios de medicina de un hospital nacional del MINSA y la muestra constituida por 44 pacientes adultos mayores. Las conclusiones del estudio son: La mayoría de los adultos mayores de la muestra estudiada que se encuentra hospitalizada en los servicios de medicina de una institución de Salud-MINSA, tienen una percepción medianamente favorable sobre los cuidados de enfermería, y un ligero porcentaje tiene una percepción favorable, lo que estaría evidenciando que el profesional de enfermería al proporcionar los cuidados del paciente no lo está haciendo en forma integral, y es preocupante que un pequeño porcentaje tenga una percepción desfavorable, lo que estaría evidenciando que el cuidado que proporciona la enfermera no aborda al adulto mayor en su integralidad, no es un cuidado holístico.

BERNAL D., RAMON T. y GUEVARA B. (2015) "Cuidados de enfermería a pacientes con Encefalopatía". Se realizó el cuidado al paciente a través del Proceso de Enfermería en sus cinco etapas, valorando al paciente a través de la Historia de Salud, que incluye los Patrones Funcionales y el Examen Físico. Con los datos obtenidos se elaboraron los Diagnósticos de Enfermería, cuadros analíticos y la planificación e implementación de los cuidados evaluando los

resultados obtenidos tras las respuestas del paciente. Entre los diagnósticos de Enfermería identificados están, Alteración en la eliminación intestinal, Estreñimiento, Alteraciones en los patrones del sueño, Insomnio, Déficit de autocuidado, Trastorno de la comunicación, Alteración de los procesos del pensamiento y Riesgo de lesión Física, los cuales a través de la implementación de los cuidados específicos de cada uno se logró, con ayuda del familiar, el egreso del paciente a su hogar en buen estado de salud. El profesional de Enfermería en el cuidado de este tipo de pacientes debe considerar una serie de aspectos propias de su patología y que el cuidado integral favorecerá la recuperación oportuna del paciente, además que debe involucrar al familiar en los cuidados en el hogar para comprender las causas de la complicación de su enfermedad que tiende a ser irreversible y evitar su regreso al hospital.

PINEDA M, (2010) "Estudio sobre la calidad de la atención de Enfermería hacia el adulto mayor, en el servicio de medicina interna"; el objetivo de este estudio fue determinar el grado de satisfacción del adulto mayor con la atención de enfermería. Estudio de tipo descriptivo, correlacional, en una muestra de 30 participantes adultos mayores, a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El nivel de satisfacción de los participantes fue bueno, con índice de satisfacción

de 70 puntos; se procedió a comparar el nivel de satisfacción según el sexo, nivel socioeconómico, estado de salud, estado civil y escolaridad mediante el análisis de varianza. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por escolaridad; el nivel de satisfacción fue bueno, con un promedio de 84, se obtuvo un índice de satisfacción de 67 a 70% considerando la media.

2.2. Marco conceptual

Encefalopatía: el término encefalopatía significa desorden o enfermedad del encéfalo. En el uso moderno, encefalopatía se refiere a un síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías. En general, la encefalopatía se manifiesta por un estado mental alterado que a veces se acompaña de manifestaciones físicas, por ejemplo, la mala coordinación de los movimientos de las extremidades. (8)

a. Tipos de encefalopatía:

Existen varios tipos de encefalopatías, entre las cuales destacan:

- Encefalopatía de Hashimoto
- Encefalopatía de Lyme bba
- Encefalopatías espongiformes transmisibles
- Encefalopatía espongiforme bovina
- Encefalopatía hepática
- Encefalopatía mitocondrial

- Encefalopatía Traumática Crónica
- Encefalopatía urémica
- Encefalopatía de Wernicke

b. Síntomas: Aunque la encefalopatía puede presentarse acompañada de varios síntomas, al menos uno está presente en todos los casos. Se trata de un estado mental alterado. Este estado mental puede ser sutil y desarrollarse lentamente durante años o puede ser profundamente obvia y desarrollarse rápidamente, por ejemplo, la anoxia cerebral lleva al coma o la muerte en unos pocos minutos. A menudo, los signos de alteración del estado mental pueden manifestarse como falta de atención, falta de juicio o la mala coordinación de los movimientos.

A menudo, la gravedad y el tipo de síntomas están relacionados con la seriedad y la causa de la enfermedad o el daño cerebral. Por ejemplo, el daño hepático inducido por el alcohol (cirrosis alcohólica) puede dar lugar a temblores involuntarios en las manos (asterixis), mientras que la anoxia severa (falta de oxígeno) puede resultar en coma sin movimiento. Otros síntomas pueden no ser tan graves y ser más localizados, como la parálisis de los nervios craneales, que resulta del daño a uno de los 12

nervios craneales que salen del cerebro; o ser muy sutiles y provocados por lesiones repetidas en el tejido cerebral, como la encefalopatía traumática crónica. Esta es causada por lesiones y contusiones sufridas frecuentemente por los jugadores de fútbol y otras personas que practican deportes de contacto. Puede causar lentos cambios con el tiempo, que no se diagnostican fácilmente, y conducir a la depresión crónica u otros cambios de personalidad con consecuencias para la vida.

- c. **Diagnóstico:** El diagnóstico de la encefalopatía suele hacerse mediante pruebas clínicas realizadas durante el examen físico, como las pruebas de estado mental, pruebas de memoria y pruebas de coordinación, para documentar un estado mental alterado.

Por lo general, el diagnóstico se produce cuando el estado mental alterado acompaña otro diagnóstico primario como la enfermedad hepática crónica, insuficiencia renal, anoxia, o muchos otros diagnósticos.

En consecuencia, los médicos pueden utilizar varias pruebas diferentes al mismo tiempo para diagnosticar tanto la condición primaria, como la propia encefalopatía. Este enfoque para el

diagnóstico es realizado por la mayoría de los médicos, debido a que muchos consideran que la encefalopatía es una complicación que se produce por un problema de salud subyacente. A continuación, se listan algunas de las pruebas más utilizadas durante los exámenes de diagnóstico de las posibles causas primarias (8):

- Recuento sanguíneo completo (infecciones o pérdida de sangre)
- La presión arterial (presión arterial alta o baja)
- Pruebas metabólicas (niveles sanguíneos de electrolitos, glucosa, lactato, amoníaco, oxígeno y enzimas hepáticas)
- Medicamentos o niveles de toxinas (alcohol, cocaína, anfetaminas, entre otros)
- Análisis de sangre y otros fluidos corporales (infecciones de muchos tipos)
- La creatinina (función renal)
- TC y MRI (edema cerebral, anomalías anatómicas o infecciones)
- Ecografía Doppler (flujo anormal de la sangre a los tejidos o abscesos)
- Encefalograma (daño cerebral o patrones anormales de ondas cerebrales)

- El análisis de autoanticuerpos (demencia causada por anticuerpos que destruyen las neuronas)
- Revisión de los medicamentos de la persona, ya que algunos medicamentos, por ejemplo, la ciclosporina, pueden ser responsables de los síntomas.

d. Tratamiento: El tratamiento de la encefalopatía varía con la causa primaria de los síntomas y, en consecuencia, no todos los casos de encefalopatía se tratan de la misma forma.

A continuación, se muestran algunos de los tratamientos recibidos de acuerdo a las condiciones primarias que presenta el paciente:

- Anoxia a corto plazo (por lo general menos de dos minutos): la oxigenoterapia.
- Anoxia a largo plazo: la rehabilitación.
- Toxicidad del alcohol a corto plazo: líquidos intravenosos o ningún tratamiento.
- El abuso crónico de alcohol (cirrosis o insuficiencia hepática crónica): lactulosa oral, dieta baja en proteínas, antibióticos.
- Encefalopatía urémica (debido a la insuficiencia renal): corregir la causa fisiológica subyacente, diálisis, trasplante de riñón.

- **Encefalopatía diabética:** la administración de glucosa o la eliminación de la glucosa en sangre para tratar la hipoglucemia.
- **Encefalopatía hipo-o hipertensiva:** medicamentos para aumentar o reducir la presión arterial.

La clave para el tratamiento de cualquier encefalopatía es entender la causa básica y por lo tanto diseñar un esquema de tratamiento para reducir o eliminar la causa. Existe un tipo de encefalopatía que es difícil o imposible de tratar, la encefalopatía estática, un daño cerebral o estado mental alterado que es permanente. La mejor forma de proceder en estos casos es evitar más daños y ejecutar la rehabilitación para permitir que el individuo actúe a su nivel funcional más alto posible.

- e. Cuidados de enfermería:** La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado; Edward G. en el 2015 menciona que el cuidado de enfermería es la semilla de la flor del autocuidado, regándose con promoción y prevención, dando por entender que la enfermera es una fuente importante para que el paciente llegue a lograr su objetivo que es el autocuidado, entendiéndose que para ello concientizara sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. (9)

El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional» (10).

f. Cuidados de enfermería en encefalopatía: El paciente anciano va desarrollando a lo largo de los años sus propios hábitos de vida. No debemos modificar dichos hábitos, siempre que sea posible, por el hecho de estar ingresado en el hospital. El anciano requiere unos cuidados para sentirse bien y evitar la aparición de problemas. Estos cuidados incluyen: cuidados de la boca, pelo, uñas, baño total o parcial, cuidado de los pies, de la piel, cuidados respiratorios, nutricionales y de eliminación (11).

Los cuidados están dirigidos a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independientemente en la satisfacción de las necesidades básicas, entre ellas tenemos (Anexo N° 4):

- Control de constantes vitales.
- Evaluación neurológica.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar un estricto balance hídrico.
- Prevención de caídas (barandillas, sujeciones mecánicas...).
Evitar autolesiones.
- Prevención de UPP. Movilización activa si el paciente colabora.
- Vigilar posición: en cama 45° y en sillón 90°.
- Promover descanso, confort y ambiente tranquilo.

- Informar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad y tratamiento.
- Higiene, cuidados e hidratación de la piel. Evitar excoriaciones. Controlar el prurito.
- Cuidados especiales de la boca, en especial si tiene hemorragias gingivales.
- Evitar traumatismos que puedan provocar hemorragias: sonarse la nariz con fuerza, usar cepillo de dientes duro...
- Vigilar accesos venosos y punto de punción tras paracentesis evacuadora. Presión prolongada después de punciones arteriales y venosas, y de todas las inyecciones. Usar agujas para inyección de pequeño calibre.
- Observar e informar si hay signos de hematemesis y melena.
- Anticiparse a las manifestaciones de hemorragia, como equimosis, petequias y epistaxis, e iniciar medidas preventivas.
- Nutrición: Valorar el estado y necesidades nutricionales.
- Ayudar al paciente a vencer anorexia, pérdida de peso y fatiga.
- Tener en cuenta las preferencias del paciente.
- Si náuseas o anorexia grave, puede ser necesaria la alimentación por sonda.
- Tolerancia oral según estabilización del paciente.

- Reintroducir proteínas progresivamente.
- Tratar posibles déficits vitamínicos.
- Si ascitis o edema; restringir la ingesta de sodio.
- Estimular el consumo de vitamina C.
- Eliminar el alcohol de la dieta.

2.3. Base teórica

La atención de la enfermera bajo la aplicación del modelo teórico de Virginia Henderson, exige una valoración muy puntual de las capacidades del adulto mayor, para tomar decisiones en el cuidado de su salud.

Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales, De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (12)

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza,

voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

2.4. Definición de términos

- a. **Adulto mayor:** persona mayor de 65 años de edad
- b. **Autocuidado:** son las actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.
- c. **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- d. **Demencia senil:** Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, debido a la edad

o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta

- e. **Encefalopatía:** Desorden o enfermedad del encéfalo.
- f. **Trastorno sensorio:** Es una condición neurológica compleja que afectaría las habilidades funcionales de un gran porcentaje de adultos mayores.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos recurriendo a la información documentaria de la institución para lo cual se empleó los registros Enfermería de la UUHH A-3-1 Medicina interna – Geriatría, "Libro de estancias hospitalaria", Historias Clínicas y Registros médicos de la oficina de informática del Hospital Militar Central.

Estos datos nos permiten demostrar el manejo de los pacientes con Encefalopatía. Asimismo, para la obtención de los datos que contienen el presente informe, se llevó cabo de las siguientes acciones:

- a. Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- b. Se ha recurrido a estas fuentes para obtener datos relativos del número de pacientes hospitalizados, pacientes diagnosticados, estadía de los pacientes, sobre los cuales fueron ingresados a la base de datos en el programa de Excel, en el cual se procesó de información para la tabulación con

tablas estadísticas descriptivas. El análisis se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos según porcentaje.

- c. Se adicionaron fuentes secundarias, como trabajos de investigación, artículos y revistas científicas que contengan datos de interés.

3.2. Experiencia profesional

Mi desempeño profesional como enfermera asistencial se inició en el año 2000. En el servicio de Medicina Interna – Geriatría A-3-1 luego de 10 años de servicio realicé una pasantía por la unidad de Gastroenterología del mismo hospital. También formé parte del equipo de retén del hospital lo cual me permitió desempeñarme en los distintos servicios del mismo por un periodo de 4 meses, regresando luego a trabajar nuevamente al servicio de Medicina Interna - Geriatría A-3-1 donde actualmente laboro con una antigüedad de 5 años.

El Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schneider, es el principal hospital de las fuerzas armadas peruanas, cuenta con complejas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, estando catalogado como un hospital de categoría III – 1 (Nivel III de complejidad y Nivel I de atención).

Presta servicios de salud de alta y mediana complejidad, docencia e investigación de alto nivel, para generar avances en el conocimiento y contribuir al mejoramiento de calidad de la población del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares.

La unidad de Medicina interna y Geriátría atiende a pacientes adultos mayores. Es por ello que se tienden a personas con un grado de dependencia medio y alto lo que demanda una dedicación exclusiva en relación a los cuidados que debe recibir un paciente de este tipo cuando este proceso recuperación y tratamiento tiene todos los elementos necesarios para el restablecimiento del paciente, su evolución se desenvuelve de una manera natural y sin complicaciones.

La unidad cuenta con un Jefe Médico, una Jefa de Enfermeras, 17 Enfermeras asistenciales, 4 técnicas de enfermería, 6 auxiliares de enfermería y una Psicóloga. (Anexo N° 1) La Unidad Hospitalaria A-3-1 del Servicio de Medicina Interna y Geriátría se encuentra ubicado en el 3er piso del pabellón "A", en el ala izquierda del HMC.

Consta de dos alas: longitudinal y transversal cuya capacidad es de 37 camas, siendo 20 ambientes individuales con baño propio además cinco de estos ambientes cuenta con oxígeno empotrado; 5

ambientes individuales con sala de espera y baño interno, 3 ambientes colectivos de 4 camas; de los cuales uno de estos ambientes cuenta con puntos de oxígeno empotrado, coche de curaciones, coche de paro y otros equipos médicos. Este ambiente está asignado a pacientes críticos (Grado de Dependencia III), siendo transferidos a ambientes individuales cuando se estabilizan, donde se brinda atención integral y permanente.

Se cuenta con un tópico aséptico y un tópico séptico, equipados para desechar material punzocortante, dispensadores de papel y jabón antibactericida para mantener las medidas de bioseguridad. Un ambiente para eliminación de residuos biológicos y otro ambiente destinado para la ropa sucia (sábanas, soleras, fundas de almohadas, frazadas, etc.)

Además, un servicio higiénico colectivo para los pacientes hospitalizados y dos servicios higiénicos destinados para el personal de salud. Un ambiente para las camillas, sillas de ruedas y balones de oxígeno. Un almacén para materiales, insumos y equipos médicos, una ropería, un ambiente para el personal de enfermería, un consultorio de psicología, una oficina para la Jefatura de Enfermería y otro para la Jefatura de Medicina Interna; además consta de una

capilla. Tres salas utilizadas para clases. Tres salas de espera y una estación de enfermería.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

La enfermera realiza funciones en diferentes áreas como:

- a. Área Asistencial.
 - Proporciona cuidado integral de enfermería basado en las necesidades de salud del paciente del Servicio de Medicina, utilizando el PAE.
 - Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería, con base a evidencias científicas, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de salud.
 - Participar en la ronda de enfermería.
- b. Área administrativa:
 - Proponer acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente y del personal de salud.
 - Se ingresa los datos y su número de cuenta para que estos sean identificados en el sistema de todo el hospital y puedan ser abastecidos con los recursos para tu tratamiento como son los medicamentos y acceso a todos los análisis y pruebas diagnósticas necesario, diariamente se revisa la conformidad de medicamentos e insumos solicitados a las diferentes farmacias de esta institución.

- Así como se da curso y coordina las diferentes interconsultas a las diversas especialidades y servicios

c. Área Docencia:

- Brindar A nivel Enfermería se realizan periódicamente Charlas educativas a la familia y cuidador sobre la importancia de una adecuada nutrición, hidratación, movilización y participación de la misma en la atención del paciente adulto mayor para prevenir las úlceras por presión y caídas.
- Fomentar las capacitaciones continuas durante las reuniones bimensuales en la unidad con el personal de enfermería.
- Propiciar la retroalimentación de conocimientos durante los reportes de enfermería que se hace paciente por paciente de manera rápida, precisa, concisa y efectiva.

d. Área Investigación:

- Elaborar, aplicar y evaluar las guías de Intervención e instrumentos de Enfermería.
- Participar en las actividades de investigación y capacitación tendientes a mejorar la atención de enfermería.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

En los procesos realizados en el trabajo académico están centrados en describir las actividades que se ejecutan en el proceso de atención

a los pacientes son que se encuentran con diagnósticos de encefalopatía; en la UUHH A-3-1 Medicina interna – Geriatría del Hospital Militar Central.

Entre una de las aportaciones que la enfermera es la importancia de la creación de un método de trabajo propio conocido como el proceso atención enfermería, es el desarrollo específico en el campo de los cuidados.

a. Descripción de un caso clínico:

Varón de 65 años de nacionalidad peruana, derivado a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría del Hospital Militar Central con diagnóstico principal de encefalopatía anóxica (encefalopatía difusa de grado moderado – importante) secundaria a parada cardiorrespiratoria de unos 15min. Con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia e infarto agudo de miocardio en el 2015. Manifiesta que no tiene reacciones alérgicas a medicamentos conocidos. Al ingreso presenta signos vitales dentro de los parámetros normales: presión arterial 120/60mmHg; frecuencia cardíaca 69 lpm; saturación de oxígeno 99% con oxigenoterapia.

Se efectuó valoración de enfermería al ingreso, basada en el modelo de Virginia Henderson.

- *Necesidad de oxigenación:*
 - Presenta traqueostomía con cánula de plata del número 6.
 - Porta oxigenoterapia continua a 12 l/min por mascarilla de alto flujo con dispositivo Venturi especial para traqueostomía.
- *Necesidad de alimentarse/hidratarse:*
 - Portador de SNG de silicona 16Fr.
 - Presenta disfagia orofaríngea, con tolerancia de dieta túrmix de consistencia pudding, sin realizar Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) desde su hospital de referencia.
 - Ingesta hídrica con espesante, consistencia pudding.
 - Dependiente total para esta actividad.
- *Necesidad de eliminación:*
 - Incontinente, precisa pañal.
 - Al ingreso presenta deposiciones
- *Necesidad de movimiento y postura:*
 - Vida cama-sillón.
 - No es colaborador con las transferencias.
 - Índice de Barthel: 0 "dependiente total".

- *Necesidad de dormir/descansar:*
 - No presenta alteración en este patrón.
 - No tratamiento farmacológico para la conciliación del sueño.
- *Necesidad de vestirse/desvestirse:*
 - Dependiente para esta actividad.
- *Necesidad de termorregulación:*
 - Sin alteración.
- *Necesidad de higiene:*
 - Dependiente para esta actividad.
 - Índice de Braden-Bergstrom: 10 "alto riesgo de sufrir úlcera por presión".
 - Presenta eritema en la zona púbica, relacionado con la presión y la presencia.
- *Necesidad de seguridad:*
 - Porta contención mecánica en cama (contención en miembros superiores) por riesgo a retirada de SNG y de caída.
 - Portador de CVC (subclavia derecha).
- *Necesidad de Comunicación:*
 - Actualmente consciente y alerta, Glasgow Coma Scale (GSC): 11.
 - Presenta afasia. Obedece a órdenes sencillas.

- Casado, su esposa colabora en los cuidados, recibe visitas de sus familiares.
- *Necesidad de creencias/valores:*
 - No manifiesta creencias religiosas ni espirituales.
- *Necesidad de trabajar/realizarse:*
 - Retirado con el grado de Capitán del Ejército Peruano.
- *Necesidad de ocio/necesidad de aprender:*
 - Imposibilidad para valorar estas necesidades.

b. Afrontamiento del caso clínico:

Al analizar la historia clínica del paciente, y a partir de la anamnesis, se elaboró un plan de cuidados de enfermería en función de los problemas identificados usando las taxonomías NANDA, NIC y NOC (Anexo N° 2). Tras la valoración continuada del paciente y en función de su evolución, se individualizó el plan de cuidados de enfermería de acuerdo con las necesidades que se iban presentando.

El paciente fue dado de alta en compañía de su esposa tras 10 meses de hospitalización. En el alta los criterios de resultado cambiaron dado a los cuidados, siendo los resultados de forma positiva. Analizando la evolución de diagnósticos de enfermería los siguientes: "(00032) patrón Respiratorio ineficaz" y "(00031)

limpieza ineficaz de las vías Aéreas” desde el ingreso hasta el momento actual (10 meses) se lograron controlar las secreciones respiratorias mediante absorción con bomba y retirar la cánula de traqueostomía, con lo cual se resuelven estos diagnósticos de enfermería. En el diagnóstico de enfermería “(00103) deterioro de la deglución” el paciente presentó una evolución satisfactoria, tras la retirada de la cánula de traqueostomía se consiguió la retirada de la SNG y la correcta tolerancia por vía oral a todas las consistencias y volúmenes, controlada por el MECV-V, de forma que estos diagnósticos de enfermería se resolvieron. En cuanto al diagnóstico de enfermería (00092) intolerancia a la actividad el resultado del índice de Barthel continúa siendo dependiente total (25), con una ligera evolución, mejorando en algunas actividades como en la alimentación (ayuda parcial), en las transferencias (mínima ayuda) y en el aseo/vestido (ayuda parcial), por lo tanto mejorando en los diagnósticos de enfermería “(00102) déficit de autocuidados: alimentación”, “(00108) déficit de autocuidado: baño/higiene” y en “(00109) déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento”, además del apoyo de su esposa se llegó a la leve mejoría funcional también se ha visto disminuido el riesgo de padecer UPP, valorado por la escala de Braden-Bergstrom, manteniendo el diagnóstico de enfermería de

“(00047) riesgo de deterioro de la integridad cutánea”. (Anexo N°

3)

Las enfermeras que laboran en la unidad de Medicina Interna – Geriatría tenemos que brindar una atención oportuna y eficaz al paciente con encefalopatía incrementando el índice de sobrevida del paciente, y la experiencia en el servicio da las destrezas y habilidades para poder actuar en cada uno de los casos que se nos presentan.

Además, en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría se pueden realizar aportaciones e innovaciones, además de encontrar limitaciones, estos:

a. Innovaciones – Aportes.

- Se logró involucrar la participación del personal asistencial en el servicio.
- Se realizó plan estandarizado de enfermería con diagnósticos principales en la atención de paciente adultos mayores con encefalopatía.
- A través de una charla educativa titulada “La encefalopatía en adultos mayores”, se logró capacitar al personal de enfermería con el fin de realizar una adecuada valoración y por ende establecer un plan de cuidados específicos para este tipo de pacientes.

- Se logró involucrar la participación de la familia en el cuidado de pacientes adulto mayores con encefalopatía.
 - Se logró priorizar e incluir diagnósticos de enfermería en pacientes adulto mayores con encefalopatía dentro del manual de diagnósticos y cuidados de enfermería del servicio de medicina interna – geriatría del Hospital Militar Central.
 - En el año 2017 se implementó un sistema integrado computarizado que permite el registro de ingreso de pacientes al Hospital Militar Central.
 - Se cambió la hoja de anotaciones de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería elaborando diagnósticos según el NANDA.
- b. Limitaciones para el desempeño profesional:
- Insumos insuficientes para la atención de pacientes en el área de emergencia.
 - Personal asistencial insuficiente, y aumento en la demanda de pacientes en el servicio de emergencia.
 - Familiares poco colaboradores, dificulta la participación en el cuidado del paciente.
 - Bajo grado de instrucción de cuidadores en cuanto a medidas de protección y asepsia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos al realizar este trabajo académico pueden ilustrarse en las gráficas citadas a continuación, cabe indicar que los datos recogidos fueron tomados de los registros Enfermería de la UUHH A-3-1 Medicina interna – Geriatría, “Libro de estancias hospitalaria 2015 – 2017”.

CUADRO N° 4.1

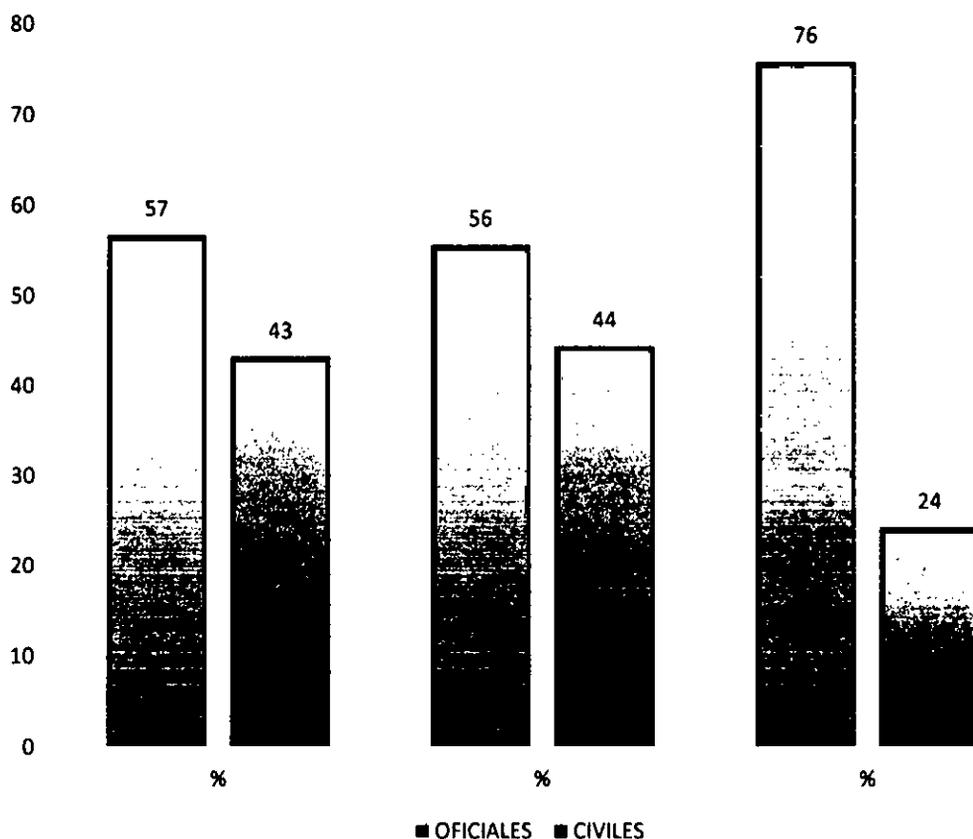
**PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE INGRESAN A LA UUHH A-3-1
MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.**

PACIENTES	2015		2016		2017		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
OFICIALES	130	56,8	119	55,6	172	75,8	421	62,8
CIVILES	99	43,2	95	44,4	55	24,2	249	37,2
TOTAL	229	100	214	100	227	100	670	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO N° 4.1

**PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE INGRESAN A LA UUHH A-3-1
MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.**



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

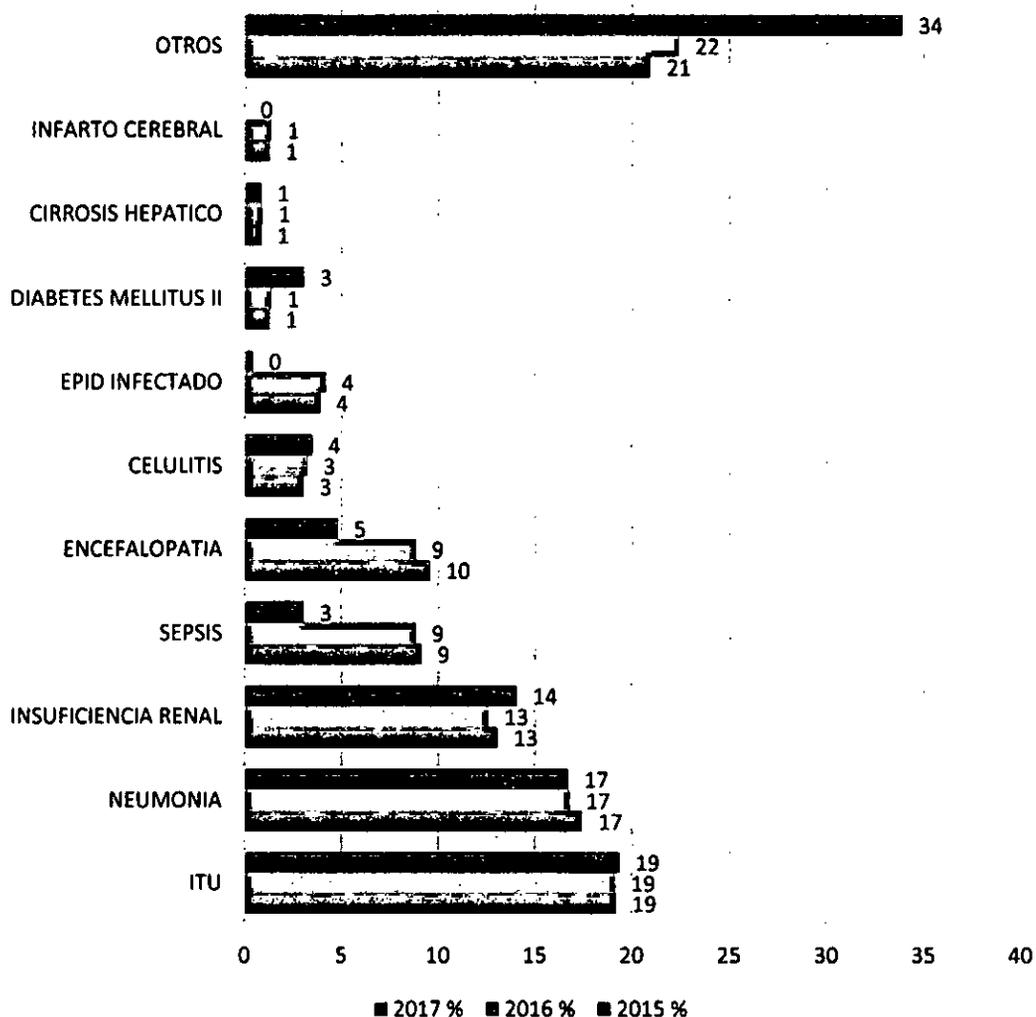
En grafico N° 4.1 se aprecia el ingreso de pacientes adultos mayores a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el mayor porcentaje en pacientes oficiales de los años 2015 (57 %), 2016 (56 %) y 2017 (76 %), por lo tanto, hay un creciente ingreso en pacientes oficiales con un porcentaje promedio de 62.8 % (421), en comparación al 37.2 % (249) de los pacientes civiles; en donde en el año 2017.

CUADRO N° 4.2
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE
INGRESAN A LA UHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN
EL AÑO 2015 – 2017.

PERSONAL	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ITU	44	19	41	19	44	19	129	19,3
NEUMONIA	40	17	36	17	38	17	114	17
INSUFICIENCIA RENAL	30	13	27	13	32	14	89	13,3
SEPSIS	21	9	19	9	7	3	47	7,01
ENCEFALOPATIA	22	10	19	9	11	5	52	7,76
CELULITIS	7	3	7	3	8	4	22	3,28
EPID INFECTADO	9	4	9	4	1	0	19	2,84
DIABETES MELLITUS II	3	1	3	1	7	3	13	1,94
CIRROSIS HEPATICO	2	1	2	1	2	1	6	0,9
INFARTO CEREBRAL	3	1	3	1	0	0	6	0,9
OTROS	48	21	48	22	77	34	173	25,8
TOTAL	229	100	214	100	227	100	670	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO N° 4.2
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE
INGRESAN A LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN
EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

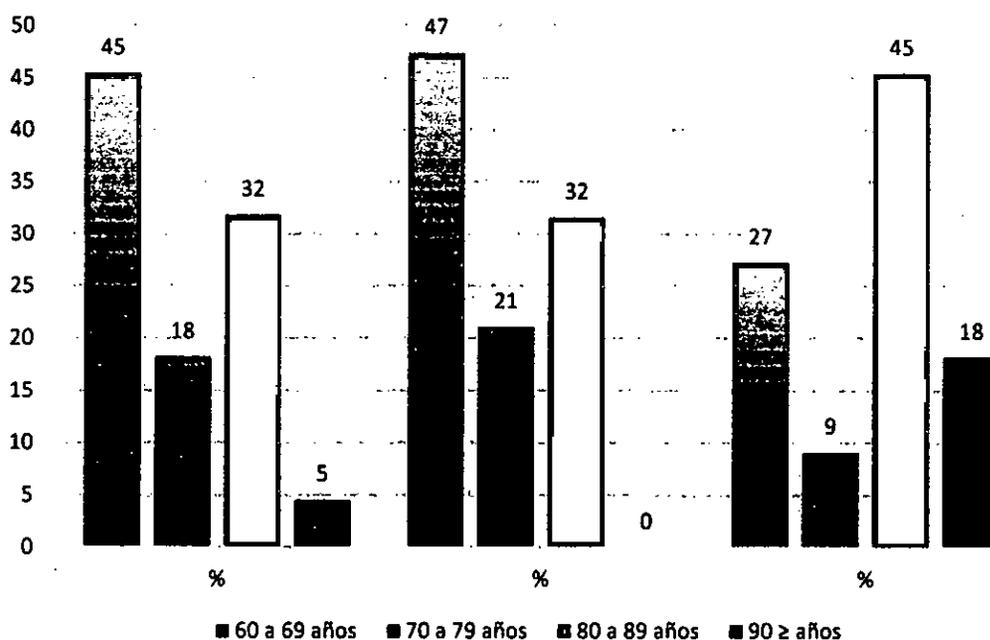
Según el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados, se observa que entre los mayores ingresos a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria es por Encefalopatía, con un porcentaje promedio de 7.76 %, donde el mayor índice se dio en el año 2015 con 10 % (22).

CUADRO N° 4.3
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENCEFALOPATIA SEGÚN
EDAD EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL
AÑO 2015 – 2017.

EDAD	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 69 años	10	45,5	9	47,4	3	27,3	22	42,3
70 a 79 años	4	18,2	4	21,1	1	9,09	9	17,3
80 a 89 años	7	31,8	6	31,6	5	45,5	18	34,6
90 ≥ años	1	4,55	0	0	2	18,2	3	5,77
TOTAL	22	100	19	100	11	100	52	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO N° 4.3
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENCEFALOPATIA SEGÚN
EDAD EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL
AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

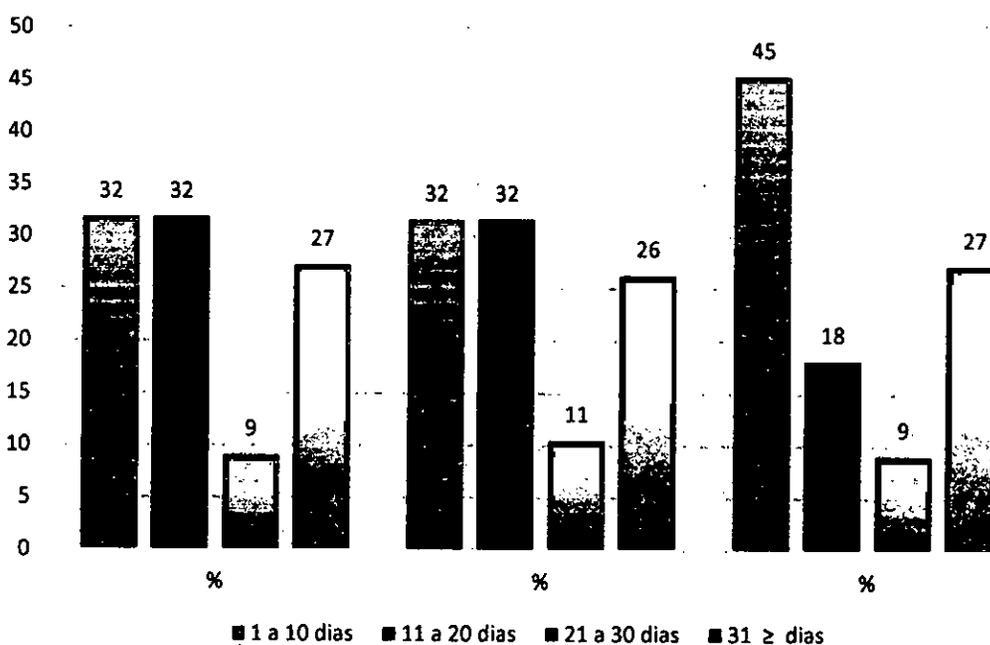
En grafico N° 4.3, se observa el ingreso de pacientes adulto mayores con encefalopatía de acuerdo a la edad en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el mayor porcentaje promedio en pacientes con edad de 60 a 69 años con 42.3 % (22); en donde se muestra que en el 2015, el 45 % (10) de los pacientes adultos mayores comprenden entre 60 a 69 años; en el 2016 el mayor porcentaje lo comprenden las edades de 60 a 69 años con un 47 % (9); no obstante en el 2017 hubo un descenso de hasta el 27 % (3), en comparación al 45 % (18) de las edades de 80 a 89 años.

CUADRO N° 4.4
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENCEFALOPATIA SEGÚN
ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA –
GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.

ESTADIA HOSPITALARIA	2015		2016		2017		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 10 días	7	32	6	32	5	45	18	34.6
11 a 20 días	7	32	6	32	2	18	15	28.8
21 a 30 días	2	9	2	11	1	9	5	9.62
31 ≥ días	6	27	5	26	3	27	14	26.9
TOTAL	22	100	19	100	11	100	52	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

GRAFICO N° 4.4
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENCEFALOPATIA SEGÚN
ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA –
GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

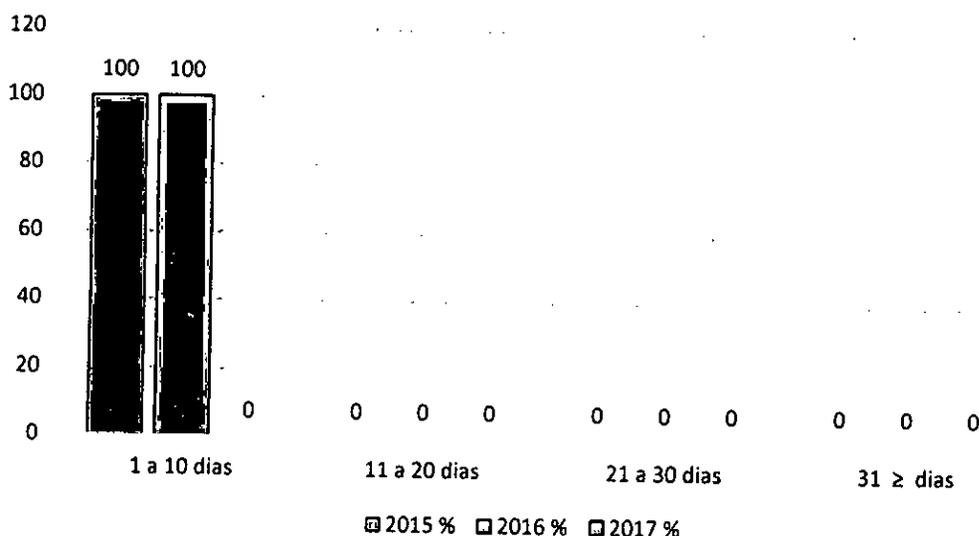
En grafico N° 4.4, se observa la estadía hospitalaria de pacientes adulto mayores con encefalopatía en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el porcentaje promedio en estadía hospitalaria con un rango de 1 a 10 días del 34.6 % (18), de 11 a 20 días del 28.8 % (15), de 21 a 30 días del 9.6 % (5) y mayores de 30 días con un 26.9 % (14); en donde los mayores porcentajes se dieron en una estadía de 1 a 10 días con un 32 % (7) en el 2015 a lo igual que 11 a 20 días, de 32 % (6) en el 2016 a lo igual que 11 a 20 días y en el 2017 con un 45 % (5).

CUADRO N° 4.5
MORTALIDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
ENCEFALOPATIA SEGÚN LA ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH
A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.

ESTADIA HOSPITALARIA	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 10 días	1	100	1	100	0	0	2	100
11 a 20 días	0	0	0	0	0	0	0	0
21 a 30 días	0	0	0	0	0	0	0	0
31 ≥ días	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	100	1	100	0	100	2	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

GRAFICO N° 4.5
MORTALIDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
ENCEFALOPATIA SEGÚN LA ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH
A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

De acuerdo al grafico N° 4.5, la morbilidad de pacientes adulto mayores con encefalopatía en relación a la estadía hospitalaria en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriátría, el porcentaje promedio de pacientes fallecidos es de 100 % (1) para el año 2015, a lo igual que en el año 2016, siendo un total de 2 fallecidos en una estadía hospitalaria de 1 a 10 días.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente. La atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión holística, permitiendo lograr un bienestar, de acuerdo a los objetivos, permitiendo realizar las intervenciones con calidad.
- b. La encefalopatía es una de las patologías con mayor porcentaje en pacientes adultos mayores hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, con un porcentaje promedio de 7.76 % en los años 2015 al 2017, siendo en el año 2015 con mayor ingreso de pacientes con un porcentaje de 10 %. esto se debe a complicaciones y/o alteraciones de la funcionalidad del organismo. Las edades de 60 a 69 años tienen un porcentaje promedio de 42.3 % en ingreso al servicio, siendo el año 2016 que tuvo un porcentaje de 47 % respecto a las demás edades de los adultos mayores.
- c. En la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría la estadía de los pacientes con encefalopatía de mayor porcentaje promedio fue de 34.6 % en un rango de 1 a 10 días, esto se debe a un proceso de recuperación y/o rehabilitación adecuada, incluyendo los cuidados del personal de enfermería, y de la familia, sin embargo; también hubo

pacientes con estadía prolongada de 11 a 20 días con un porcentaje promedio de 32 %. Además, en el transcurso de los años 2015 al 2017 solo el 3.8 % de los pacientes fallecieron por patologías asociadas.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

a. *A los profesionales:*

Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermería en pacientes adultos mayores con encefalopatía; además brindar consejería a la familia, ya que desempeña un rol importante en la mejora de la salud, además de promover los cuidados en el hogar.

b. *A la institución:*

Capacitar y concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del trato humanístico y del cuidado de calidad en el paciente adulto mayor.

c. *Al servicio:*

Protocolizar las intervenciones y/o procedimientos del personal en los cuidados de enfermería de las patologías con mayor ingreso a la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

CAPÍTULO VII

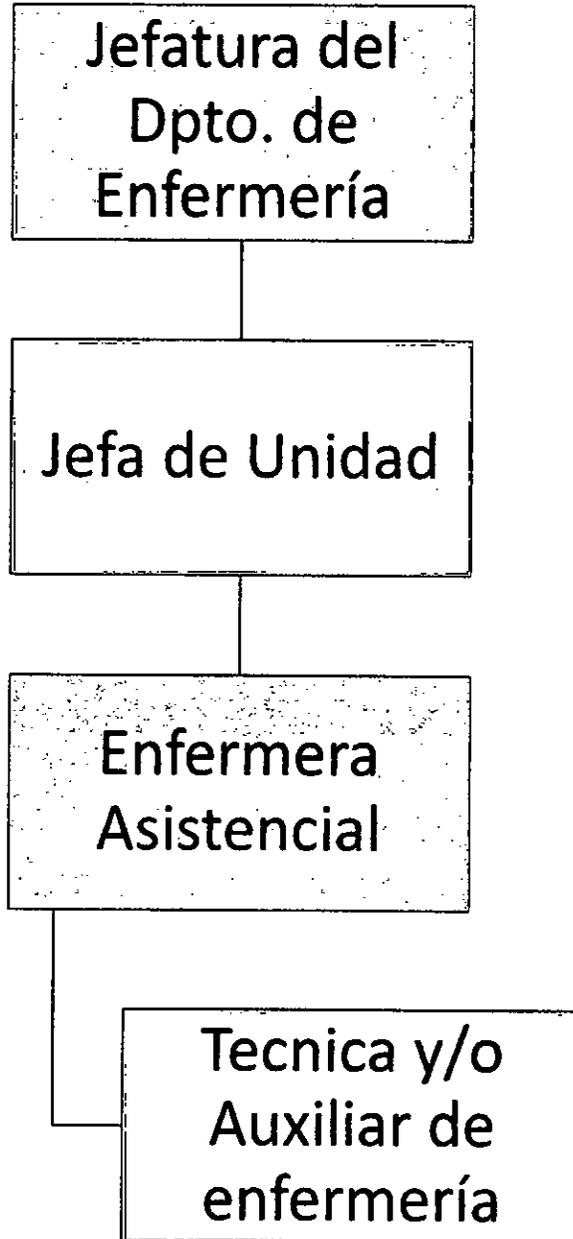
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS (2017) Envejecimiento, Recuperado el 08 de diciembre de 2017, de: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. GONZALES G, BORREGO M, SUÁREZ RAFAEL, TEJERA G, PÉREZ C, MARTÍNEZ F, ET AL. Enfermería familiar y social, Capitulo X, La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2004, 528 p.
3. VARELA L, CHÁVEZ H, HERRERA A, MÉNDEZ F, GÁLVEZ M, Perfil del Adulto mayor Per-Intra 2004 (monografía en internet), Lima, Instituto de Gerontología, 2004 (citada 16 de Dic 2016) disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/INFORME%20PERFIL%](http://www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/INFORME%20PERFIL%20)
4. OMS (2017) 10 Datos sobre el envejecimiento y la salud, Recuperado el 08 de diciembre de 2017, de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
5. BUSTÍOS, C, DÁVALOS, M, ROMÁN, R, & ZUMAETA, E. (2007). Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 27(3), 238-245.
6. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Promoviendo el Envejecimiento Activo y saludable. PLAMPAM 2013-2017 (Internet). Oct. 2013 (citado 14 Dic 16), 1 (5), 12-14. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
7. MINSA (2016) Minsa promueve la atención integral del adulto mayor Envejecimiento, recuperado el 08 de diciembre de 2017, de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18676>
8. WORDPRESS (2015) Encefalopatía, recuperado el 05 de diciembre de 2017, de: <http://www.encefalopatia.net/>

9. GUERRA PALOMINO E.D. (2015) El cuidado como esencia. Enfermería en primeros auxilios; 23 Dic 2017; Lima – Perú.
10. LONCHARICH N. El Cuidado Enfermero, Revista Enferm herediana (Internet) 2010, (citado 24 Nov 2016), 3 (1): 1). Disponible en:
http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf
11. MAURICIO G, Cuidado del Paciente Adulto Mayor. (Internet). 2014 (citado 16 Dic 2016). Disponible en:
<http://grettyjmb.blogspot.pe/2014/09/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente.html>
12. Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor (internet), (citado 30 Nov 2016). Disponible en:
<https://es.slideshare.net/modulo5diped/cuidados-enfermera-adulto-mayor>

ANEXOS

Anexo N° 1: Organigrama de la Unidad



Anexo N° 2: Plan de cuidados según la taxonomía diagnóstica

NANDA-NIC-NOC

NANDA	NOC	NIC
<p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incontinencia. Problema de independencia</p>	<p>0503 Eliminación urinaria</p>	<p>0590 Manejo de la eliminación urinaria</p>
<p>00014 Incontinencia fecal R/C inmovilidad M/P incapacidad para reconocer la urgencia de defecar. Problema de independencia</p>	<p>0501 Eliminación intestinal</p>	<p>0410 Cuidados de la incontinencia intestinal</p>
<p>00091 Deterioro de la movilidad en cama R/C deterioro del estado físico M/P deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama. Problema de independencia</p>	<p>0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica 0212 Movimiento coordinado</p>	<p>0740 Cuidados del paciente encamado 1806 Ayuda en el autocuidado: transferencias</p>
<p>00047 Riesgo deterioro de la integridad cutánea R/C- factores mecánicos. Problema de independencia</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas</p>	<p>0740 Cuidado del paciente encamado. 3590 vigilancia de la piel. 3540 Prevención de UPP</p>
<p>00102 Déficit de autocuidado: alimentación R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca Problema de autonomía</p>	<p>1010 Autocuidado: alimentación</p>	<p>1056 Nutrición enteral por SNG. 1860 terapia de la deglución</p>

<p>00108 Déficit de autocuidado baño/higiene R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño. Problema de autonomía</p>	<p>0301 Autocuidado: baño</p>	<p>1801 Ayuda en el autocuidado: baño/higiene. 1610 baño</p>
<p>00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para ponerse/quitarse la ropa. Problema de autonomía</p>	<p>0302 Autocuidado: vestir</p>	<p>1802 Ayuda en el autocuidado: vestir/arreglo personal. 1630 vestir</p>
<p>00103 Deterioro de la deglución R/C deterioro neuromuscular M/P tos. Problema de colaboración</p>	<p>1918 Prevención de aspiración1010 Estado de la deglución</p>	<p>1056 Alimentación enteral por sonda</p>
<p>00039 Riesgo de aspiración R/C factores mecánicos. Problema de independencia</p>	<p>1010 Estado de deglución0403 Estado respiratorio: ventilación</p>	<p>1056 Nutrición enteral por sonda. 3140 Manejo de las vías aéreas. 1710 Mantenimiento de la salud bucal</p>
<p>00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C alteraciones del sistema nervioso central M/P dificultad para comprender los pensamientos verbalmente. Problema de colaboración</p>	<p>0903 Comunicación: expresiva</p>	<p>5520 Facilitar el aprendizaje</p>
<p>00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C vía aérea artificial M/P excesiva cantidad de esputo. Problema de independencia</p>	<p>0410 Estado respiratorio: permeabilidad de la vía aérea</p>	<p>3180 Manejo de la vía aérea artificial 3160 Aspiración de las vías aéreas</p>
<p>00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C disfunción neuromuscular M/P disnea.</p>	<p>0403 Estado respiratorio: ventilación0802 Signos vitales</p>	<p>3350 Monitorización respiratoria</p>

Problema de independencia		
0092 Intolerancia a la actividad R/C inmovilidad M/P presión arterial anormal en la respuesta a la actividad. Problema de colaboración	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la energía. 6680 Monitorización de signos vitales
00155 Riesgo de caída R/C Disminución del estado mental. Problema de colaboración	1909 Conducta de prevención de caídas	6490 Prevención de caídas
00090 Deterioro de la habilidad para la traslación R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para trasladarse de la cama a la silla. Problema de colaboración	0210 Realización de la transferencia	1806 Ayuda en el autocuidado: transferencias

Anexo N° 3: Evolución del paciente desde el ingreso hasta el alta.

Diagnóstico de enfermería inicial	Criterios de resultado NOC al ingreso	Evolución de criterios de resultado NOC al alta
00032 Patrón respiratorio ineficaz	0403 Estado respiratorio: ventilación (portador de cánula de traqueostomía). Indicador: movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, Likert 2	0403 Estado respiratorio: ventilación (cierre de traqueostoma). Indicador: movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, Likert 5
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas		
00103 Deterioro de la deglución	1010 Estado de deglución. Indicador: capacidad de masticación, Likert 1 (nutrición enteral por SNG y MECV-V. Disfagia a líquidos consistencia néctar a volúmenes bajos)	1010 Estado de deglución. Indicador: capacidad de masticación, Likert 5 (retirada SNG y MECV-V. Tolerancia vía oral a todas consistencias y volúmenes)
00102 Déficit de autocuidado: alimentación	1010 Autocuidado: alimentación. Indicador: come, Likert 1	1010 Autocuidado: alimentación. Indicador: come, Likert 4
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad. Indicador: esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad, Likert 1	0005 Tolerancia a la actividad. Indicador: esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad, Likert 4
00091 Deterioro de la movilidad en cama	0212 Movimiento coordinado. Indicador: control del movimiento. Likert 1	0212 Movimiento coordinado. Indicador: control del movimiento. Likert 3

00109 Deficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0302 Autocuidado vestir. Indicador: se viste. Likert 1	0302 Autocuidado vestir. Indicador: se viste. Likert 3
---	--	--

Anexo N° 4: Plan de cuidados estandarizados

Diagnostico	Resultados	Actividades
Desequilibrio nutricional por defecto.	Estado nutricional. Ingesta alimentaria.	Ayuda para ganar peso. Ayuda o alimentar al paciente.
Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.	Estado de la deglución. Atascamiento de alimentos, tos nauseas.	Terapia de la deglución. Proporcionar, comprobar la consistencia de los líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.
Déficit del autocuidado: uso de inodoro.	Autocuidados: uso del inodoro.	Ayuda con los autocuidados: aseo.
Deterioro perceptivo o cognitivo (falta total o parcial de las habilidades motoras groseras o finas).	Se coloca en el inodoro o en el urinario. Eliminación urinaria. Cantidad de orina. Eliminación intestinal. Patrón de eliminación.	Ayudar al paciente en el aseo/orinal a intervalos especificados. Lavar la zona perianal con jabón y agua, luego secar bien. Cuidados de la incontinencia intestinal. Colocar pañal si es necesario. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color. Observar s/s de retención urinaria.
Deterioro de la movilidad física.	Movilidad.	Cambio de posición.
Disminución de la fuerza, control o masa muscular.	Movimiento articular.	Colocar en la posición terapéutica específica. Desarrollar un protocolo para el cambio de posición.

Rigidez o contractura muscular.	Se mueve con facilidad.	
Deterioro del patrón de sueño.	Sueño. Patrón de sueño.	Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
Déficit del autocuidado vestimenta/higiene.	Se quitara la ropa.	Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de vestirse solo.
Deterioro perceptual cognitivo.		
Deterioro musculo esquelético.		
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Manejo de presiones.
Movilización física.	Piel intacta.	Prevención de UPP. Utilizar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
Excreciones o secreciones.		Mejorar la comunicación: déficit del habla. Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del estado del paciente.
Deterioro de la comunicación oral.	Comunicación.	Orientación de la realidad. Permitir el acceso a objetos, familiares, cuando sea posible (fotos familiares, dibujos de los nietos, etc.)
Alteraciones del SNC.	Reconoce los mensajes.	
	Orientación cognitiva.	
	Identifica los seres queridos.	

		Observar si hay cambios de sensibilidad y orientación.
Riesgo de traumatismo.	Conducta de prevención de caídas.	Prevención de caídas.
Camas altas. Dificultad cognitiva.		Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
Deslizarse sobre la ropa de cama, o luchar contra sujeciones físicas.	Agitación e inquietud controladas.	Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama si es necesario.
Riesgo / relación.	Disminución: Factores estresantes del cuidador familia.	Cantidad de cuidados requeridos o vigilancia.
Afrontamiento familiar comprometido.	Factores estresantes referidos por el cuidado.	Observar si hay indicios de estrés. ACT 24388: Informar al cuidador sobre recursos sanitarios y comunitarios.
Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que se agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia. Insuficiencia respiratoria.	Cantidad de cuidados requeridos o vigilancia.	Apoyar a los cuidados a establecer límites y a cuidar de si mismo.
	Estado respiratorio: ventilación.	Control de los signos vitales.
	Frecuencia respiratoria.	Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
	Sin Dificultad respiratoria.	Observar periódicamente color, temperatura y humedad de la piel.
		Oxigenoterapia.
Intolerancia a la actividad.	Tolerancia a la actividad.	Manejo de la energía.
Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.	Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.	Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez y frecuencia respiratoria).