

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



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

**2015 – 2017**

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

**GRACIELA ISABEL CHIRINOS LÓPEZ**

**CALLAO - 2018**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ   | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES  | SECRETARIO |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 179

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 364-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	32
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	33
3.1 Recolección de Datos	33
3.2 Experiencia Profesional	33
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	36
<b>IV. RESULTADOS</b>	42
<b>V. CONCLUSIONES</b>	46
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	47
<b>VII. REFERENCIALES</b>	48
<b>ANEXOS</b>	50

## INTRODUCCIÓN

Según el concepto básico sobre demencia de los programas de investigación del NINDS, National Institute of Neurological Disorders an Stroke para ellos:

La demencia es la pérdida de la función cognitiva, es decir, la pérdida de la capacidad para pensar, recordar o razonar, así como la pérdida de habilidades de comportamiento a tal punto que interfiere en la vida y las actividades diarias de una persona. Las señales y síntomas de la demencia aparecen cuando las neuronas (células nerviosas) en el cerebro, que están sanas, dejan de funcionar, pierden las conexiones con otras células cerebrales y mueren. Si bien todos perdemos algunas neuronas a medida que envejecemos las personas con demencia tienen una pérdida mucho mayor. (1)

En el mundo hay alrededor de 50 millones de personas que padecen de demencia. Su alta prevalencia en la persona anciana, la ausencia de tratamientos efectivos y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes hacen que sus repercusiones médicas, personas, familiares, sociales y económicas sean de grandes proporciones. Esta clínica se agrava a medida que el proceso patológico sigue su curso.

Se elaboró un Trabajo Académico, "Cuidados de Enfermería a Pacientes Adultos Mayores con Demencia en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría del Hospital Militar Central Crl.Luis Arias Schreiber 2015-2017, teniendo en cuenta la Institución los pacientes y los tipos de demencia más prevalentes Alzheimer, Vascular y Parkinson, de la UUHH Medicina Interna –Geriatría del A-3-1 en Hospital Militar Central y tiene como objetivo describir los Cuidados de Enfermería a pacientes adulto mayor con demencia, aplicando la teoría de Jean Watson.

Según la Dra. Watson menciona en la teoría del Cuidado Humano: siempre rescatemos el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. (2)

Brindando un Cuidado Humano-Científico a través del proceso de asistencia de Enfermera-paciente y de las transacciones que dicho proceso genera.

El paciente adulto mayor con demencia es dependiente de los cuidados especializados e individualizados por parte del personal de enfermería para su mejoría, recuperación, evitando complicaciones y otros problemas en su hospitalización.

Se elaboró los diagnósticos de enfermería con la Taxonomía (NANDA, NOC, NIC)

El presente Trabajo Académico consta de siete apartados; I planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III considera la presentación de la experiencia profesional, IV resultados, conclusiones, V conclusiones; VI recomendaciones y el VII referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

La demencia por enfermedad neurodegenerativa es un síndrome crónico e incapacitante para cuyas enfermedades causales no existe tratamientos curativos en la actualidad.

La demencia se define como un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar el funcionamiento social y profesional (American Psychiatric Association, 2000 ) Cursa con déficit cognitivos, como amnesia, pérdida de la capacidad de aprendizaje , apraxia ,afasia, desorientación ,disfunciones sensoriales e incapacidad para el razonamiento, la abstracción o la solución de problemas .Otras manifestaciones clínicas son ideas delirantes ,alucinaciones , errores de identificación , ánimo depresivo,apatía,ansiedad,actividad motora aberrante ,agitación o reacciones catastróficas .

El impacto de la demencia es enorme. La demencia produce en el individuo una disolución de los recuerdos y conocimiento, modifica su personalidad y sus afectos, altera su conducta habitual e induce una discapacidad progresiva .En las últimas fases de la demencia , el paciente depende totalmente de otras personas para mantener las actividades más básicas de la vida diaria .En el entorno inmediato del paciente , los familiares y allegados sufren el impacto emocional de asistir al deterioro progresivo de la salud física y mental de su ser querido. Además, la demencia supone un reto para la sociedad y el estado de bienestar debido al consumo de recursos sanitarios y sociales en la atención de estos pacientes, tanto en términos absolutos como relativos, relacionado con el envejecimiento de la población.

Según informe internacional de la OMS hay 50 millones de personas que padecen demencia. Los casos de demencia senil se triplicarán para el 2050 a 135 millones. (3)

El 71% será de países pobres o términos medios.

La prevalencia de demencia I en el Perú es de 6.85%, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la demencia más presente.

En el Hospital Militar el Servicio de Medicina Interna-Geriatría de la Unidad Hospitalaria A-3-1 ingresan en su gran mayoría pacientes adultos mayores de Emergencia con diagnósticos médicos, Neumonías, infecciones Urinarias, Diabetes Mellitus Descompensada, y otras muchas enfermedades, y muchos de estos pacientes tienen como antecedente Demencia, nos encontramos con pacientes con un debilitamiento físico, y mental, vienen con una conducta negativa, agresivos, agitados, etc. Donde la experiencia de la Profesional de Enfermería es primordial para brindar los Cuidados de Enfermería y así evitar complicaciones y riesgos, los cuidados de enfermería de estos pacientes, representa un reto importante en la actualidad se necesita habilidad y valor con conocimientos para ocuparse de este tipo de pacientes, en la Unidad donde actualmente laboro. Estos pacientes al ingreso se hace una valoración integral por su dependencia, de un Grado de Dependencia II y al entrar en su momento de Crisis aguda "Agitación Psicomotriz" se convierten en Grado de dependencia III por la complicada situación del momento y otras situaciones médicas.

Se requiere de una supervisión constante las 24 horas del día.

Su manejo es más complejo por su situación de salud por su demencia en su momento de crisis aguda y se requiere un mayor consumo de recursos, alta demanda asistencial, porque es necesario

tener herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y una Atención especializada. conlleva a una responsabilidad a nivel profesional y legal, precisa de una práctica basada en el rigor Científico para garantizar la mayor calidad Asistencial posible en los Cuidados de enfermería en los Adultos Mayores con Demencia. Demora 2 o 3 días abordar el tratamiento de la Demencia primero por emergencia es visto la enfermedad que lo trae al hospital y se obvia el antecedente de su demencia.

## **1.2 Objetivo**

Describir “Los Cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con demencia en la UUHH A-3-1 Medicina Interna-Geriatria del Hospital Militar Central “Crl Luis Arias Schereiber”. 2015-2017

## **1.3 Justificación**

El presente Trabajo Académico sobre Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor, con Demencia en el Hospital Militar Central A-3-1 de Medicina Interna –Geriatría, se justifica porque permitirá describir los Cuidados de Enfermería en Adultos Mayores con Demencia y se requiere afianzar los conocimientos al personal de enfermería contribuyendo a mejorar su calidad en los Cuidados de Salud del Adulto Mayor aminorando posibles riesgos y complicaciones.

Este Trabajo Académico es relevante porque permitirá contribuir desde el punto de:

**NIVEL TEORICO:** El presente Trabajo Académico servirá para profundizar conocimientos en cuanto a los Cuidados de Enfermería que se debe tener en pacientes adultos mayores con demencia en la Unidad del A-3-1 del Hospital Militar Central, dando aportes



importantes para futuros Trabajos Académicos relacionados con el tema.

**NIVEL SOCIAL:** Es el compromiso, la toma de conciencia y sensibilización, por parte del personal de Enfermería que tienen a su Cuidado adultos mayores con demencia considerados un grupo vulnerable y frágil debido a su complicada situación.

**NIVEL PRÁCTICO:** El presente Trabajo Académico permitirá aumentar el cuidado de las enfermeras, la familia y cuidador en los pacientes adultos mayores con demencia.

**NIVEL ECONOMICO:** Los pacientes adultos mayores con demencia, son un problema de salud tanto pública como para la familia por la morbi-mortalidad que ocasiona tener de agregado dicha complicada situación de su salud, así como por las grandes repercusiones en términos económicos y sociales, provocando estancias hospitalarias prolongadas con altos costos tanto sanitarios como para la familia.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes

#### **MARCHAL 2012, ENFERMEDADES NEUROLOGICAS MAS FRECUENTES EN LA VEJEZ: CUIDADOS ENFERMEROS.**

Objetivos: Las enfermedades neurodegenerativas suponen la principal causa de mortalidad y morbilidad en la población española. Entre las principales, destaca la demencia senil, enfermedad de Alzheimer, Parkinson y accidentes cerebro vasculares.

El objetivo general de nuestro estudio consiste en analizar las características de estos trastornos que afectan a la población anciana y los cuidados enfermeros que requiere. Metodología: Investigación cualitativo tipo de estudio de caso, realizado en atención primaria en un centro de salud de la región de Murcia, a una paciente diagnosticada de enfermedad de Alzheimer y Parkinson. El estudio se realizó mediante la observación directa, revisión bibliográfica sobre el tema y elaboración del proceso enfermero mediante la Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Resultados: Identificamos mediante una red de razonamiento el diagnostico principal de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea. Tras la realización de las intervenciones enfermeras el diagnostico principal mejoro notoriamente, aunque no se llegó a alcanzar la puntuación diana. Discusión y limitaciones: La metodología aplicada con relación al diagnóstico principal coincide con la registrada en la literatura. Consideramos que nuestra principal contribución está relacionada con la realización de una correcta ejecución de los cuidados de enfermería en la paciente enferma de Parkinson y Alzheimer. Como limitaciones nos encontramos el tiempo limitado en la realización del seguimiento.

Conclusiones: Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y el cuidado de estos enfermos al ser elemento de convergencia de las diferentes especialidades médicas en lo referente a la atención, control y tratamiento de estos procesos. (4)

**FERNANDEZ ,2014. ABORDAJE DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL ALZHEIMER. Objetivos:** El propósito de este trabajo es establecer estrategias de Cuidados para ayudar a los enfermeros que están trabajando en diferentes entornos de Cuidados Agudos, crónicos y comunitarios de personas que están en diferentes etapas de Alzheimer. Metodología: los criterios de inclusión que se ha utilizado son: Guías, libros y artículos basados en evidencia Científicas. Guías dirigidas hacia Enfermería y Medicina. Conclusión: La enfermedad no se desarrolla de igual forma de un enfermo a otro por lo que es muy difícil realizar un plan de Cuidados estandarizados sin dejar fuera las particularidades de cada paciente.

Cada plan de cuidados se debe de hacer de forma individualizada, priorizando las características de cada sujeto de forma integral , no solo valorando las consecuencias de la enfermedad sino teniendo en cuenta lo relacionado con él (familia, hogar ,situación socio económica, disponibilidad de recursos ,etc.) para adecuar los Cuidados de Enfermería enfocados a todas las fases de la enfermedad de Alzheimer teniendo en cuenta lo escrito anteriormente .El papel de la Enfermera cobra importancia a la hora del Cuidado , ya sea en Centros Especializados o desde la Atención Primaria ,proporcionándole al cuidador ayuda y enseñándole además de ser un punto de apoyo .También deberá valorar su estado de salud para que este pueda la mejor calidad de Cuidado que estén estrechamente relacionado con su salud.(5)

**CAÑABATE,2014. LA DEMENCIA SENIL, EL ALZHEIMER Y EL DEMENTE. Objetivo:** El objetivo de esta tesis tiene su origen en los interrogantes que surgieron de mi primera incursión en el campo del deterioro senil en el año 2012 y que me sirvió para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) en Antropología Social. En aquella 1era aproximación se constató, en primer lugar, la existencia de dos líneas discursivas que se relacionan de nivel Transaccional: un discurso biomédico que considera la demencia senil la consecuencia de una enfermedad y un discurso popular que la contempla como un proceso natural relacionada con el envejecimiento. En segundo lugar, la investigación demostró que esta categoría debería observarse como un sistema de representación y prácticas que moldean una nueva concepción social vinculada a la vejez. La senilidad o el chocheo en la vejez no es un fenómeno nuevo. El cambio es la conceptualización este estado de pérdida cognitiva como situación morbosa. El deterioro senil aparece, desde hace cuatro décadas, como un concepto nuevo presente en la mirada Medica y por extensión, en la mirada social. Pero hasta unas décadas, la senilidad no era objeto de estudio de la Medicina. Actualmente, sin embargo, goza de una gestión técnica, farmacológica y Medica y su lugar natural es la Clínica. La biomédica ha inventado un nuevo régimen de enunciados que convierte desvarió a la vejez, la senilidad, en demencia senil como nuevo concepto. El deterioro senil ha sido tomado en consideración por la biomédica en general por las neurociencias en particular. Esta captura lo está colocando en un lugar inaccesible, por lo cada vez resulta más complicado comprender la demencia senil fuera de la caracterización médica. (6)

**SOSA,2016. DETERIORO COGNITIVO EN LA VEJEZ ¿FENOMENO NATURAL? Objetivo:** En este trabajo monográfico se aborda el

deterioro cognitivo leve (DCL) en el Adulto Mayor. Se realiza un recorrido conceptual sobre memoria atención y velocidad de procesamiento como elementos principales que se ven descendidos en el adulto mayor y determinan así el deterioro cognitivo se aborda específicamente como etapa más visible de este. Se estudia el declive de las funciones cognitivas en relación a la enfermedad de Alzheimer y las consideraciones en cuanto a su normalidad. Se realiza una revisión que integra a los factores biológicos con la necesidad de hacer hincapié sobre cuestiones sociales, que influyen directamente sobre el psiquismo de la persona afectada. Se afirma sobre el hecho de que los aspectos biológicos inciden en el DCL deben ser estudiados de manera integrada con la persona afectada y su entorno. Conclusiones: Con este trabajo se amplió sobre el deterioro cognitivo su relación con la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor, dando a conocer que la memoria y especialmente la memoria operativa también memoria de trabajo y la memoria episódica, de hechos recientes, son las más afectadas. Los aspectos biológicos no deben ser evaluados de forma aislada y si en relación con el entorno y contexto de la persona afectada. Si bien se sabe que la muerte neuronal excesiva causa la enfermedad de Alzheimer no se sabe cuál es el motivo por la cual las neuronas dan inicio a esta muerte masiva. Ese es uno de los motivos por los cuales no se podido avanzar hacia una cura, solo se logra estabilizar el daño ya realizado en el cerebro. La pérdida de memoria es apenas el deterioro de una de las funciones cognitivas, que podría estar o no relacionada a un DCL o una demencia. (7)

## 2.2 Marco Conceptual

### 2.2.1 DEMENCIA

a) **Definición:** La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. Las características:

Afectación precoz de la memoria

Deterioro múltiple y progresivo de las funciones superiores

Aparición de síntomas psiquiátricos /conducta.

Evolución progresiva hacia la pérdida de la independencia para las actividades de la vida diaria (AVD).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se trató sobre el significado de esta enfermedad:

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas

acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. (8)

## **b) Clínica y Diagnóstico**

Clínica:

1.Sintomas Cognitivos

2.Sintomas psiquiátricos y de comportamiento asociado.

3.Alteraciones funcionales.

1.Sintomas Cognitivos.

Amnesia: Pérdida memoria reciente-memoria remota. Dificultad para obtener información nueva.

Afasia: Trastorno de lenguaje para denominar y comprender la sintaxis tanto verbal como escrita, final mutismo.

Apraxia: Deterioro de la capacidad de ejecución de actividades.

Incapacidad para el manejo de objetos habituales.

Incapacidad para actividad constructiva de actos motores habituales

Agnosia: Dificultad para reconocer o identificar objeto y personas.

Alteración de las Capacidades Ejecutivas:

Incapacidad para ordenar la secuencia de actos que lleva a la ejecución material del pensamiento.

Desorientación espacio-tiempo.

Aprosexia: Incapacidad para mantener la atención.

### Síntomas Psiquiátricos y de comportamiento asociado:

- Depresión (20%-50)
- Manía (5-15%)
- Ideas delirantes (20-70%)+frecuentes de robo, abandono.
- Alucinaciones ((15-50%)+frecuentes visuales.
- Falsos reconocimientos significativos (23-50%) de si mismo, (sigo de espejo), presencia de extraños (huésped fantasma) considerar real lo que ve en tv.
- Trastorno de sueño (inversión del tiempo)
- Cambios de personalidad (exageración de rasgos previos)

### Trastorno del Comportamiento:

- Vagabundeo.
- Inquietud y agitación psicomotora.
- Comportamiento repetitivo
- Comportamiento anormal; gritos, etc.
- Trastorno comportamiento sexual.
- Trastorno de alimentación.

### Incontinencia de Esfínteres.

### Alteraciones Funcionales:

Aparecen desde los primeros estadios

### Actividades de la Vida Diaria (AVD):

Dominios Domesticas

Financieras

Control de Medicamentos.



## Manejo de aparatos

### Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD):

- Higiene
- Alimentación
- Deambulación
- Control de esfínteres

### Diagnósticos:

#### 1. Historia Clínica: Antecedentes

Anamnesis

Exploración Física

Exploración Neurofisiológica

Valoración Funcional

#### 2. Valoración Cognitiva: Mini mental State Examination

Minimental Test

Escala de Demencia de Blascal

Test del Reloj

#### 3. Valoración de los índices de Barthel

#### Discapacidades: Índice de Katz

Cuestionario AIVD

Cuestionario ABVD

### **c). Signos y síntomas**

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

**Etapa temprana:** a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- Tendencia al olvido;
- Pérdida de la noción del tiempo;
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

**Etapa intermedia:** a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

**Etapa tardía:** en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos;

- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- Dificultades para caminar;
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones

#### **d) tasas de demencia**

La demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos.

Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.

Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050. Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más.

#### **e) Tratamiento y atención**

No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Sin embargo, sí existen numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son:

- diagnosticarla precozmente para posibilitar un tratamiento precoz y óptimo;
- optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar;
- identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes;
- detectar y tratar los síntomas conductuales y psicológicos problemáticos;
- proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.

#### **f) Factores de riesgo y prevención**

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, la demencia no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Algunas investigaciones han revelado una relación entre la aparición de deterioro cognitivo y factores de riesgo relacionados con el modo de vida que también son comunes a otras enfermedades no transmisibles, como la inactividad física, la obesidad, las dietas malsanas, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, la diabetes y la hipertensión. Otros factores de riesgo potencialmente modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.

#### **g) Impactos sociales y económicos**

La demencia tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costos médicos y sociales directos y a los costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional. En 2015, el costo social total de la demencia a nivel mundial se estimó en US\$ 818 000 millones. Esta cuantía equivale al 1,1% del producto interior bruto (PIB) mundial. El costo total expresado como

proporción del PIB varía entre el 0,2% correspondiente a los países de ingresos bajos y medianos, y el 1,4% correspondiente a los países de ingresos altos.

### **Impacto en las familias y los cuidadores**

La demencia tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes.

### **h) Derechos humanos**

Con frecuencia a las personas que padecen demencia se les deniegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema. En muchos países, el uso de medios de inmovilización tanto físicos como químicos está a la orden del día en los hogares de atención para personas mayores o en los servicios de cuidados intensivos, aunque haya en vigor normativas que defienden el derecho de las personas a ver preservada su libertad y tomar sus propias decisiones.

Hace falta un marco legislativo apropiado y favorable basado en normas de derechos humanos internacionalmente aceptadas para garantizar la máxima calidad en la prestación de servicios a las personas con demencia y sus cuidadores.

### **Respuesta de la OMS**

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*

2017-2025, que establece una serie integral de medidas aplicables por los planificadores de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la propia OMS en ámbitos tales como: la sensibilización sobre la enfermedad y el establecimiento de iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia; la reducción del riesgo de demencia; su diagnóstico, tratamiento y atención; la investigación e innovación o el apoyo a los cuidadores de las personas con demencia.

- Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia

Se ha creado para los planificadores de políticas y los investigadores una plataforma internacional de vigilancia, el Observatorio Mundial de las Demencias, que facilitará el seguimiento y el intercambio de información sobre las políticas relacionadas con la demencia, la prestación de servicios, la epidemiología y la investigación.

La OMS ha creado iSupport, una solución de ciber salud que ofrece información y capacitación a los cuidadores de las personas con demencia. El primer estudio sobre la facilidad de uso y la efectividad de iSupport se está llevando a cabo en la India.

La demencia es también una de las afecciones prioritarias en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP), cuyo objetivo consiste en ampliar la atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios.

- Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)

Programa de la OMS.

## **2.2.2 CLASIFICACION DE LAS DEMENCIAS:**

### **Demencia Degenerativa Primaria**

- Alzheimer
- Parkinson

### **Demencia Vascular**

### **Demencia Secundaria:**

Son de etiologías diversas, tratables, el cuadro puede ser reversible.

Por infección: sida, encefalitis herpética, enfermedades prionicas (C. Jakob)

Por hidrocefalia

Metabólicas /endocrinas

Carencial déficit B12, ácido fólico.

Traumáticos: (TCE)

Esclerosis Múltiple

Por toxico (alcohol, monóxido de calcio)

### **Demencia Degenerativa Primaria**

#### **a) Alzheimer**

Según el Dr. José Luis Freitas, Director Médico del Centro Tiempo y

Espacio cita en un artículo que la enfermedad de Alzheimer:

Es la causa más frecuente de demencia en Occidente. El inicio de los síntomas suele darse a partir de los 65 años, aunque en algunos

pacientes puede darse a partir de los 40 años (en cuyo caso suele asociarse en formas hereditarias de la enfermedad, la cual puede suceder en un 25 % de los casos. (9)

Al principio la clínica se limita a deslices puntuales de memoria, pero después se establece una alteración de la memoria reciente (capacidad para almacenar nueva información y recuperarla, luego de un periodo de tiempo) y de la capacidad de aprendizaje y en el paso del tiempo se perderá también la memoria remota (para recordar sucesos lejanos) es la más común en el adulto mayor, fue descrita por primera vez en 1907 por el Médico alemán Alois Alzheimer.

Causas de la enfermedad:

- En la actualidad se desconoce la causa.
- Los últimos estudios científicos muestran evidencias de que se trata de una enfermedad de origen multifactorial.
- Aunque cada vez se está insistiendo más en un componente de carácter científico.
- Hasta el momento se han encontrado algunos que de un modo u otro son los causantes de la enfermedad.

Enfermedad hereditaria:

Solo en casos raros aproximadamente un 10% la enfermedad es familiar en cuyo caso la posibilidad de que un hijo sea portador de la alteración genética que provoca la enfermedad es del 50%. En los casos restantes, la inmensa mayoría, aunque existen algunos factores genéticos que pueden asociarse a un mayor riesgo de padecerla, la enfermedad se considera esporádica, es decir, de aparición independiente a la existencia o no de casos en la misma familia.



## Diagnóstico de Alzheimer

- Se hace sobre la base de síntomas característicos de la enfermedad.
- Puede confirmarse en estudios microscópicos una muestra de tejido cerebral después de la muerte.
- Trastornos del lenguaje, la llamada afasia.
- Dificultad para realizar los gestos que llamamos útiles o apraxia.
- Dificultad para reconocer o comprender el significado de cuando se ve se toca o agrafia.
- Indiferencia o ignorancia del problema.

## Síntomas de Alzheimer:

Los síntomas más comunes del Alzheimer son:

- Pérdida progresiva de la memoria
- Confusión y desorientación en el tiempo y espacio.
- Repetir a cada rato la misma pregunta.
- Perder las cosas o dejarlos escondidos en lugares poco usuales.
- Mostrar agitación, inquietud o nerviosismo.
- Quererse ir de la casa, argumentando que esta no es su casa.
- Perdersse o extraviarse, incluso en su propia colonia o vecindario.
- No poder reconocer a sus familiares cercanos: esposo, esposa, e hijos.
- Mostrarse cansado, callado, triste o deprimido.
- Mostrarse tenso, inquieto, irritable o agresivo.
- Mostrarse paranoico o sospechar de todo el mundo.
- Presentar alucinaciones, ver u oír cosas que no son.

## EL Cerebro de paciente de Alzheimer

El tejido cerebral muestra "nudos neurofibrilares" (fragmentos enrollados de proteínas dentro de las neuronas que los obstruyen)" Placas Neuróticas" (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están y que están muriendo otras células cerebrales y proteínas) y "Placas Seniles" (Áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas)

Estos cambios ocurren en cierto grado en todos los cerebros con la edad, se presentan muchos más en los cerebros de las personas con Alzheimer.

Una disminución de los neurotransmisores (sustancias secretadas por una neurona para envía los mensajes a otra neurona.)

## Prevención del alzhéimer

En la actualidad no existe una forma demostrada de la Enfermedad del Alzheimer.

Se está desarrollando una vacuna y los pasos iniciales están en marcha.

Actuales medicamentos pera el Alzheimer:

- Ningún tratamiento puede detener la enfermedad de Alzheimer.
- En las fases temprana y media de la enfermedad, medicamentos como el Trocrime, Dovepazol, Rivastigina o gentamine, puede prevenir el empeoramiento de algunos síntomas durante un tiempo limitado.
- También algunos medicamentos pueden ayudar a controlar conductas sintomáticas de la enfermedad de Alzheimer como el insomnio, la agitación, la deambulación, la ansiedad y la depresión.

- El tratamiento de otros síntomas frecuentemente hace que los pacientes se sientan más cómodos y facilita su Cuidado para las personas que lo atienden.

Complicaciones en pacientes con Alzheimer:

- Pérdida de la capacidad de cuidarse a sí mismo.
- Escaras.
- Fracturas.
- Contractura muscular.
- Incremento de la frecuencia de infecciones.
- Disminución de la expectativa de vida.
- Abuso por parte del cuidador.
- Efectos secundarios por el medicamento.
- Años de vida en los pacientes con Alzheimer:
- Como promedio 10 años desde la aparición de los síntomas.
- La evaluación es variada y oscila entre uno y dos años (tan inhabitual que debe plantearse otros diagnósticos) y hasta 20 años.
- La expectativa de vida está disminuida sobre todo en las formas de inicio (antes de los 60 años)

## **b) Enfermedad de Parkinson**

Según Medineplus una entidad en temas médicos, la enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como Dopamina.

(10)

Algunos casos son genéticos pero la mayoría no parece darse entre miembros de una misma familia.

Los síntomas comienzan lentamente en general, en un lado del cuerpo. Luego afecta ambos lados.

Algunos son:

- Temblor en las manos, los brazos, las piernas .la mandíbula y la cara.
- Rigidez en los brazos, las piernas y en el tronco.
- Lentitud de los movimientos.
- Problemas de equilibrio y de coordinación.

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples. También pueden tener problemas de como depresión, trastornos del sueño o dificultades para masticar, tragar o hablar

No existe un examen de diagnóstico para esta enfermedad. Los doctores usan el historial del paciente y un examen neurológico para diagnosticarlo.

La enfermedad de Parkinson suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer antes. Es mucho más común entre los hombres que entre las mujeres. No existe una cura para la enfermedad de Parkinson. Existen diversas medicinas que a veces ayudan a mejorar enormemente los síntomas.

En casos severos una cirugía y estimulación cerebral profunda (electrodotos implantados en el cerebro que envían pulsos para estimular las partes del cerebro que controlan el movimiento) pueden ayudar.

## **b) Demencia Vascular**

Según la Universidad Internacional de Valencia VIU, la demencia vascular es considerada el segundo tipo de demencia en el Mundo, esta ocasionada por la afectación del flujo sanguíneo al cerebro, tal como ocurre con el Ictus, pero también por otros eventos menos evidentes, que el daño que provoca la diabetes. (10)

La demencia vascular a diferencia con lo que ocurre con la enfermedad de Alzheimer, al comienzo no afecta la memoria, sino otros procesos cognitivos, como las funciones ejecutivas. Puede progresar de forma escalonada, con periodos de cierta estabilidad a los que le siguen etapas de un deterioro marcado, posiblemente debido a nuevos eventos vasculares.

La demencia vascular, es debida a un Accidente Cerebrovascular múltiples episodios que provoca que la circulación sanguínea deje de regar una parte del cerebro, lo que causa la muerte de las neuronas afectadas.

Esta es una de las pocas demencias que se pueden prevenir evitando o controlando los factores de riesgo como la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia, que puede prevenir la aterosclerosis, o la diabetes, para reducir así la posibilidad de producirla en el futuro.

De hecho, existen estudios que demuestran que un correcto tratamiento de la hipertensión arterial disminuye la aparición de deterioro cognitivo y el riesgo de demencia.

Diagnóstico de la Demencia Vascular: Resonancia Magnética, demuestra múltiples lesiones en la corteza cerebral y en las estructuras subcorticales.

Existen 2 tipos de Demencia Vascular:

1. Por infartos múltiples (isquémico)

2. Relación con vasos pequeños y microangiopatías (hemorrágico)

### **2.2.3 Cuidado de Enfermería en los Pacientes con demencia**

La gente mayor que sufre deterioro cognitivo avanzado o algún tipo de demencia presenta unos **riesgos de salud** asociados que otras personas no tienen. Conviene conocerlos y evitarlos en la medida de lo posible.

Desde la perspectiva asistencial los cuidados, liderados y coordinados por una enfermera, siempre ha de ir orientados a que el enfermo logre el mayor bienestar ya que con ello se contribuye a un enlentecimiento de su proceso demencial.

Según el equipo de Enfermería del Centro Geriátrico María Gay estos son los Cuidados de Enfermería para Personas Mayores con Demencia. (11)

a) Riesgos relacionados con la alimentación, hidratación:

- **Desnutrición o mala nutrición.** Puede ser que se olviden de comer o que se alimenten mal, comiendo solo las cosas que les apetecen o las que tienen más a mano, y agravando otras patologías que puedan sufrir como: diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión, etc. Puede ser útil esconder los alimentos que les perjudican y facilitar el acceso a los que les benefician.
- **Deshidratación.** De la misma manera que ocurre con la comida, las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia pueden olvidarse de beber, entre otras cosas porque no reconocen la sensación de sed. Algunos síntomas de deshidratación pueden ser mareos, confusión o piel reseca. Hay que asegurarse de que beben líquidos durante todo el día, adaptando la textura si hay problemas de deglución.

- **Problemas de deglución o disfagia.** A medida que la demencia o el deterioro cognitivo avanza la mayoría de las funciones corporales se ven alteradas y, entre ellas, el mecanismo de la deglución. Esto conlleva riesgo de atragantamiento y muerte. Cuando hay problemas de disfagia se deben tener en cuenta una serie de medidas higiénicas, posturales y dietéticas.

#### **b) Riesgos de caídas:**

El riesgo de caídas en personas mayores es superior al del resto de población porque les cuesta más moverse, por problemas de visión, etc. En el caso de las personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado el **riesgo es superior** porque presentan más problemas de movilidad. Para evitar caídas podemos tomar algunas medidas preventivas:

- **Evitar los obstáculos**, objetos o cables por el suelo, para facilitar la deambulación (caminar), siempre que ésta sea posible y tolerada. En trayectos largos es más recomendable el uso de silla de ruedas.

Tener una **buena iluminación**: sobre todo en los lugares de paso. Además, por la noche, es conveniente tener alguna luz encendida en el dormitorio, pasillo y cuarto de baño.

- **Evitar alfombras** y superficies que hagan resbalar.

Próximamente ofreceremos más consejos en relación a la adaptación del espacio en un artículo sobre cuidados de terapia ocupacional en casa.

#### **c) Riesgos de Infección y Úlcera:**

Hay que vigilar especialmente la **higiene** y las **posibles úlceras** en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado porque llega un momento en el que se olvidan de la higiene y cada vez

permanecen más tiempo inmóviles. En este sentido algunos consejos son:

- En caso de inmovilidad hay que utilizar **cojines anti escaras** durante la sedestación, protección de talones y colchón anti escaras durante el decúbito. Si la persona está en decúbito (estirada) y no se mueve, habrá que hacerle **cambios posturales**.
- Tener en cuenta la **higiene diaria** de partes íntimas, pliegues cutáneos y mucosas (boca, zona inguinal...), y mantener la piel limpia, seca y bien hidratada. Es recomendable duchar a la persona una o dos veces por semana. De esta manera controlaremos el riesgo de que sufra **infecciones**.
- Si se utilizan **pañales**, hay que cambiarlos cada 3-4 horas e intentar sentar a la persona en el inodoro para facilitar la evacuación. Se debe evitar siempre la retención de orina durante más de 4 horas y vigilar las deposiciones. Es conveniente la eliminación fecal cada día y, en todo caso, cada tres como máximo. Si fuera necesario se puede administrar un laxante.

#### **d) Riesgo en su Integridad Física:**

- En caso de agitación, no discutir con el paciente, ni tratar de tocarle de repente sino redirigir la atención del paciente hacia otras fuentes de interés e ir acercándose lentamente, para llegar a él, abrazarle y calmarle.
- Si el paciente presenta ilusiones y/o alucinaciones, un problema en algunas fases de estos pacientes con demencia, al cambiar de ambientes, por alguna otra enfermedad (comorbilidad) que puede conllevar los adultos mayores, a hospitalizarse pueden ser tratadas farmacológicamente, observando cuidadosamente estos factores desencadenantes del nerviosismo y agitación del paciente. previniendo alteraciones en su salud. Detectar precozmente



posibles complicaciones. Se hace necesario la contención física en miembros superiores y/o tórax para evitar riesgo de caídas, al lado de un familiar o acompañante.

#### **2.2.4 TEORIA DEL CUIDADO SEGÚN JEAN WATSON**

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del Cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Watson definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

**SALUD:** tiene que ver con una unidad y armonía entre cuerpo y alma(espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

**PERSONA:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto socio cultural es preponderante para el cuidado del paciente.

**ENTORNO:** Espacio de la curación Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro, imaginado)

**ENFERMERIA:** Watson afirma que la práctica cotidiana de enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística- científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la esencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de otra persona. (12)

### **2.3 Definición de Términos:**

- **Amnesia:** Pérdida memoria reciente, memoria remota. Dificultad para retener información nueva.
- **Afasia:** Trastorno del lenguaje, dificultad para denominar y comprender la sintaxis tanto verbal como escrita. Final mutismo.
- **Apraxia:** Deterioro de la capacidad de ejecución de actividades. Incapacidad para el manejo de objetos habituales. Incapacidad para actividades constructiva de actos motores habituales.
- **Agnosia:** Dificultad para reconocer o identificar objetos y personas.
- **Aprosexia:** Incapacidad para mantener la atención.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos:**

Para la realización del presente Trabajo Académico se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, en los siguientes documentos.

- Libro de Estancias de la Unidad.
- Revisión de Historias Clínicas.
- Cuaderno de Altas de los Pacientes Correspondientes a los años 2015, 2016, 2017.
- Se procesó la información mediante el conteo de datos, cuadros estadísticos mensuales –trimestrales y anuales en cifras numéricas y porcentuales para obtener la información para el Trabajo Académico.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

##### **RECUENTO EXPERIENCIA PROFESIONAL**

En la Institución donde laboro ingrese como Auxiliar de enfermería el año 1988.

Por Convenio entre el Ejército y la Universidad Alas Peruanas estudie terminando el 2010, cambio de condición a Profesional de Enfermería en el enero 2012. Empiezo mi labor como enfermera Asistencial en los pisos de Cirugía hasta el 2013, en el 2014 empiezo a trabajar en Área de Medicina Interna, también

Como Enfermera asistencial por más de 4 años en la UUHH A-3-1 del Hospital Militar Central. Años 2015,2016,2017, cada día termino

muy a gusto mis funciones que se relacionan con el servicio directo hacia las personas.

## DESCRIPCIÓN ÁREA LABORAL

El Hospital Militar es un establecimiento de Salud nivel III de complejidad que brinda atención a población militar, familiar y civil.

Se encuentra ubicada en Av. Pershing s/n en el distrito de Jesús María provincia de Lima, tiene 59 años de funcionamiento.

Nos encontramos con innovaciones, de Tecnología de Equipos de informática en cuanto al alta e ingreso de pacientes, pero solo a un 50%.

En cuanto al Registro de enfermería en la historia clínica se elabora bajo los diagnósticos NANDA, NIC, NOC, esta documentación es nueva tiene solo dos años de vigencia.

## FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD:

### a) Área Asistencial

- Proporcionar cuidado integral de enfermería basados en las necesidades de salud del paciente del servicio de medicina utilizando el PAE.
- Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y mental del paciente.
- Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería, con base a evidencias científica, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de calidad.
- Participar en las rondas de enfermería.
- Desarrollar intervenciones de enfermería, durante su hospitalización del paciente demostrando calidez en el trato

- Participar en la visita médica informando el estado del paciente.
- Ejecutar procedimientos técnicos en la atención directa del paciente (SNG, venoclisis, curaciones) y otros.
- Administrar las prescripciones médicas y tratamiento a los pacientes en forma oportuna e eficiente.
- Brindar educación continua al paciente y familia en aspectos de su autocuidado.
- Registrar las ocurrencias, reportes e información de enfermería de acuerdo a normas para facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Actuar en situaciones de emergencia y desastres de acuerdo a normas establecidas.
- Cumplir con las comisiones especiales asignadas por el personal de mayor jerarquía.

#### b) Área Administrativa

- Desarrollar acciones en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- Realizar el diagnóstico situacional de su servicio.
- Controlar analizar y reportar los resultados de la producción, indicadores y calidad de la atención de enfermería.
- Integrar los comités técnicos del departamento de enfermería.
- Participar en las reuniones técnicas administrativas convocadas por el departamento de enfermería.
- Realizar la estadística mensual de la estancia de los pacientes.

c) Área Docencia

- Supervisar el desarrollo de actividades del personal técnico y auxiliar de enfermería.
- Participar en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería en el pre y post grado asignados a su servicio.
- Evaluar el desempeño del personal de enfermería de la UUHH a su cargo, acorde a las normas institucionales.
- Evaluar el uso y manejo de los registros de enfermería en la historia clínica.
- Controlar el adecuado foliado de las historias clínicas de egreso.
- Fomentar las buenas relaciones interpersonales con el equipo de salud.

d) Área Investigación

- Participar en las actividades de investigación y capacitación permanente tendientes a mejorar la atención de enfermería que se presta al paciente.
- Elaborar y aplicar las guías de intervención e instrumentos de enfermería basados en evidencia científica.

**3.3 Procesos realizados en el tema del Trabajo Académico:**

En el Hospital Militar Central en el servicio de Medicina-Geriatría, Clínica de Varones A-3-1, se atienden pacientes de diferentes patologías y agregados a estas patologías tienen como antecedente Demencia, la mayoría de pacientes que ingresan son Adultos Mayores y son de Emergencia, son menos los ingresos de Admisión. Estos pacientes de Emergencia ingresan a partir de las 3pm. al servicio del A-3-1, Antes previamente hubo un reporte vía telefónica sobre el estado de salud del paciente, motivo de su

ingreso, la gran mayoría viene por Neumonías, Infecciones Urinarias, Insuficiencias renal, Diabetes Mellitus Descompensada, septicemias. Y antecedentes.

La habilidad y destreza que adquirí en el arte del Cuidado de Enfermería en el Adulto mayor con Demencia sin dudarlo ni un momento lo aprendí en la práctica diaria de mis colegas profesionales de Enfermería , ya laboraban unos 2 o 3 años en el servicio y la experiencia de ellas las valore en el Cuidado de dichos pacientes, como lo sostiene una actual teórica de Enfermería Jean Watson ,hay que darle un sentido coherente y consistente a la enfermería como una ciencia humana y a la vez científica .Como profesional de enfermería la experiencia Clínica al haber tratado a estos pacientes adultos mayores con demencia me ha permitido mejorar la toma de decisiones en el cuidado de estos pacientes.

Cuando recién ingresé a laborar en este servicio, una tarde como muchas ingresó un paciente de Emergencia por Infección del Tracto Urinario (ITU) me reportaron que tenía como antecedente Demencia entonces deduje que era un paciente de difícil manejo con respecto al Cuidado de Enfermería

Al ingresar al servicio donde laboro, se recibe al paciente se valora integralmente mientras instalo al paciente ,se le controla funciones vitales ,están los familiares atentos por el paciente que se quedara hospitalizado aprovecho de hacer unas preguntas puntuales a los familiares , aparentemente se muestra tranquilo no se observa ningún síntoma de alarma de demencia tipo Alzheimer ,los familiares se quedan por una o dos horas , en ese lapso los familiares lo tratan con cariño hay esa memoria emocional que los pacientes con Alzheimer que no olvidan luego lo dejan solo , a los

15 minutos lo vuelvo a observar, si bien al instalarle tenía barandas por su seguridad ahora , se muestra inquieto , comienza a agitarse a quererse aventar de la cama, habla incoherencias ,se le ve agitado muy confuso, aunque estaba con barandas no tenía, sujeción mecánica, y quería aventarse de la cama con mi poca experiencia ,me hizo olvidar de algunas fase de esta enfermedad mis colegas, también las técnicas de enfermería, vienen inmediatamente, es un paciente que no pasa de 75 años aparentemente todavía con muchas fuerzas y alto ,se le acomoda , se le da confort ,se le sujeta y la vez que me mencionan más características de este tipo de paciente, se le llama al Médico de Piso para el tratamiento respectivo ,por el estado de agitación psicomotriz se encuentra ahora en una crisis aguda y se torna complicada el brindar un cuidado de Enfermería y evitar riesgos y complicaciones en el paciente. Un Cuidado de 10 a 15 minutos en su estado de crisis que curso con trastornos conductuales y psíquicos de difícil manejo, producto de su demencia.

El paciente que fue valorado de Grado de Dependencia II, ahora se convirtió en III, por su demencia grave, requiere entonces una supervisión constante su manejo se hace complejo, la demanda como profesional Asistencial es Alta, y ahora la Elaboración del Proceso de Enfermería es hasta de más de dos Diagnósticos de Enfermería, mediante la Taxonomía del NANDA, NIC, NOC, como se refleja en la historia clínica, en los registros de Enfermería.

Como enfermera, también me resulta frustrante ver a la familia que en algunos aspectos estoy de acuerdo reclamar por lo que ven a su familiar sujetado, ellos lo sueltan y al cabo de unos minutos ya se encuentra el paciente sin vías endovenosa de acceso, etc.



Se les hace entender el motivo de dichas sujeciones felizmente llegan a entender. También se les hace hincapié que por su trastorno y las características de su demencia y agregado a otra enfermedad motivo de su ingreso, el paciente debería estar con un familiar o un cuidador especial.

Además, al ingresar de emergencia se obvia sus antecedentes para seguir cumpliendo con su tratamiento. Y algunos familiares recién se enteran aquí que existe esta enfermedad de demencia en los pacientes.

Algo que siempre escucho de los familiares referente al paciente que mi esposo, padre, hermano” ha sido la persona más juiciosa, de un buen carácter, amable, sufro mucho ver día a día su deterioro físico y mental”.

El medico de piso deja tratamiento indicado, luego de cumplir el tratamiento, el paciente aún sigue gritando y llamando y hablando por el supuesto nombre de un familiar, poco efecto le hace el tratamiento, se le cumple el tratamiento para el diagnóstico del ITU. A los dos o tres horas le hace efecto a veces, toda la noche no descansa y otros pacientes más jóvenes refieren “Lic. De enfermería Ud. Cree que he podido dormir con tanto grito”.

Para que se cumpla el tratamiento sobre su Alzheimer, tiene que pasar primero por la interconsulta a Salud Mental de eso son dos o tres días más para ser contestada la interconsulta y el paciente tiene varios episodios de crisis aguda, por su Alzheimer.

Y volvamos al Cuidado de Enfermería canalizar nuevamente a este paciente en una etapa crítica hay que hacerlo entre dos personas, esta parece tan atento a no dejarse canalizar que lo “están

matando” refiere, se cumple el tratamiento endovenoso, de hidratación, comodidad confort,

Particularmente como profesional ya con experiencia, siento con ellos mucha compasión de que en cualquier momento se puede desencadenar un episodio agudo por su demencia, pero si tú le quieres comunicar en su cuidado una palabra de aliento, que de todas maneras siempre les comunico, que tal medicamento lo va mejorar esa información no la asume no la va retener, no lo va asumir para la mejora interna de su salud ,ahora mucho depende de mí arte del Cuidado en beneficio de estos adultos mayores ,me toca trasmitirle como a todos los pacientes pero a ellos dos veces, como menciona la teórica Jean Watson en su Filosofía y ciencia de la Asistencia ,que debe ser aplicada en estos pacientes con Demencia para una mejora continua en su salud.

#### **Limitaciones:**

-Pero tampoco no existe un Programa para este tipo de pacientes particularmente en el Hospital Militar Central al corroborar al conversar con los Doctores Jefes de la especialidad, de salud Mental y poder evitar complicaciones en su salud general de estos pacientes que siempre recaen y se hospitalizan constantemente, porque se agrava con otras enfermedades.

- Como lo he mencionado aquí en el Hospital Militar hay pocos profesionales de la especialidad y demora nuevamente indicarles el tratamiento que ya tiene en casa.
- Hay ausencia de un Médico permanente.
- -Hay o existe una obstaculización de los familiares. Falta un programa de cuidador permanente.

- Falta de recursos de Personal de enfermería, medicamentos adecuados para estas patologías, camas seguras.

**Innovaciones:**

- Hojas de registros de enfermería con la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.
- Instalación de Software para manejo de tramites hospitalarios en el uso de Historia Clínica.
- Uso de Internet para el uso del servicio.

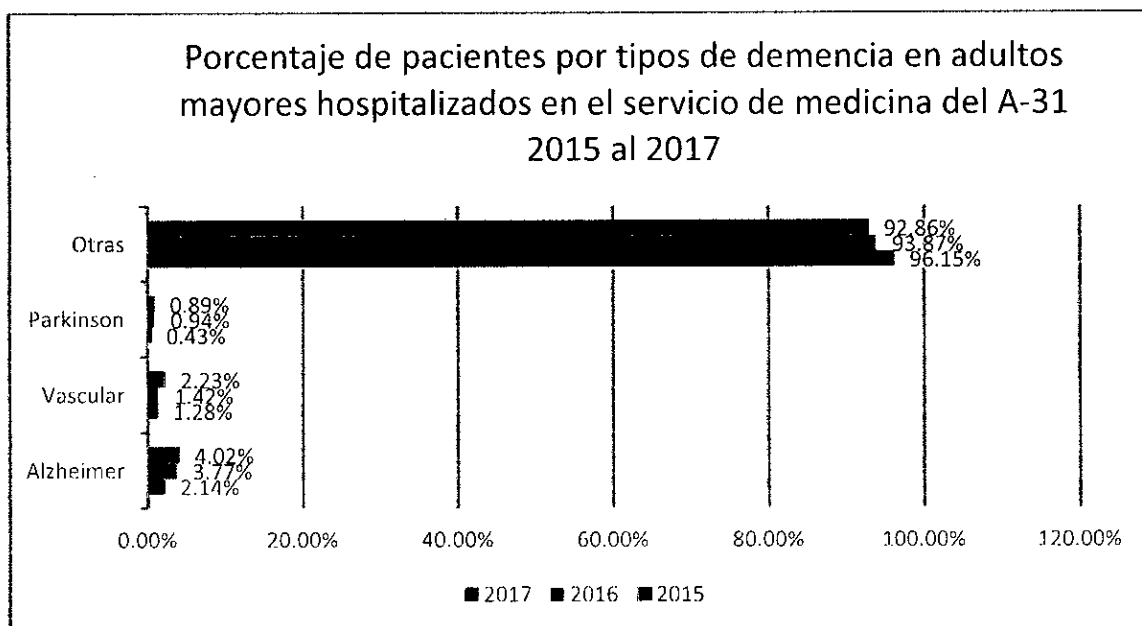
## IV. RESULTADOS

**Cuadro 4.1**

**Distribución según incidencias en los tipos de demencia en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina A-3-1, 2015-2017**

TIPOS DE DEMENCIA	AÑO					
	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alzheimer	05	2.14	08	3.77	09	4.02
Vascular	03	1.28	03	1.42	05	2.23
Parkinson	01	0.43	02	0.94	02	0.89
Otras	225	96.15	199	93.87	208	92.86
Total	234	100	212	100	224	100

Fuente: Historia Clínica



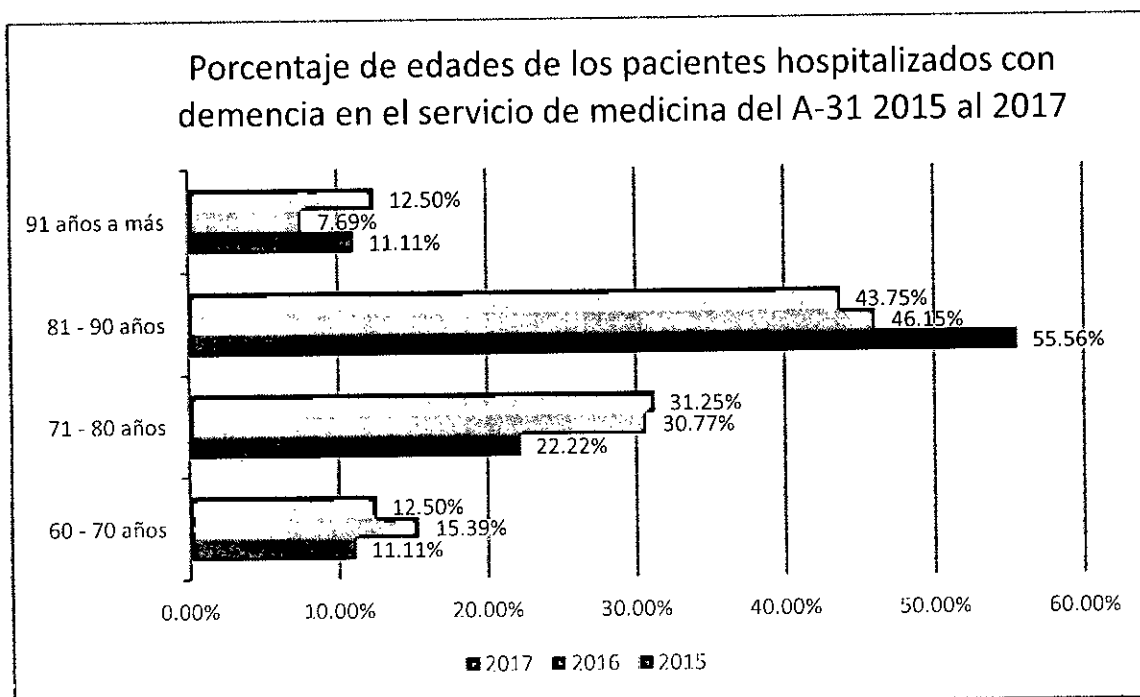
En el cuadro 4.1 observamos que durante los años 2015 al 2017 el tipo de demencia más prevaleciente es la de Alzheimer seguido por la demencia vascular y al último la demencia de Parkinson.

### Cuadro 4.2

**Distribución según edad de pacientes en demencia hospitalizados en el servicio de medicina A-3-1, 2015-2017**

GRUPO DE EDADES	AÑO					
	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-70 años	01	11.11	02	15.39	02	12.5
71-80 años	02	22.22	04	30.77	05	31.25
81-90 años	05	55.56	06	46.15	07	43.75
91 a más años	01	11.11	01	7.69	02	12.5
Total	09	100	13	100	16	100

Fuente: Historia Clínica



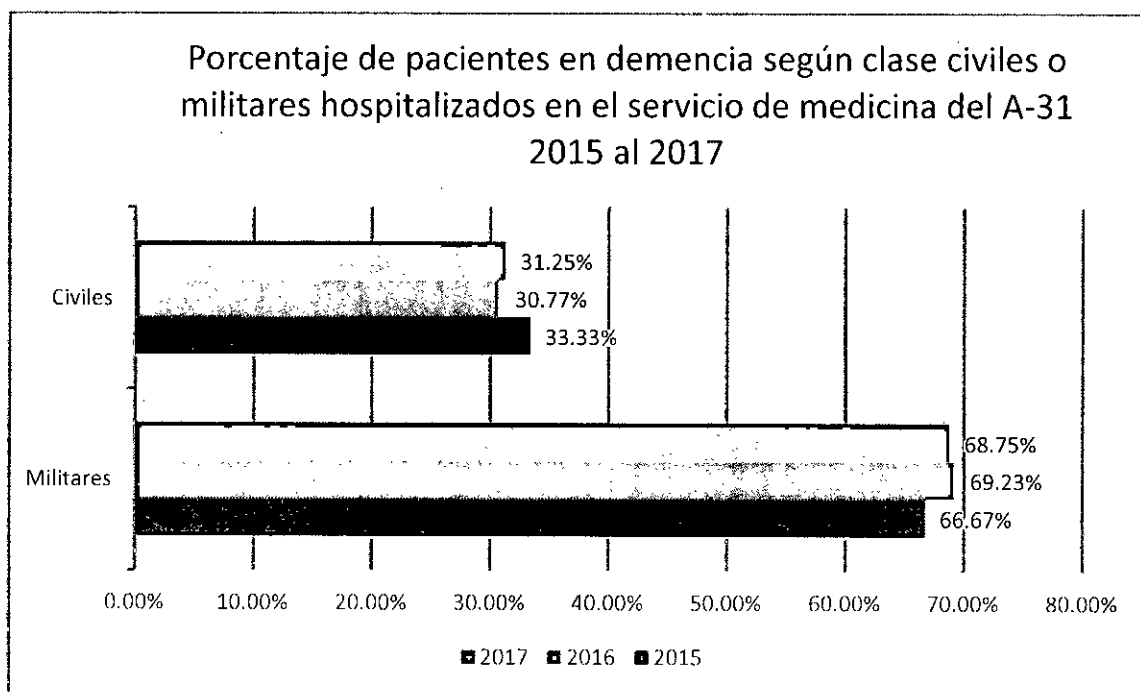
En el cuadro 4.2 se observa que el porcentaje de edad que es más prevalece en los pacientes de demencia en los años 2015-2017 es el grupo de edades de 80 a 90 años con el 43.75% comparado a los otros grupos de edades.

### Cuadro 4.3

#### Distribución de pacientes con demencia civiles y militares hospitalizados en el servicio de medicina A-3-1, 2015-2017

TIPOS DE DEMENCIA	AÑO					
	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Militares	06	66.67	09	69.23	11	68.75
Civiles	03	33.33	04	30.77	05	31.25
Total	09	100	13	100	16	100

Fuente: Historia Clínica



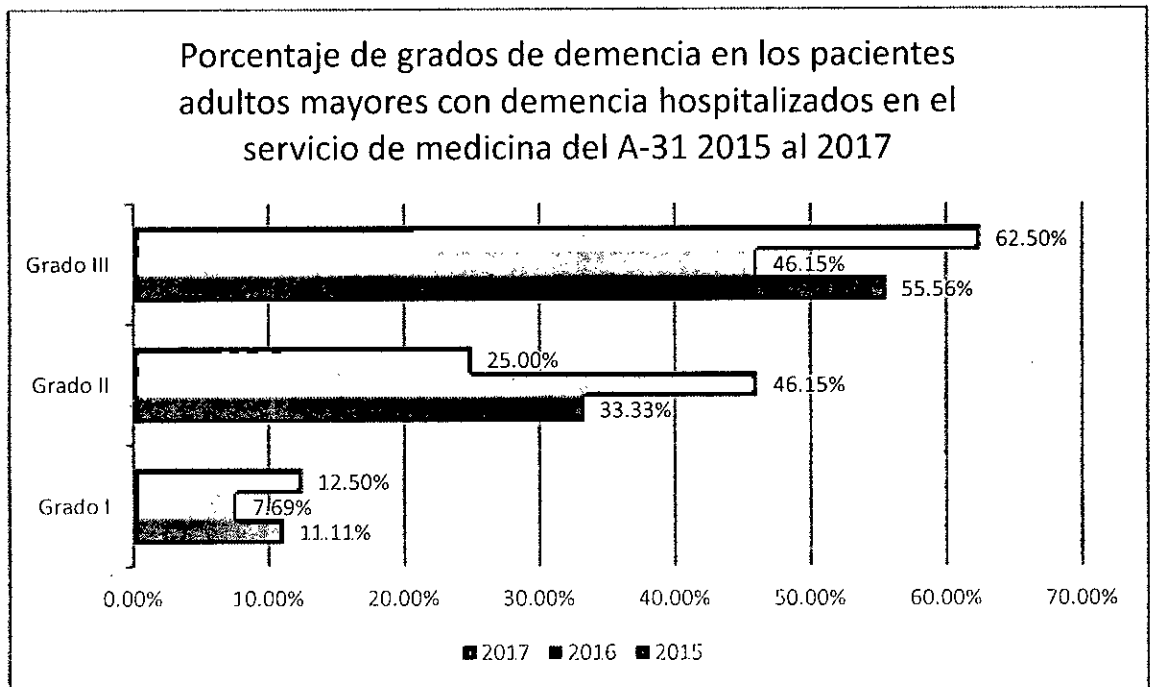
En el cuadro 4.1 observamos que durante los años 2015 al 2017 también se internan los pacientes civiles, familiares padres de militares con un porcentaje del 31.25% del total de pacientes, frente a los 68.75% de militares.

**Cuadro 4.4**

**Distribución según los grados de demencia en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina A-3-1, 2015-2017**

GRADOS DE DEMENCIA	AÑO					
	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grado I	01	11.11	01	7.69	02	12.5
Grado II	03	33.33	06	46.15	04	25
Grado III	05	55.56	06	46.15	10	62.5
Total	09	100	13	100	16	100

Fuente: Historia Clínica



En el cuadro 4.4 se observa que la valoración que se le da a los pacientes al ingreso corresponden al grado III de dependencia desde el año 2015 al 2017 en el servicio de Medicina-Geriátrica del A-3-1.

## V. CONCLUSIONES

- a) Encontramos que en el servicio de Medicina Interna –Geriatría del A-3-1 del Hospital Militar Central que los Adultos Mayores con Demencia los pacientes de Alzheimer son los pacientes más numerosos le sigue los pacientes de Demencia Vasculares los de menor cantidad son los pacientes con demencia de Parkinson
- b) A medida que las etapas de la demencia aumentan el grupo de edades que se aprecia más notorio es de 81 a 90 años alcanzando un 43.75% del total de pacientes, con un grado de dependencia III todos ellos están relacionadas con otras patologías y alta comorbilidad.
- c) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permite que la enfermera desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales, y actitudinales para brindar un Cuidado de calidad, eficiente



## **VI. RECOMENDACIONES**

### **a) A LOS PROFESIONALES**

- Implementar programas de actualización y capacitación continua en cuidado del paciente con demencia.
- Difundir los aportes del presente trabajo Académico al departamento de enfermería del Hospital Militar Central y unificar criterios en otros servicios de Hospitalización.

### **b) A LA INSTITUCION**

- Se recomienda a la Institución que promueva las Capacitaciones continuas de acuerdo a las necesidades y requerimientos
- Unificar criterios y oficializar el concepto de familia y/o acompañante en el Hospital Militar Central y que no dependa del personal de salud, sino que debe estar aprobado por protocolo. Y elaborar guía de cuidados.

### **c) AL SERVICIO**

- Actualización permanente incentivando la educación continua en el servicio de Medicina Interna sobre todo en el personal reciente ingreso, internos y alumnos de enfermería.
- Mantener actualizados los registros de estadísticas del servicio de Medicina Interna, esto permitirá obtener información exacta y para la realización de futuros estudios.

## VII. REFERENCIALES

1. NIH, National Institute of Neurological Disorders and Stroke: las demencias. Esperanza en la investigación. Trastornos Neurológicos citado octubre 2017. Disponible en:  
<https://www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm>
2. Esther Alice Jiménez Zuñiga. Tesis: Manera de Cuidar de la enfermera para el paciente hospitalizado desde la Perspectiva del estudiante de Residencia Hospitalaria Vera Cruz-México, Tesis para optar el grado de Dra. En Ciencias de Enfermería Perú, Universidad Nacional de Trujillo, 2013.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) "el número de personas que padecen demencia se triplicara en los próximos 30 años. Comunicado de Prensa .7 de diciembre 2017. Ginebra. citado 4 de enero 2018 Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/dementia-triple-affected/es/>
4. Marta Marchal Muñoz. Enfermedad Neurológicas más frecuentes en la vejez, cuidados enfermeros. Tesis Titulación Grado de Enfermería. España Universidad de Murcia, 2014
5. Rubén Fernández Rodríguez. Abordaje de los cuidados enfermeros en el Alzheimer, Master en Enfermería. España, Universidad de Murcia, 2014.
6. María de Pilar Cañabate, La demencia senil, el Alzheimer y el demente. Tesis de Doctorado en enfermería, España, Universidad de Barcelona ,2014.
7. María José Sosa Sosa. Tesis Deterioro Cognitivo de la Vejez ¿fenómeno natural? Titulación en Psicología Uruguay, Universidad Republica Uruguay, 2016.

8. Organización mundial de la salud. Demencia. Notas descriptivas. Citado enero 2018, Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

9. MedlinePlus NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU.Parkinson, definición. Citado enero 2018, disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html>

10. Universidad Internacional de Valencia Demencia tipos y síntomas fundamentales. Visitado 13 de diciembre. Disponible en:

<https://www.universidadviu.es/demencias-tipos/>

11. Equipo de Enfermería del Centro Geriátrico María Gay. Cuidados de enfermería en pacientes con demencia. Atención a los mayores. Citado el 11 de diciembre del 2017.Disponible en:

<http://atencionmayores.org/cuidados-enfermeria-personas-mayores-demencia/>

12.Teoria del cuidado Jean Watson. Citado noviembre 2017. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/myriamrusso67/filosofa-y-ciencia-del-cuidado-jean-watson>

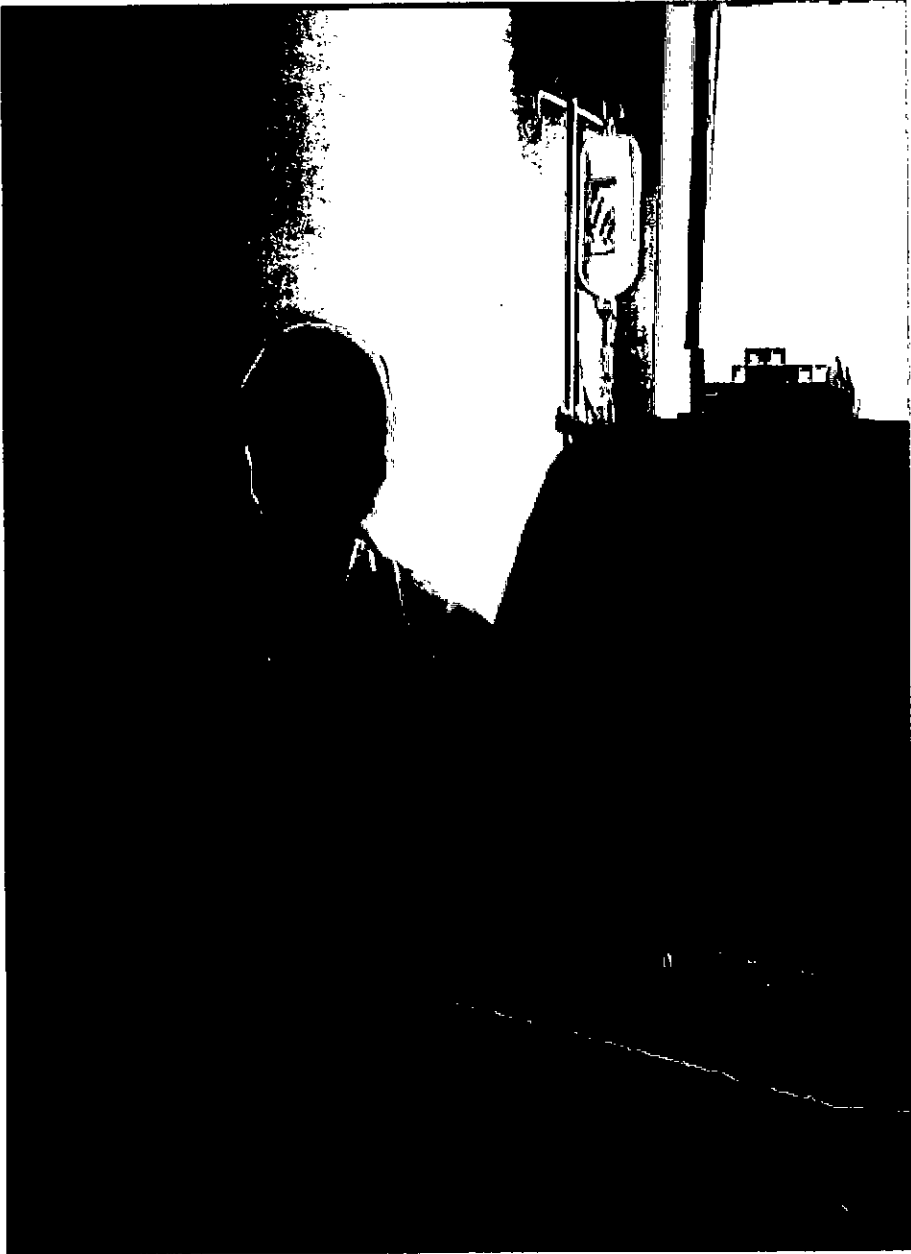
# **ANEXOS**

## Anexo N° 1

### Diagnóstico de Enfermería

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Objetivos NOC</b>
<p><b>Dx: 00129</b> Confusión Crónica R/C Deterioro neurológico por envejecimiento. Manifestado un Deterioro global de las funciones mentales superiores.</p> <p><b>Definición:</b> Deterioro irreversible, progresivo del intelecto, personalidad caracterizado por la reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelecto</p> <p><b>Dominio 05</b> Percepción/Cognición</p> <p><b>Clase 04:</b> Cognición.</p> <p><b>Problema de Salud:</b> dependiente.</p> <p><b>Sistema de Enfermería:</b> Parcialmente compensatorio-Educación</p>	<p><b>NOC: 6460</b> Manejo de Demencia</p> <p>Identificar los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo.</li> <li>• Proporcionar un ambiente de baja estimulación.</li> </ul> <p><b>NIC 6450</b> Manejo de las ideas delirantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación interpersonal de confianza</li> <li>• Proporcionar comodidad y tranquilidad</li> <li>• Comprobar la capacidad de AC.</li> <li>• Proporcionar actividades recreativas que requieran atención o habilidad</li> <li>• Vigilar el estado físico del paciente</li> </ul> <p><b>NIC 6670</b> Terapia de validación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la fase del deterioro cognitivo del paciente.</li> <li>• Escuchar con empatía</li> <li>• Mantener el contacto visual</li> <li>• Utilizar el tacto de apoyo.</li> </ul>	<p><b>NOC: 0920</b> Nivel de demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para recordar hechos recientes.</li> <li>• Dificultad para encontrar el camino a lugares conocidos</li> <li>• Dificultad para mantener una comunicación</li> <li>• Dificultad para la resolución de problemas.</li> </ul> <p><b>NOC: 0901</b> Orientación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se auto identifica</li> <li>• Identifica Familiares</li> <li>• Identifica el lugar en donde está</li> <li>• Identifica Eventos Actuales.</li> </ul> <p><b>NOC: 0121</b> Desarrollo: Adulto Mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene función cognitiva.</li> <li>• Mantiene habilidades del lenguaje.</li> <li>• Se adapta a las necesidades</li> </ul>

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Objetivos NOC</b>
<p><b>Dx:</b> Deterioro de la memoria r/c deterioro de las funciones mentales superiores evidenciado por incapacidad de aprender nueva información y pérdida de la memoria.</p> <p><b>Definición:</b> Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales</p> <p><b>Dominio 05:</b> Percepción/cognición.</p> <p><b>Clase 04:</b> Cognición</p>	<p><b>NIC 4760</b> Entrenamiento de la Memoria</p> <p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar experiencias pasadas</li> <li>• Técnicas de memoria adecuadas: Imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, utilización de etiquetas.</li> <li>• Proporcionar entrenamiento de orientación</li> </ul> <p><b>NIC 4720</b> Estimulación cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con otros</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona</li> <li>• Reforzar o repetir la información</li> <li>• Estimular el desarrollo</li> </ul> <p><b>NIC 6460</b> Manejo de la demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados.</li> <li>• Determinar historial físico, social y psicológico.</li> <li>• Monitorizar alimentación y peso</li> </ul>	<p><b>NOC 0916</b> Nivel de delirio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación temporal.</li> <li>• Desorientación espacial</li> <li>• Actividad psicomotora.</li> <li>• Deterioro de la memoria.</li> <li>• Dificultad para seguir ordenes complejas</li> <li>• Dificultad para interpretar estímulos del entorno.</li> <li>• Verbalizaciones sin sentido</li> </ul>



FUENTE: Elaboración Propia

## GRADO DE DEPENDENCIA DE PACIENTE

NECESIDADES	PUNTAJE
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Se alimenta solo	1
Requiere ayuda	2
Por Sondas – Biberón	3
Nutrición Enteral – Parenteral	4
<b>ACTIVIDAD</b>	
Deambula	1
Se sienta en la cama o silla con ayuda	2
Postrado en cama	3
Postrado en cama con múltiples aparatos. RN.	4
<b>HIGIENE</b>	
Se baña solo	1
Se baña en tina o ducha con ayuda	2
Baño en cama por personal con colaboración del paciente	3
Baño en cama por personal sin colaboración del paciente	4
<b>ELIMINACIÓN</b>	
Se atiende solo	1
En baño pero necesita ayuda para su traslado	2
En cama con ayuda de chata y/o urinario	3
Por medio de sonda – Incontinente – Pañales	4
<b>EDUCACIÓN Y/O SOPORTE EMOCIONAL</b>	
Rutinaria	1
Preparación exámenes especiales – Pre Operatorio	2
Apoyo emocional. Barrera de comunicación inconsciente. RN.	3
<b>COMPORTE</b>	
Lúcido, orientado. RN.	1
Confuso – Somnoliento – Indiferente	2
Exigente – Ansioso – Agresivo	3



Soporoso – Coma	4
<b>MEDICACIÓN</b>	
Oral – Gotas rutinaria – Excepcionalmente IM o SC	1
Venoclisis – Bomba de Infusión – Flebotomía – Oral, IM, SC 3 veces a más por día.	2
Por SNG – Vía Central – EV	3
Múltiple endovenosa – Transfusiones. NPT.	4
<b>TRATAMIENTO</b>	
Rutinario: preparación pre operatoria – Enemas – Curaciones Simples.	1
Curaciones de mediana complejidad – Movilizaciones y Masajes 3 veces por día – O <sub>2</sub> por Catéter Nasal.	2
Curación de escaras, catéteres PVC, movilización y masajes c / 2hrs. Aspiración de Secreciones – O <sub>2</sub> por Venturi, por reservorio. Drenajes.	3
Procedimientos Especiales: Ventilación Mecánica – Hipotermia, etc. Incubadora. Hemodiálisis.	4

TOTAL PUNTOS	CATEGORÍA
8 – 12	I
13 – 18	II
19 – 25	III
26 a +	IV