

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL SERVICIO SAN PEDRO
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

MANUEL ALEXANDERS MARIN CCOYLLO

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel', is located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 376-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 27/10/2017

Resolución Decanato N° 2738-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	32
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	33
3.1 Recolección de Datos	33
3.2 Experiencia Profesional	33
3.3 Procesos Realizados del Informe	36
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIALES	47
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema, dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo¹

Con el fin de brindar la mejor calidad de cuidados de enfermería dirigidos al adulto mayor que los requieren, las/los enfermeras/os han creado el Proceso de Atención de Enfermería como un método de trabajo que aporta grandes beneficios, al lograr la vinculación del paciente a su cuidado, como ente participativo del mismo; de igual forma el PAE ha proporcionado ganancia profesional, pues al trabajar con un método estructurado, posibilita la unificación de criterios entre enfermeros, todo esto orientado hacia el desarrollo y crecimiento de la profesión de enfermería.

El presente informe de experiencia laboral titulado "cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de medicina "san pedro" del Hospital Nacional Dos de Mayo 2016, tiene como finalidad describir los cuidados de Enfermería que se realizan durante su estancia hospitalaria en proceso de recuperación de su bienestar físico , biológico , social.

El presente informe consta de VII capítulos , los cuales se detallan a continuación : El capítulo I : Planteamiento del problema , Capítulo II : Marco teórico , Capítulo III : Experiencia profesional , Capítulo IV, resultados ; Capítulo V : conclusiones , Capítulo VI. Recomendaciones y el capítulo VII, Referenciales y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la Situación Problemática

En la actualidad, los adultos mayores representan un grupo etéreo en incremento esto en consecuencia de mejora de las condiciones de vida, los avances científicos, etc.

Los adultos mayores presentan enfermedades, transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama. La causa puede ser una afección neurológica (destacando las demencias y los accidentes vasculares cerebrales), cardiopulmonar, traumática, y otras.

Los cuidados dependerán por una parte del enfermo, su estado general y mental, y por otra, de los recursos de la familia. En general se intenta mantener su capacidad funcional, evitar complicaciones y lograr una buena calidad de vida, con comodidad y afecto. ²

Según la OMS entre el año 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. ³

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/ as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28

de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016 □

El 82,1% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 71,5%, habiendo 10,6 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (85,1%) y de Lima Metropolitana (82,9%) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural son el 75,6%. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónica.□

El adulto mayor al padecer de alguna enfermedad, como la enfermedad renal crónica agrava su estado de salud, agregado la edad y diversos factores predisponen a recibir atención hospitalaria, por el estado de gravedad y poca recuperación pueden llevar a una postración y prolongar su estancia hospitalaria a su vez originar complicaciones por situación en que se encuentra.

En la actualidad en el Hospital Nacional Dos de mayo en el servicio San Pedro tiene una alta tasa de incidencia de personas adultas mayores hospitalizadas en un porcentaje de 60 %, de los cuales un porcentaje, son personas que padecen enfermedad renal crónica, el estado de gravedad y el grado de complejidad en la atención de estos pacientes muchas veces con llevan a complicaciones en diversas áreas funcionales, esto prolonga su estancia hospitalaria.

El cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor es de enfoque integral, atendiendo y a la de satisfacer sus necesidades básicas como parte de su recuperación e integración a la sociedad.

1.2. Objetivo

Describir el informe de experiencia laboral profesional en los cuidados de enfermería en el adulto mayor con enfermedad renal crónica en el servicio de san pedro del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.3. Justificación

En la actualidad se ha evidenciado el incremento de pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio san pedro del Hospital Nacional Dos de Mayo. La atención de enfermería se realiza en base a la teoría del déficit de autocuidado, de Dorothea Orem.

Así mismo se pretende que el personal de enfermería identifique los factores de riesgo y actúe de una manera preventiva en la aparición de alteraciones en el paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica.

Este informe beneficiará a todo licenciado de enfermería como guía de atención en el cuidado del adulto mayor con enfermedad renal crónica y/o ser el inicio para la implementación de protocolos de atención en el servicio de san pedro del Hospital Nacional Dos de Mayo, así mismo contribuirá al sistema de salud en la reducción de costos que requieren la atención y/o cuidado de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes

2.1.1.- A nivel internacional

SEBASTIÃO Caldeira Miriam, Aparecida Barbosa Merighi, Luz Angélica Muñoz, María Cristina Pinto de Jesús, Selisvane Ribeiro da Fonseca, Deíse Moura de Oliveira en el 2012 , realizaron el trabajo de El enfermero y el cuidado para la mujer adulta mayor: enfoque desde la fenomenología social, con el objetivo de Comprender la acción de cuidar a la mujer adulta mayor, a partir de la perspectiva del enfermero,

En este estudio fenomenológico se entrevistaron, entre septiembre del 2010 y enero del 2011, diez enfermeros que trabajaban en Centros de Salud. Para la realización del cuidado, el enfermero considera el bagaje de conocimientos y la situación biográfica de la mujer adulta mayor, así como, valoriza la participación de la familia como mediadora del cuidado. El enfermero tiene la expectativa de realizar un cuidado calificado para esas mujeres, lo cual concluyeron, El abordaje teórico-metodológico de la fenomenología social permitió develar que el enfermero se proyecta para ofrecer un cuidado calificado para la mujer adulta mayor, considerando las posibilidades en el contexto en el que está inserto. Eso incluye la participación de diversos actores sociales y sectores de salud, reconociendo un esfuerzo colectivo en estrategias de acción y formación profesional consonantes con las particularidades y necesidades del cuidado para la mujer adulta mayor identificadas por el enfermero. □

CAIZA Ailaca, Myriam Patricia , en el 2013 realizo un trabajo sobre la atención de enfermería a pacientes con enfermedad renal crónica y su relación con las complicaciones derivadas del proceso de hemodiálisis en

el centro de diálisis cendialcon del cantón latacunga provincia de cotopaxi en el período agosto – diciembre 2013, con el objetivo de Fortalecer el rol y desempeño del personal de Enfermería en los servicios que presta al paciente con IRC, a través de los protocolos de atención en complicaciones derivadas de la hemodiálisis. El presente estudio se realizó en el Servicio de Hemodiálisis de la Clínica de Diálisis Cendialcon de la Provincia de Cotopaxi, en el periodo Agosto – Diciembre 2013, con un universo de 85 pacientes, los cuales presentaron complicaciones pre, trans y post diálisis. Los datos fueron obtenidos de historias clínicas y se realizó encuestas a todos los pacientes del Servicio de Hemodiálisis. El índice de la aparición de complicaciones en las enfermedades renales crónicas, se asocian al desarrollo de otras enfermedades, convirtiéndose en un problema de salud a nivel mundial. El adecuado control de los signos vitales en estos pacientes antes, durante y después del tratamiento hemodialítico es importante para la realización de un buen tratamiento. □

PINAR Martínez, Enrique en el 2014, realizaron el trabajo de Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda, Con el objetivo identificar Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda, el estudio tiene diseño cualitativo , en la obtención de información mediante la observación hacia un varón de 20 años de edad, diagnosticado de Insuficiencia Renal Crónica de Estadio 5, al cual se le realiza tratamiento de hemodiálisis de forma urgente a través de catéter central, a consecuencia de ascitis y derrame pericárdico severo , durante el tiempo comprendido entre 16 de Septiembre y el 3 de Noviembre de 2013, para la fase de contacto, observación del paciente y recogida de los datos clínicos, y se extendió posteriormente hasta el 3 de abril de 2014. Obteniendo como conclusión: La ERC tiene una gran importancia, puesto que es una enfermedad muy prevalente e importante con grandes complicaciones asociadas que

provoca, no solo en el paciente sino también en la familia, grandes cambios a nivel físico, psicológico, social y afectivo, Enfermería ejerce un papel fundamental, principalmente en la educación para la salud y la promoción del autocuidado. Debe fomentar los estilos de vida saludables y controlar los factores de riesgo íntimamente relacionados con la ERC para prevenir complicaciones en la medida de lo posible. □

2.1.1. A nivel nacional

MIRAMIRA Bustincio, Lizeth Roxana en el año 2015 realizó un trabajo de percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-MINSA con el objetivo de determinar la percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería que reciben en los servicios de medicina, con una metodología de tipo cuantitativa, nivel aplicativo, método descriptivo. 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. Para la recolección de datos se utilizó como técnica una encuesta con escala tipo Likert, la misma que previamente fue sometida a validación, esta estuvo estructurada con 26 ítems con proposiciones según dimensión biológica, psicológica y sociocultural, donde concluyen que 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. □

2.2.- Marco Conceptual

2.2.1 Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulo o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión.

En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC, supuso un paso importante en el reconocimiento de su importancia, tal y como ha sido mencionado anteriormente, promoviéndose por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad, definidos por el filtrado glomerular (FG) además del diagnóstico clínico.

Todas las guías posteriores incluyendo las guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) publicadas en 2013 han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico), como la presencia durante al menos tres meses de al menos una de las siguientes situaciones:

- FG inferior a 60 ml/min/1,73 m².
- Lesión renal, definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG. Las guías explicitan “con implicaciones para la salud”.

La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen. La duración es importante para distinguir la ERC de la patología aguda. Esta definición ha sido aceptada por diversas

sociedades científicas (no sólo nefrológicas) y es independiente de la edad, aunque ésta puede determinar la necesidad o no de asistencia personalizada o la relativa urgencia de la misma. La ERC es un problema emergente en todo el mundo.¹⁰

2.2.1.1 Factores de riesgo

Existen factores de riesgo de inicio y factores de riesgo de progresión de ERC. Factores característicos iniciadores son: edad > 60 años, HTA, diabetes, enfermedad cardiovascular o antecedentes familiares de enfermedad renal

La proteinuria y la HTA son los dos factores de riesgo de progresión modificables mejor documentados.

Además hay otros “presuntos implicados” en el inicio y en la progresión de la ERC. La mayoría de estos factores ha demostrado asociación más que causalidad y muchas veces de forma inconstante. Aquellos potencialmente modificables deben ser corregidos

Diabetes: Es un potente factor iniciador, de hecho es la causa más frecuente de ERC terminal. Como factor de progresión tiene otros condicionantes. En estudios poblacionales los niveles elevados de HbA1 se han asociado a evolución adversa. En estadios más avanzados de ERC su influencia depende del grado de proteinuria: diabéticos y no diabéticos progresan igual a similares niveles de proteinuria.

Otras circunstancias modificables favorecedoras de un desenlace renal desfavorable son: comorbilidad, complicaciones sistémicas, factores reversibles o evitables de daño renal, o la derivación tardía al nefrólogo.

Condiciones no modificables

Edad avanzada: es un factor de riesgo de ERC, pero no un factor de progresión en si mismo, más allá del deterioro funcional natural asociado a la edad (“riñón del viejo”).

Sexo masculino: descrito en estudios poblacionales como factor pronóstico independiente de padecer ERC. No está claro como factor de progresión.

Raza negra o afro-americanos: en EEUU está demostrada una mayor incidencia en diálisis de la población afroamericana. Esta circunstancia debe atribuirse, principalmente, a la mayor prevalencia de HTA severa, peores circunstancias socioculturales y posibles factores genéticos.

Nacimiento con bajo peso: el bajo peso al nacer está asociado a un reducido número de nefronas y al desarrollo posterior de ERC. De hecho, la pérdida adquirida de masa renal, experimental o clínica, se asocia a hipertensión glomerular e hiperfiltración.

Privación sociocultural: los estudios epidemiológicos demuestran claramente que el bajo nivel social, cultural y económico se asocian a peor salud. La enfermedad renal no escapa a estas circunstancias.¹¹

Tabla 1. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica
Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal
Edad avanzada
Historia familiar de ERC
Masa renal disminuida
Bajo peso al nacer
Raza negra y otras minorías étnicas
Hipertensión arterial
Diabetes
Obesidad
Nivel socioeconómico bajo

2.2.1.2.- Clasificación

Tabla 5. Clasificación de la ERC según las guías KDIGO 2012					
KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30 mg/g ^a	30-300 mg/g ^a	>300 mg/g ^a
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

Fuente: KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes, y Gorostidi et al. Documento de la SEN sobre las guías KDIGO. Nefrología 2014; 34(3):302-316.

2.2.2 Clínica

Cuando la función renal está mínimamente alterada (FG 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas urémicos.

A medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y aumenta la diuresis para eliminar la carga obligatoria de solutos. La poliuria y la nicturia son los primeros síntomas.

Cuando el FG cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio. Sin embargo, especialmente cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos que se

mantienen prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales, con FG incluso de 10 ml/min o menos.

Las manifestaciones clínicas y bioquímicas más características, agrupadas por aparatos y sistemas, se representan en la siguiente tabla:

Sistema nervioso	
Encefalopatía urémica	Dificultad de concentración, obnubilación, mioclonias, asterixis
Poliuropatía periférica	Difusa, simétrica y principalmente sensitiva. Síndrome de las piernas inquietas de predominio nocturno
Neuropatía autonómica	Hipotensión ortostática, respuesta anormal a la maniobra de Valsava y trastornos en la sudoración
Sistema hematológico	
Anemia	Palidez, astenia, taquicardia, angor hemodinámico
Disfunción plaquetaria	Equimosis, menorragias, sangrado prolongado después de pequeñas heridas
Déficit inmune	Inmunidad celular y humoral. Respuesta a antígenos víricos y vacunas disminuida Número de linfocitos B reducido. Anergia cutánea
Sistema cardiovascular	
HTA	Pericarditis
Insuficiencia cardíaca congestiva	Claudicación intermitente
Angina de pecho	
Arritmias	Accidentes cerebrovasculares
Aparato digestivo	
Anorexia	Hemorragia digestiva alta o baja
Náuseas y vómitos	Diverticulitis
Sistema locomotor	
Prurito	Trastornos del crecimiento
Dolores óseos	Debilidad muscular
Sistema endocrino	
Dislipemia	Alteraciones función sexual y reproductora
Hiper glucemia	Ginecomastia (Aumento prolactina)
Hiperinsulinemia	Resistencia periférica a la insulina
Trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido base	
Hiperfosfatemia	Hiponatremia
Hipocalcemia	Hiperpotasemia
Hipermagnesemia	Acidosis metabólica

Tabla 6. Manifestaciones clínicas y bioquímicas más características de la ERC

2.2.2.1 Diagnóstico

Deben aplicarse los preceptos generales de la práctica de la medicina interna. El diagnóstico de insuficiencia renal aguda y sus criterios diferenciales se abordan en el apartado de Insuficiencia Renal Aguda.

Historia clínica

Debe prestarse atención especial a la sintomatología urinaria como nicturia, poliuria, polidipsia, disuria o hematuria. También hay que obtener una historia completa de enfermedades sistémicas, exposición a tóxicos renales, infecciones y posibles antecedentes familiares de enfermedad renal.

Exploración física

Debe registrarse el peso, la talla, y posibles malformaciones y trastornos del desarrollo. Obviamente, es importante tomar la tensión arterial, el examen del fondo de ojo, la exploración del sistema cardiovascular y del tórax, y la palpación abdominal buscando masas o riñones palpables con contacto lumbar. En hombres es imprescindible el tacto rectal para examinar la próstata. En las extremidades pueden verse signos de edema y debe explorarse el estado de los pulsos periféricos.

Diagnóstico por imagen: Ecografía

Prueba obligada en todos los casos para comprobar en primer lugar que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria.

Los riñones pequeños (por debajo de 9 cm, según superficie corporal) indican cronicidad e irreversibilidad. Unos riñones de tamaño normal favorecen el diagnóstico de un proceso agudo. Sin embargo, la poliquistosis renal, la amiloidosis o la diabetes pueden cursar con riñones de tamaño normal o aumentado.

Si los riñones presentan una diferencia de tamaño superior a 2 cm, ello puede ser debido a patología de la arteria renal, reflujo vesicoureteral o diversos grados de hipoplasia renal unilateral.

Eco-doppler

Útil en manos experimentadas como primer escalón diagnóstico de la estenosis uni o bilateral de arteria renal.

Urografía intravenosa

No indicada para el diagnóstico de la ERC, puesto que la información que proporciona es limitada al no eliminarse contraste, siendo éste además

nefrotóxico, pudiendo precipitar la entrada en diálisis. Ha ido cayendo en desuso con las prestaciones de la ecografía.

Angiografía digital

Es el patrón oro diagnóstico de las enfermedades vasculares renales. Tiene el inconveniente de la toxicidad del contraste. La angioresonancia o la angiografía con CO₂ obvian la toxicidad por contraste, pero en el caso de la angiografía con CO₂ hay que tener presente, por ser un procedimiento arterial, el riesgo de enfermedad ateroembólica en pacientes con arteriopatía periférica. Técnicas modernas de angioresonancia con intensificación de imagen ofrecen excelente información del árbol vascular sin necesidad de emplear gadolinio.

Biopsia renal

Hay que valorar sus posibles riesgos frente a los beneficios potenciales de la información que nos puede proporcionar. Si se efectúa en etapas precoces de la ERC su información puede ser útil. En fases avanzadas a menudo nos encontraremos con riñones esclerosados y terminales.¹²

2.2.1.4 Tratamiento

Las opciones de tratamiento de la enfermedad renal crónica dependen de la etapa de la misma. Generalmente, durante las primeras 4 etapas de la misma, el tratamiento es conservador (fármacos, dieta y medidas generales), mientras que en la etapa más avanzada (etapa 5) el tratamiento consiste en la terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante) y la dieta.¹³

2.2.3 El cuidado

Etimológicamente el cuidado deriva del latín “cura” que significa: pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

El cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana y ha de estar presente en cada etapa de la vida.

El cuidar a través de los tiempos pasó de un comportamiento de apenas sobrevivir, a 26 acciones más racionales y sofisticadas, desarrolladas en las Teorías de Enfermería que al abordar el cuidado lo consideran como una forma de ser, de relacionarse, un imperativo moral y como la esencia de ser de enfermería.

Cuidar es la capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Para Márquez, el cuidado incluye: La acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas: alimentación, higiene personal, eliminación, termorregulación, sueño, descanso, comodidad, actividad y movilidad, etc.; es decir: “sustituir a la persona cuando ella no puede autocuidarse”.

Es también enseñar lo desconocido, en relación a salud o adaptación a la enfermedad, educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado, mejorar la calidad de vida del usuario y familia ante nueva experiencia fomentando independencia y autonomía.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, 27 grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Siendo el cuidado la esencia de enfermería, es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad. ¹□

2.2.3.1 Dimensiones del cuidado

Según Miguel Cánovas en su estudio menciona las dimensiones del cuidado están conformadas por 3 aspectos: biológicas, psicológicas y sociales que relacionadas al adulto mayor podemos decir que:

- **Dimensión Biológica:** Son las características expresadas en los cambios morfológicos y el estado de salud o enfermedad que presenta la persona Adulta Mayor como producto del envejecimiento.
- **Dimensión Psicológica:** Considera las características manifiestas en relación al rendimiento intelectual, conductual, interés, autoestima, valores, que presenta la persona adulta mayor como producto del envejecimiento.
- **Dimensión Social:** Está constituida por las características relacionadas con el entorno socio familiar; laboral, participación social o en familia, interacción social, inclusión social, que presenta la persona Adulta Mayor como producto del envejecimiento. ¹□

2.2.3.2 El cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería, involucra varios componentes, desde la esencia misma de lo que son los cuidados hasta los medios para prestar los mismos. El profesional de Enfermería, constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona en el ámbito de la salud, implementando el cuidado y el contacto permanente y directo con el cliente bien sea interno o externo.

El cuidado también implica comunicación entre la enfermera y la persona cuidada, estableciendo una interacción en la relación de ayuda caracterizada por una comunicación abierta y útil, comprensión y satisfacción de los enfermeros/as al tratar con la salud y el malestar de la persona en su práctica cotidiana, desarrolla en ellos la capacidad y la sensibilidad para ofrecer un cuidado humano. La aparición del fenómeno del descuido, la indiferencia y el abandono, conducen a la pérdida de la conexión con el todo; esto hace necesario de una nueva filosofía, que se presenta como holística, ecológica y espiritual, una alternativa con capacidad de devolver al ser humano el sentimiento de pertenencia. ¹□

2.2.3.3 El cuidado de enfermería en el adulto mayor

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero, el método científico aplicado a los cuidados.

Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras.

Para el desarrollo del informe de experiencia profesional se ha seleccionado a dos teorías de enfermería: la Teoría de Dorotea Orem llamada también la Teoría del Autocuidado y la teoría psicodinámica de Hildegart Peplau.

La Teoría de Dorothea Elizabeth Orem, se define como una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, trabajó para mejorar la formación en enfermería práctica que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito en una personalidad científica, que trabajó para el desarrollo conceptual en la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería.

Orem ha descrito lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres teorías a su vez, relacionadas entre sí: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería; uno de los construidos que desenvuelve esta teorizadora es la del autocuidado.

- **La teoría del autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.
- **La teoría del déficit de autocuidado:** Se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- **La teoría de sistemas de enfermería:**
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

La fuente de dificultad del beneficiario de cuidados enfermeros es la incapacidad de decidir, de realizar o de efectuar una acción orientada a mantener su vida, salud y bienestar, y esto en relación a sus habilidades, su edad, etapa de desarrollo. La incapacidad de la persona adulta mayor para satisfacer sus autocuidados origina un déficit de autocuidados y una exigencia de cuidados terapéuticos por parte de la enfermera.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

¹□

Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

La teoría de Peplau que enfoca el cuidado De enfermería en el Adulto Mayor en seis considerandos:

Cuidados de estimulación: Para enfermería significa aumentar la capacidad del usuario para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su autocuidado. Por ejemplo: estimular al adulto mayor con sobrepeso para que haga cambios de estilo de vida permanentes en relación a hábitos de alimentación y ejercicio, de tal manera que contribuyen a la prevención significativa de enfermedad coronaria, pero también a sentirse más ágiles y mejorar su figura, abarca una estimulación psicológica, física y social. Estos cuidados son muy importantes en la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, tanto en el trabajo individual como colectivo con diferentes grupos humanos. Las acciones de estimulación pueden ser tanto físicas como psicológicas casi siempre van unidas porque se complementan ya que la estimulación física y psicológicas se suman, sobre todo cuando hay determinados grados de dependencia en el paciente adulto mayor. Se estimula empoderando, otorgando ciudadanía, reforzando la personalidad animando a obtener beneficios de salud, pero también ayudando a realizar ejercicio, realizando movilización precoz del paciente, y dando masajes de estimulación, entre otros.

Cuidados de confirmación: Afirma Peplau que para enfermería significaría contribuir al desarrollo de la personalidad del usuario, este tipo de cuidado es tanto más intenso, cuanto más dependiente está el sujeto por razones de su situación de salud, sin embargo, este tipo de cuidados

contribuye a fortalecer psicológicamente al usuario más allá de la enfermedad. Los cuidados de confirmación se dan específicamente a través de relación enfermera-paciente, creando una interacción que permita al usuario confirmar y colaborar en el logro de los objetivos del plan del cuidado de su salud. Para Peplau es una fuerza que ayuda a la madurez y que tiene por meta promover el desarrollo de la personalidad hacia una vida sana y productiva del individuo, familia y comunidad. Estos cuidados son de naturaleza existencial ya que a través de la experiencia de la enfermedad la enfermera fortalece la personalidad del Adulto Mayor. Peplau recomienda que la enfermera asuma el rol de sustituto, consejero y persona recurso.

Cuidados de consecución y continuidad de la vida: Para enfermería representa la provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio. Es posible que la personalidad y la competencia técnica (conocimientos, actitudes, habilidad y destrezas) de la enfermera juegue un papel decisivo para que el paciente se sienta seguro del personal que lo atiende, conozca la verdad y la asuma, este informado sobre los resultados, es muy importante que el paciente analice día a día su evolución y palpe (reconozca) sus resultados, aquí juega un papel importante la información que se le ofrezca. El cuidado debe ser oportuno y eficiente.

Cuidados para resguardar la Autoimagen del Paciente: El cuidado de enfermería debe referirse a la contribución que hace el personal de enfermería para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno hay que ayudarlo a mantener su autoestima y aceptarse y estimarse asimismo. Para esto la enfermera debe conocer a fondo al paciente de preferencia, valores, creencias y costumbres y tener una sólida formación científica que haya reforzado sus valores persona es acerca del ser humano su comportamiento y su cultura, esta última define muchas reacciones y comportamientos de las personas sobre todo las

creencias religiosas, patrones culturales, modos de vida. El cuidado debe expandirse a la familia y comunidad (tener en cuenta la diversidad cultural).

En esta área se confronta la aceptación por parte del paciente de su enfermedad y su colaboración en el tratamiento, pues está probado que el paciente que no consigue alcanzar este objetivo, retarda su tratamiento y hasta podría complicarse su evolución sin tener razones objetivas.

Cuidados de sosiego y relajación: Las personas de manera general cuando descubren que su salud está amenazada recurre a solicitar ayuda, pero mucho más cuando la han perdido, ello le genera ansiedad e incertidumbre que altera el sosiego y relajación que empeora los síntomas iniciales y retardan su tratamiento. Muchas veces situaciones del entorno como déficit económico, falta de trabajo, pérdidas (divorcio, muerte de un ser querido, robos) producen ansiedad y desequilibrio emocional que altera la relajación y sosiego en diferentes grados, la intervención de enfermería debe actuar de manera inmediata y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo debe ser recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de salir de la crisis en el menor tiempo posible, para lograr que el paciente descanse y se relaje y así poder obtener la merecida tranquilidad que contribuya a su tratamiento. En los pacientes hospitalizados no solo les altera la naturaleza del paciente, y no solo a un sistema o aparato, por ello el cuidado va más allá del procedimiento, requiere comprensión de la situación del paciente y su cultura.

Cuidados de compensación: Para enfermería representa la ayuda que debemos ofrecer a los usuarios para el logro del equilibrio de su salud y sin duda alguna representa la ayuda física, psicológica y social según sean las necesidades insatisfechas de la persona cuidada. Este tipo de cuidado alcanza su mayor significado cuando las personas atendidas tienen un alto grado de dependencia debido a su enfermedad y hospitalización. ¹□

2.2.4 Generalidades del adulto mayor

La Organización de las Naciones Unidas - ONU a partir del año 1996, de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores". Asimismo, la Organización Mundial de la Salud - OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años. ¹□

En cuanto a los aspectos demográficos del adulto mayor, el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AAMM) en los países desarrollados y el 12 % en los países llamados en vías de desarrollo.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el presente año, la población integrada por las personas mayores de 60 y más años de edad ascienden a 2 millones 712 mil y representan el 9,0% de la población total del país. Se estima que, para el año 2021, fecha en que se celebrará el Bicentenario de la Independencia Nacional, dicho grupo poblacional será de 3 millones 727 mil y representará el 11,2% de la población total del país.

Cada año los adultos mayores aumentan en 3,3%, en tanto, la población total se incrementa a un ritmo de 1,1%; siendo los grupos de edad de 80 y más años de edad los que crecen en 5,0% y los de 75 a 79 años crecen en un 3,8%. Los departamentos en los que residen el mayor número de personas de 60 a más años de edad son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, donde representa más del 10% de la población total de dichos ámbitos. ²□

2.2.3.1.- Clasificación del adulto mayor

En el campo de la Enfermería Geronto-Geriátrica, se clasifica a la población adulta mayor en tres grupos:

Personas ancianas sanas: Son personas que desde el final de la edad adulta y en el transcurrir de la vejez mantienen su independencia y por lo tanto son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad. Dentro de este grupo de población los cuidados van dirigidos a la promoción y la prevención de la salud, motivando y enseñando a la persona que envejece a desarrollar hábitos de vida saludables que le permitan adaptarse a los cambios que pueden producirse durante el proceso de envejecimiento y a prevenir las consecuencias negativas que éste puede comportar.

Personas ancianas frágiles o de riesgo: Las personas que debido a tener una edad muy avanzada, a factores de tipo social o de pérdida de salud, tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o de ingresar en una institución si no reciben la ayuda adecuada. Los cuidados han de ir dirigidos a la detección de este grupo de población y a establecer o coordinar las ayudas necesarias, prevenir las complicaciones y proporcionar los cuidados necesarios para que la persona, por sí misma o con la ayuda de su entorno (natural o profesional), pueda alcanzar el máximo nivel de independencia posible en la satisfacción de sus necesidades.

Pacientes geriátricos: Son personas ancianas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que comportan pérdidas de autonomía funcional y cuya situación está condicionada por factores psíquicos o sociales. Los cuidados van dirigidos a recuperar al máximo las capacidades, prevenir las complicaciones y compensar los déficits, movilizándolo los recursos de la persona y de su

entorno para satisfacer de forma óptima sus necesidades y mejorar su calidad de vida. En este grupo se incluye también los cuidados dirigidos a asegurar una muerte digna y apacible. ²¹

2.2.3.2 Fragilidad del adulto mayor

El término adulto mayor frágil ha variado mucho su significado dependiendo de los autores; para algunos es la existencia de determinados procesos clínicos, para otros, la dependencia en actividades de la vida diaria, otra necesidad de institucionalización. De modo genérico el adulto mayor frágil tiene un estado con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva asociado un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. Estos pacientes serían los que se benefician de una valoración geriátrica integral; sin embargo, los criterios considerados no son suficientemente útiles y proporcionan una alta prevalencia de mayores frágiles.

El síndrome de fragilidad es una combinación del proceso de envejecimiento natural y una variedad de problemas médicos. Su reconocimiento es sumamente importante y debe ser sistemáticamente buscado en el contexto de la valoración geriátrica integral. Inicialmente existe dificultad en su diferenciación con el envejecimiento natural, pues no es exactamente una enfermedad sino un estado intermedio entre el estar sano y estar enfermo; sin embargo, si no existe intervención oportuna causan un deterioro clínico continuo, con bajo índice de recuperación y presagio de muerte. Cada una de las características clínicas que conforman el síndrome de fragilidad ha sido mostrada altamente predictiva de un rango de resultados adversos. El fenotipo de fragilidad también tiene una variabilidad en su presentación no siendo siempre un individuo frágil igual al otro. ²²

2.2.5 Cuidado de enfermería en el paciente mayor con enfermedad renal crónica

El rol de la enfermera juega un papel muy importante en los cuidados del adulto mayor, de los cuales un gran porcentaje padecen de enfermedades crónicas degenerativas que se manifiesta con la edad y el envejecimiento esto a su vez puede con llevar a la postración, cabe recalcar que es problema de salud pública.

2.2.4.1 Valoración de enfermería

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería en el cual el profesional de enfermería debe llevar a cabo una evaluación de enfermería completa y holística de las necesidades de cada paciente. La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera. No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; ésta debe ser centrada en la persona, reconociendo su individualidad y la heterogeneidad de este grupo de población.

2.2.4.2 Cuidados en relación a la higiene

El proceso natural de envejecimiento, el medio ambiente e incluso los medicamentos producen cambios a los que es necesario estar atento. Aunque las arrugas suelen ser una preocupación importante en la tercera edad, están lejos de ser el problema de la piel que requiere más atención. Los cambios naturales del envoltorio del cuerpo, los factores ambientales y el uso de ciertos medicamentos, son aspectos que no se pueden pasar por alto si se quiere cuidar la salud e higiene de una persona mayor.

2.2.4.2 Cuidados en relación a la actividad mental

El paciente debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado de ánimo y su capacidad mental.

Para que use la memoria es útil repasar los sucesos de su vida, tal vez con ayuda de fotos, o las noticias del día; preguntarle (y recordarle) lo sucedido ayer, o pedirle información sobre sus familiares.

La imaginación se puede ejercitar si se le pregunta qué espera del día actual, cuál es su opinión sobre cierto tema, cómo cree que se podría solucionar algún problema. Durante estas conversaciones deben hacerse frecuente referencia a la fecha y circunstancias presentes, para favorecer su orientación. Las reflexiones deben tener un acento optimista, haciéndole presente los aspectos positivos y no los negativos de su situación. Si se logra hacerlo reír debemos felicitarnos.

También pueden ser útiles para la atención, la memoria y el ánimo algunos juegos (dominó, Cartas, juegos de memoria o de atención), la música o el canto, la colaboración en algunas tareas domésticas o los ejercicios indicados por los especialistas en rehabilitación.

A cada uno de los visitantes puede pedirse que colabore en alguna actividad. Muchas veces los familiares o amigos se sienten estimulados a volver si pueden ayudar al paciente, por eso es importante pedir su colaboración.

2.2.4.3 Cuidados en relación a la piel

La piel del adulto mayor en cama está expuesta a escaras, infecciones y quemaduras.

Úlceras por decúbito

El término de las alteraciones de la piel relacionado a la prolongada estadía en cama se llama úlcera por decúbito y cuando esta afección se torna de color negro es decir un tejido necrótico que se denomina escara.

Las escaras son uno de los principales riesgos del adulto mayor en cama. Son lesiones debidas a la falta de circulación cuando la piel queda comprimida entre el colchón y una prominencia ósea durante un período prolongado.

La falta de circulación causa la muerte del tejido, y éste se desprende dejando una úlcera, que con frecuencia se infecta. Los factores predisponentes son la inmovilidad, la desnutrición, la pérdida de sensibilidad o conciencia cuando existe un daño cerebral. También influyen la mala circulación, como puede verse en diabéticos, y la pérdida del control de esfínteres.

Los sitios vulnerables para la formación de escaras son los talones, cara interna de rodillas, caderas, sacro, codos, etc.

Para prevenir las escaras lo más importante es evitar la inmovilidad. Si el paciente está postrado, deben hacerse cambios de postura cada dos horas. Puede ser colocado de espaldas, de lado o boca abajo. En cada postura debe evitarse que las extremidades o la cabeza queden en posición incómoda, que los talones se compriman contra el colchón (con almohadilla en los tobillos), que las rodillas se compriman una contra otra si está de lado. Los pies deben mantenerse en 90° con algún apoyo y para evitar que las frazadas los presionen pueden usarse alza ropas. Si está boca abajo el tronco debe colocarse sobre una almohada.

Los cambios de posición deben complementarse con la protección de las zonas vulnerable, usando rodellas, protectores de codo, almohadillas, taloneras, vendas en los pies.

Los colchones anti escaras evitan en parte la necesidad de cambiar la posición cada dos horas. Los más eficaces son de flotación en aire alternante con motor o de agua.

Además se recomienda mantener la piel limpia y seca, especialmente en los pliegues. Si se observa una zona enrojecida o ampollada, podría llegar a escarsarse y debe protegerse con más cuidado. La sábana debe estar

bien extendida y limpia, ya que las arrugas u objetos extraños pueden erosionar una piel frágil. Esta piel puede lubricarse haciendo fricciones con alcohol-glicerina al 50% dos veces al día, especialmente en las zonas de apoyo.

2.2.4.4 Cuidados en relación a la nutrición

Incluye el aporte de alimentos y de líquido. El adulto mayor puede sentir poca sed y se deshidratan con facilidad; el calor, la fiebre o los diuréticos también pueden deshidratar. Los líquidos deben administrarse con el paciente sentado y en pequeña cantidad cada vez. La cantidad diaria debe fluctuar entre 1,5 y 2 litros, incluyendo el líquido de las comidas. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche.

Si se alimenta por boca es importante la buena presentación y el sabor; la hora de comida puede ser uno de los pocos agrados de un adulto mayor postrado. La administración debe ser precedida y seguida de aseo oral y de las manos, y siempre que sea posible el paciente debe estar sentado. La alimentación debe ser suficiente y balanceada; si parece insuficiente puede complementarse con vitaminas. Debe recibir bastante fruta y verdura, que aportan fibra y junto al líquido evitan la estitiquiez y las infecciones urinarias.

Muchas veces- el paciente tiene dificultades para tragar. En esos casos la alimentación debe ser fraccionada y de consistencia blanda, administrando alimentos molidos o papillas en vez de alimentos sólidos. Si se atora con los líquidos estos pueden ser espesados (chuflo) o reemplazados por jaleas. Si no traga bien y existe riesgo de aspiración de alimentos hacia los bronquios, puede colocarse una sonda.

2.2.4.5 Cuidados en relación a la boca

El enfermero debe de prevenir lesiones e infecciones. Debe hacerse un aseo cuidadoso después de cada comida, con un cepillo suave y flexible. El cepillado debe ir de la encía al borde del diente, para arrastrar los restos de alimento.

Pueden agregarse enjuagatorios con clorhexidina al 1 %. Si usa prótesis deben asearse cuidadosamente todos los días. También debe evitarse la sequedad de la boca dando bastante líquido y protegiendo la mucosa oral con glicerina o miel de bórax.

2.2.4.6 Cuidados en relación al manejo vesical e intestinal

Un adulto mayor puede presentar incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones de la piel. También puede presentar estititquez y retención de orina con molestias e infecciones urinarias.

Se debe de asistir y/o apoyar para la micción y la defecación en caso fuera necesario el uso de pañal. Solo ocasionalmente se necesita recurrir a enemas o extracción manual de deposiciones impactadas.

En caso de incontinencia de orina debe recordarse que la sonda vesical (Foley) siempre causa infecciones. Por eso se recomienda en el varón el uso de un recolector urinario o pañal para adultos. En la mujer se usa pañal; también se le puede colocar en un recolector urinario de vez en cuando, para que orine sin mojar el pañal. Un hule debajo de la sábana protege el colchón, por si fallan las medidas ya mencionadas. Si hay retención de orina se hace cateterismo vesical. ²³

2.3.- Definición de Términos

Adulto mayor

Se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Enfermedad renal crónica

Según la OMS, La enfermedad renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo.

Cuidado de enfermería

Conjunto de actividades integradas e integrales, es decir contempla las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que realiza la enfermera/o basada en marcos humanísticos, científicos y tecnológicos aprendidos en su formación profesional y consolidada en su ejercicio profesional.

3.3 Procesos realizados en los cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica en el servicio San Pedro del Hospital Nacional Dos de Mayo 2016

- Innovaciones – Aportes

En la actualidad se requiere de mayor personal de enfermería para la atención de los pacientes, se están elaborando petitorios de una manera bien sustentada para incrementar el personal asistencial en los próximos meses.

Se ha brindado en los últimos años equipos biomédicos que facilitan la labor asistencial del personal de enfermería.

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

Las limitaciones que tenemos en la actualidad es la falta de personal debido a que el presupuesto del hospital no es suficiente para contratar personal y así poder cumplir con un adecuado cuidado enfermero, se observa una insatisfacción de los familiares y una presión de los mismos quienes desean ser atendidos en forma rápida. Por otro lado el servicio no cuenta con una enfermera que realice labora eminentemente administrativa puesto que solo cumple esa labor la enfermera jefa cuando esta programada, dificultando las altas, ingresos transferencias de los pacientes.

La escasez de insumos y muchas veces la inoperatividad de algunos equipos biomédicos también dificulta y/o retrasa la labor asistencial dirigido hacia los pacientes, un gran porcentaje adulto mayores postrados. Los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues solo son válidas, para entidades de MINSA, a menos que sea una población de características semejantes.

IV. RESULTADOS

TABLA N ° 4.1

**NUMERO DE ATENCIONES DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA "SAN PEDRO" DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016**

Año	Atenciones
2014	21
2015	15
2016	12
TOTAL	48

FUENTE: Registros de ingresos y egresos del servicio de medicina interna "san pedro" del HNDM

TABLA N ° 4.2

**NUMERO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA "SAN PEDRO" DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014**

MESES	N° de pacientes
Enero	23
Febrero	20
Marzo	12
Abril	16
Mayo	15
Junio	20
Julio	18
Agosto	20
Setiembre	20
Octubre	6
Noviembre	13
Diciembre	24

FUENTE: Registros de ingresos y egresos del servicio de medicina interna "san pedro" del HNDM

TABLA N ° 4.3

**NUMERO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA "SAN PEDRO" DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2015**

MESES	N° de pacientes
Enero	29
Febrero	19
Marzo	35
Abril	26
Mayo	12
Junio	17
Julio	20
Agosto	17
Setiembre	22
Octubre	16
Noviembre	18
Diciembre	20

FUENTE: Registros de ingresos y egresos del servicio de medicina interna "san pedro" del HNDM

TABLA N ° 4.4

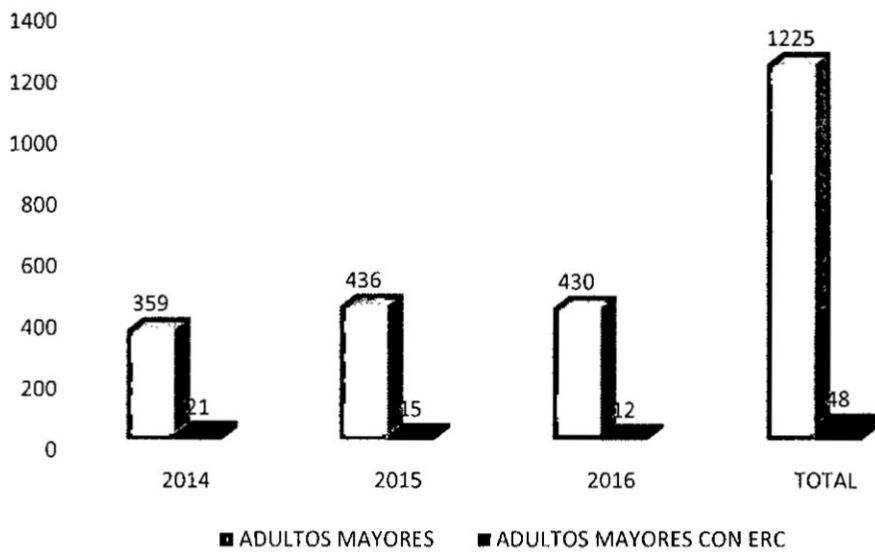
**NUMERO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA "SAN PEDRO" DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2016**

MESES	N° de pacientes
Enero	20
Febrero	23
Marzo	20
Abril	18
Mayo	20
Junio	17
Julio	20
Agosto	28
Setiembre	13
Octubre	16
Noviembre	27
Diciembre	15

FUENTE: Registros de ingresos y egresos del servicio de medicina interna "san pedro" del HND

GRAFICA 4.1

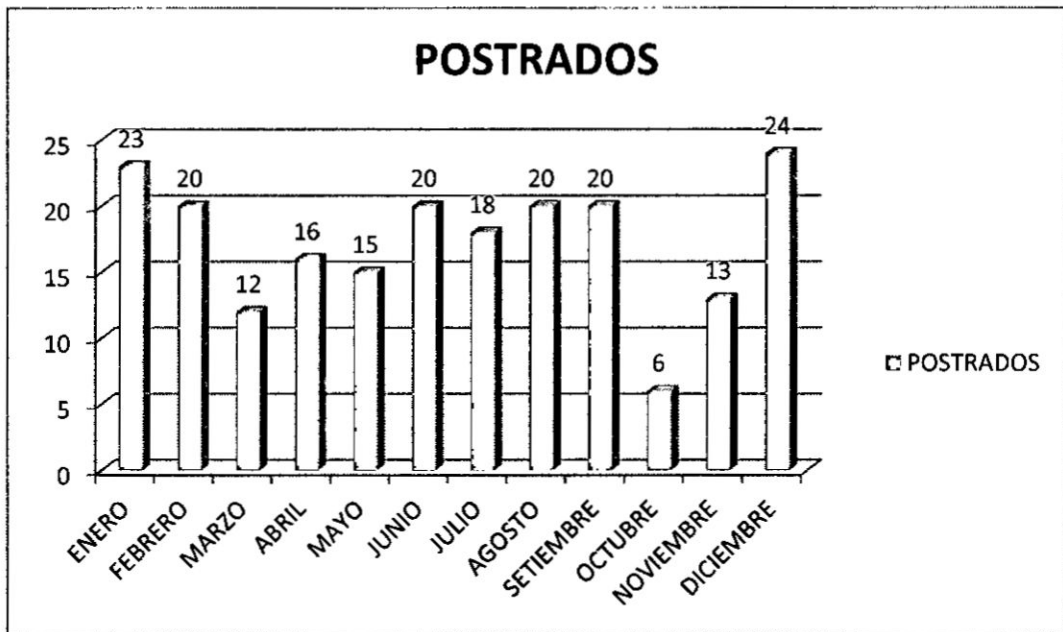
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA "SAN PEDRO" DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016



En la gráfica 4.1, se observa que el año 2014, se atendieron un total de 207 pacientes adultos mayores postrados, en el año 2015, un total de 251 pacientes, y en el año 2016 se atendieron alrededor de 237 paciente adultos mayores postrados, se observa que la atención en el servicio san pedro es número considerable en comparación con otras etapas de vida.

GRAFICA 4.2

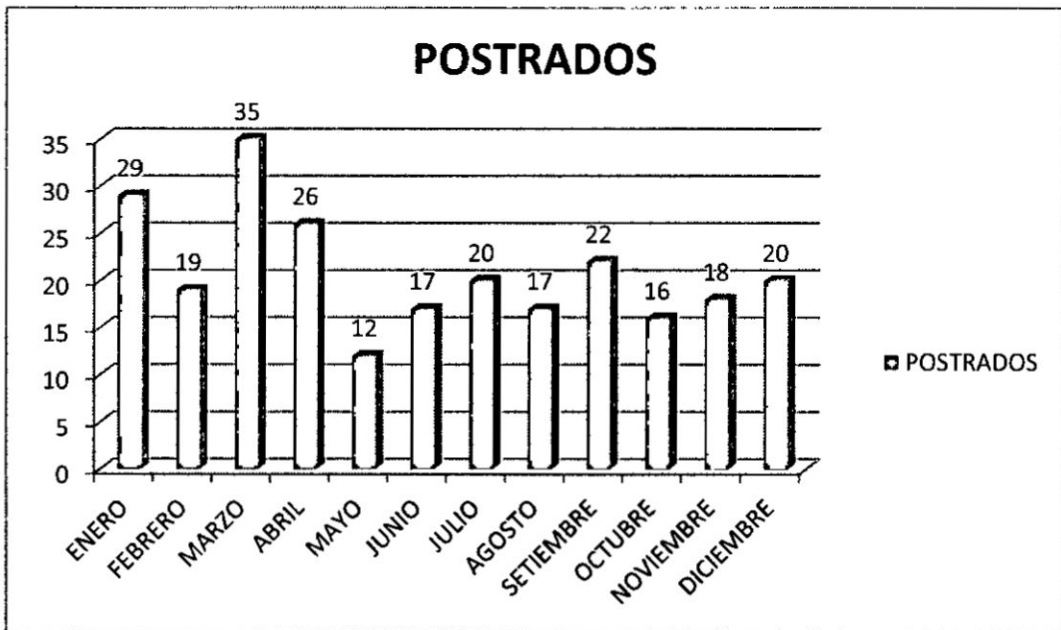
**ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTO MAYOR POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA “SAN PEDRO” DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL AÑO 2014**



En la gráfica 4.2, se observa que el año 2014, se atendieron un total de 207 pacientes adultos mayores postrados, y que durante el mes de diciembre se obtuvo un mayor número de atenciones en un total de 24 y en el mes de octubre se obtuvo el menor número de atención en un total de 6, las atenciones se mantienen constantes durante los meses del año a excepción de octubre que se obtuvo un menor número.

GRAFICA 4.3

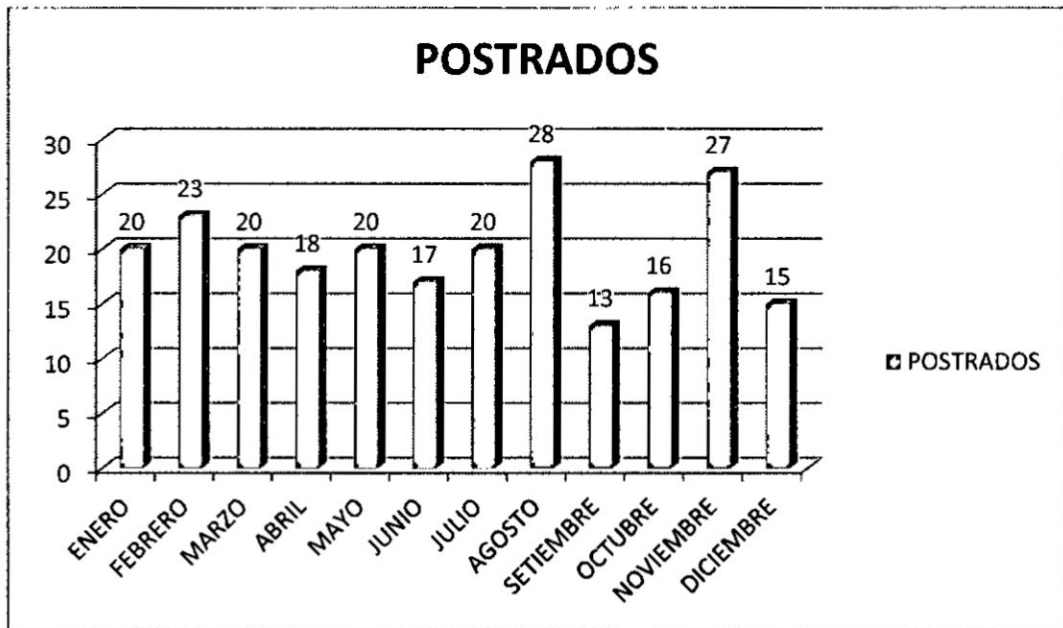
**ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTO MAYOR POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA “SAN PEDRO” DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL AÑO 2015**



En la gráfica 4.3, se observa que el año 2015, se atendieron un total de 251 pacientes adultos mayores postrados, y que durante el mes de marzo se obtuvo un mayor número de atenciones en un total de 35 y en el mes de mayo se obtuvo el menor número de atención en un total de 12, las atenciones se mantienen constantes durante los meses del año a excepción de mayo que se obtuvo un menor número.

GRAFICA 4.4

**ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTO MAYOR POSTRADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA “SAN PEDRO” DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL AÑO 2016**



En la gráfica 4.4, se observa que el año 2016, se atendieron un total de 237 pacientes adultos mayores postrados, y que durante el mes de agosto se obtuvo un mayor número de atenciones en un total de 28 y en el mes de setiembre se obtuvo el menor número de atención en un total de 13, las atenciones se mantienen constantes durante los meses del año a excepción de setiembre que se obtuvo un menor número.

V. CONCLUSIONES

- a) En el procesamiento de información, se obtuvo de la base de datos que posee el servicio de medicina interna "san pedro", estos datos fueron tabulados y procesados, identificando que es un buen porcentaje de atención dirigido a pacientes adultos mayores postrados en comparación a otras etapas de vida.
- b) La experiencia profesional, que obtiene el licenciado de enfermería durante los años de servicio asistencial agregado a esto las constantes capacitaciones y actualizaciones permiten que uno desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno al paciente adulto mayor.
- c) El profesional de enfermería es un quehacer diario debe de concientizar a la familia para que también intervenga en los cuidados del adulto mayor ya sea en casa y/o hospitalario porque esto influirá en la recuperación de su bienestar y así evitar las complicaciones como la postración.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Fomentar la capacitación al profesional de enfermería sobre el cuidado humanizado al paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica, con el fin de mejorar la calidad en el cuidado para incrementar el nivel de satisfacción en el Adulto Mayor.

- b) Realizar estudios de investigación sobre los cuidados de enfermería en el paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica teniendo en cuenta los resultados del presente informe de experiencia profesional.

- c) Incentivar las acciones preventivo – promocionales dirigidos a los responsables del cuidado del adulto mayor con enfermedad renal crónica y así disminuir las complicaciones que puedan generar durante su estancia hospitalaria.

- d) Gestionar , el petitorio de mejoras como infraestructura , equipo biomédico , recursos materiales que facilitaran al licenciado de enfermería en brindar un cuidado de enfermería de calidad dirigido al adulto mayor hospitalizado.

VII. REFERENCIALES

1. Acuña L, Soler L, Sánchez P, Martínez D, Torres L, Mercado E, et al. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo 2012. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Libro%20ERC%202012.pdf>
2. Zabala J. Prevención de las úlceras por presión como derecho universal. Revista Enfermería 2013; 36 (2): 33.
3. Who.net [Internet]. Ginebra :whonet; 2017 [actualizado 10 AGO 2017; citado 12 AGO 2017].Disponible en : <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. Inei.gob [Internet]. Perú: ineigob; 2017 [actualizado 5 AGO 2017; citado 12 AGO 2017].Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenúRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf
5. Inei.gob [Internet]. Perú: ineigob; 2017 [actualizado 5 AGO 2017; citado 12 AGO 2017].Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
6. Sebastião Caldeira; Miriam Aparecida Barbosa Merighi; Luz Angélica Muñoz; María Cristina Pinto de Jesús; Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos; Deise Moura de Oliveira. El enfermero y el cuidado para la mujer adulta mayor: enfoque desde la fenomenología social. scielo

- [Internet].2017 [citado 1 Ago 2017];Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500010&script=sci_arttext&tlng=es
7. repo.uta.edu.ec [Internet]. Ecuador: repo.uta.edu.ec; 2017 [actualizado 16 Junio 2017; citado 20 junio 2017]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8347/1/Caiza%20Ailaca%20Myriam%20Patricia.pdf>
 8. repositorio.ucam.edu [Internet]. México: repositorio.ucam.edu; 2017 [actualizado 1 Junio 2017; citado 22 junio 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1277/TFG%20Pinar%20Mart%C3%ADnez%2C%20Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 9. Lizeth Roxana Miramira Bustincio, percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-MINSA. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015, Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4336/1/Miramira_bl.pdf
 10. Lorenzo Sellares, Víctor , Enfermedad renal crónica, revista nefrológica española , España 2013 , Disponible en : <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-26>
 11. Gorostidi Manuel, Enfermedad renal crónica, revista nefrológica española , España 2014 , Disponible en : <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo->

documento-sociedad-espanola-nefrologia-sobre-las-guias-kdigo-
evaluacion-el-X0211699514054048

12. Kasper, Fauci, Hauser , principios de medicina interna En: McGraw-Hill Medical, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
13. Nasser A. Polanco , Biopsia renal laparoscópica Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000100014
14. Lizeth Roxana Miramira Bustincio, percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-MINSA. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015, Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4336/1/Miramira_bl.pdf
15. CÁNOVAS TÒMAS, Miguel Ángel. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Universidad de Murcia. 2008.
16. Zea, m. adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado entre el hospital y la casa en ancianos dependientes. investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia. vol. 25 n °1. 2012. disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0120-53072007000100004

17. PEREDA Acosta, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 10, No. 3: 163-167. 2011

18. Gloria Isabel Zavala Lizaraso, Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo 2009, Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015, Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oiNa0Nwt3pMJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1234/1/Zavala_lg.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

19. Who.net [Internet]. Ginebra :whonet; 2017 [actualizado 2 AGO 2017; citado 10 AGO 2017]. Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

20. Inei.gob [Internet]. Perú: ineigob; 2017 [actualizado 5 AGO 2017; citado 12 AGO 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf

21. BONAFONT CASTILLO, Anna; SADURNÍ BASSOLS Cinta. Enfermería Gerontogerítrica: Concepto, Principios y Campo de Actuación. Capítulo 5. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermeria_gerontogeriatrica_concepto_principios_y_campo_de_actuacion.pdf

22. María F. Álvarez y Carola L. Bertone., Factores contextuales y enfermedades que favorecen la dependencia. Villa María Villa Nueva, Argentina 2012, Disponible en : <https://www.aacademica.org/000-058/44.pdf>

23. Enfermerasperu.com [Internet]. Cuidados del adulto mayor postrado, PERU, 2012, Disponible en:
http://www.enfermerasperu.com/cuidado_del_%20paciente_postrado.php