

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE
AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE PIURA
2013 – 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

SUSANA MARIA MIRANDA VINCES

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 195 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1652-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Identificación del Problema	3
1.2 Objetivos de la Investigación	5
1.3 Justificación	5
II.- MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	28
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	30
IV.- RESULTADOS	32
V.- CONCLUSIONES	38
VI.- RECOMENDACIONES	39
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, principalmente en las últimas décadas, ocurrieron importantes transformaciones en el mundo, no sólo en la vida económica, política y social, sino también en las condiciones de vida y de salud de la población tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Las tendencias actuales hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han impactado sobre el envejecimiento poblacional, constituyendo uno de los retos más importantes para las sociedades modernas si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y consecuentemente, a las necesidades de cuidados que la población y el sistema sanitario han ido demandando.

El adulto mayor requiere de un cuidado que abarque no sólo su recuperación, sino también la promoción de la salud, el crecimiento individual y familiar. La enfermera profesional se inserta, de esta manera, con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor, por lo que es necesario fortalecer los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores y familia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Durante las últimas décadas, la disminución mundial de la natalidad y la mortalidad ha llevado progresivamente al incremento de la población adulta mayor. En el Perú, el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calculaba que para fines del 2005 la población adulta mayor representaría el 7.68% de la población nacional, mientras que en el 2025 representará el 13.27%. Esto significa que en estos 20 años de proyección, este grupo poblacional llegará a duplicarse (1).

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

Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de la vida, por ser un grupo poblacional complejo, donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (entre las que hay que considerar depresión y demencia), mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos

como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas (3).

En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional (3).

Las afecciones cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, diabetes, neumonía, etc.), están consideradas como uno de los problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada. La falta de una cultura de prevención, medios económicos, apoyo familiar y servicios geriátricos adecuados, conducen a la reagudización de estos problemas de salud, generando secuelas, dependencia e incluso poniendo en riesgo la vida de la persona. Por el nivel de atención II-1 del Hospital Militar de la ciudad de Piura, el tipo de pacientes de interés del presente informe son los militares en actividad o retiro, familiares o personal civil adultos mayores dependientes que acuden al servicio de emergencia; para ello, la enfermera debe tener las competencias profesionales y técnicas para dar respuesta a los nuevos perfiles epidemiológicos a los que da lugar el envejecimiento.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería en el adulto mayor que acude al Servicio de Emergencia del Hospital Militar Piura 2013-2015.

1.3. Justificación

El servicio de emergencia tiene demanda cada vez mayor de adultos en estado crítico, por lo tanto se necesita de una enfermera peruana que considere reflexionar y comprender sobre el cuidado al adulto en situación crítica en este servicio, incluyendo el rescate humano en los cuidados de enfermería. Se espera poder contribuir a la renovación de la práctica de enfermería, reafirmando la relación entre la teoría y la práctica en relación con la atención - cuidado humano en enfermería.

El presente estudio también tiene relevancia en las diferentes funciones que cumple la enfermera en los diversos ámbitos en que se desenvuelve, por cuanto el cuidado que brinda la enfermera a la persona, sobre todo en situación de emergencia, tiene impacto en la calidad de vida que sucede luego del hecho acontecido.

Asimismo, el presente informe se justifica en los siguientes niveles:

Nivel teórico: servirá para profundizar los conocimientos que se deben poseer para brindar los cuidados de enfermería al paciente crítico. Se brindará orientación y consejería a los familiares y/o cuidadores sobre el tipo de cuidados que deben continuarse en el hogar; además se resolverán interrogantes o problemas que el cuidador pueda plantear.

De acuerdo a un modelo lineal, el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería sobre los cuidados que se deben tener sobre los adultos mayores en situaciones críticas de salud y su intervención profesional mediante orientación y consejería, para establecer un plan de cuidados efectivo orientado a preservar un óptimo estado de salud.

Nivel social: beneficiará a los enfermeros que atienden a los adultos mayores en situaciones críticas de salud en el servicio de emergencia, al precisar las habilidades y destrezas en el manejo de procedimientos de la especialidad acorde al avance científico y tecnológico, logrando de esta manera la recuperación funcional del adulto, disminuir las complicaciones y reintegrarlo a su entorno familiar.

Nivel práctico: permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, cuidador o familia, sobre la importancia de los cuidados en el adulto mayor en situaciones críticas de salud, vigilando muy de cerca la recuperación funcional del adulto y previniendo las complicaciones.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

García H. (4), Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México (2017). El objetivo: evaluar el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor a la calidad de la atención de enfermería proporcionada durante su hospitalización en el Hospital General Cunduacán Tabasco. Método: se realizó estudio descriptivo de corte transversal, con 58 usuarios adultos mayores, se les aplicó cuestionario auto administrado, estructurados por información general, evaluación de los cuidados con calidez, continuidad de los cuidados y cuidados libres de riesgo. Los datos se integraron a una base de datos procesados en programa de cálculo Microsoft Excel, donde se analizaron a través de estadística descriptiva, distribución de frecuencias, porcentaje de las variables estudiadas, presentadas en cuadros y gráficos. Resultados: el índice de satisfacción general fue 58% con satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja. Conclusiones: el estudio permitió identificar que más de la mitad de los usuarios adultos mayores presentaron nivel de satisfacción alto al cuidado proporcionado por el personal de enfermería.

Mamani B. (5), Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor en relación a los cuidados de enfermería recibidos en el Hospital Regional de

Moquegua 2011. Tacna (2014). Objetivo: determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor en relación a los cuidados que reciben de las Enfermeras, con la finalidad de reorientar y mejorar los cuidados del profesional de Enfermería en el marco de localización y calidez en este grupo atareó. Metodología: se realizó estudio descriptivo de corte transversal, con 76 pacientes adultos mayores, utilizando como técnica e instrumento de recolección de datos, la entrevista individual y un formulario estructurado para el recojo de la información, y como herramienta para el procesamiento de los datos, el programa Microsoft Excel. Resultados: el 45% de los pacientes adultos mayores respondieron que se encuentran medianamente satisfechos en relación a los cuidados recibidos de la enfermera, seguido del 34% con un nivel de satisfacción bajo y, finalmente, el 21% registran un nivel de satisfacción alto. Conclusión: el nivel de satisfacción de los cuidados del paciente adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el Hospital Regional de Salud de Moquegua.

Príncipe C. (6), "Concepciones de la Enfermera Emergencista sobre el Cuidado de la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario: implicancias para un Cuidado Humanizado". Trujillo-Perú, 2015. cuyo objetivo era conocer las concepciones del cuidado humanizado asegurando la calidad de vida basado en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano. La metodología utilizada fue la etnometodología; el

instrumento utilizado fue la encuesta estructurada y la observación a las enfermeras emergencista en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social. La pregunta norteadora fue ¿Qué es para ti cuidar a una persona adulta en estado crítico en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social? Se obtuvieron ocho categorías temáticas que son respuesta a la calidad de cuidado en emergencia que brinda la enfermera, demostrando sensibilidad ante un daño que sufriera el adulto en situación crítica; por otro lado, la enfermera nos anima a brindar cuidado humanizado, rápido, oportuno, con calidad y calidez en el marco del entorno en el servicio. Se llegó a la conclusión que las concepciones del cuidado que tienen las enfermeras emergencista sí tienen implicancia en el cuidado humanizado porque hacen referencia a su actuar así como al entorno en el cual se desarrolla el cuidado de emergencia, que debe ser oportuno, seguro, humano y dando valor en primer lugar a salvar la vida del ser que cuida.

2.2. Marco conceptual

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

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado.

El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos-tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional» (7).

Las teorías de enfermería representan las ideas más generales y las presentaciones más sistemáticas del conocimiento enfermero; por tanto, las teorías de enfermería son cruciales para el futuro, tanto de la disciplina como de la profesión de enfermería (8).

Los entornos de práctica enfermera son complejos y la cantidad de información que manejan las enfermeras es prácticamente infinita. Las enfermeras deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un método teórico ayuda a que las enfermeras no se vean desbordadas por la cantidad de información y

avancen en el proceso enfermero de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender aquello que sucede en la práctica, para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, además de predecir resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados.

El valor profesional de una enfermera se incrementa utilizando el conocimiento teórico, ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones. A medida que las enfermeras utilizan la teoría para guiar su práctica profesional, es más probable que tengan éxito porque organizan más rápidamente los datos del paciente, deciden qué acción enfermera es necesaria y suministran el cuidado con una expectativa de resultado. Además, las enfermeras con capaces de explicar claramente el marco que utilizan para la práctica a otros profesionales de la sanidad. Por tanto, la teoría lleva a la autonomía profesional guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión (9).

La Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem, publicada en el año 1993, sostiene que la enfermera debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad. El papel de la enfermería

es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos universales, del desarrollo y desviaciones en la salud.

Los requisitos universales del autocuidado son:

- Aporte suficiente de aire.
- Aporte suficiente de líquidos y electrolitos.
- Aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados en la eliminación y excreción.
- Equilibrio entre la actividad y reposo.
- Equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Riesgos para la vida.
- Promoción del funcionamiento humano.

Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente); sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado), y el sustentador-educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado) (10).

Teoría de déficit de autocuidado. Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o

incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. En otras palabras, las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras (11).

Modelo de Cuidados de Virginia Henderson

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en el entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE (proceso enfermero), cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica (12).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario-

suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona, indispensables para mantener su armonía e integridad. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera u otra. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (12).

El rol profesional de la enfermera es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad (13).

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados (12).

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

La fuente de dificultad, que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia, son los conocimientos, referidos a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo (13).

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para

comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. Mientras que, la fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones. En ambos casos, debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo, no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo las acciones necesarias para el cuidado (13).

Los adultos mayores enfermos y su familia

En relación con la atención de enfermería a las personas mayores, el Consejo Internacional de Enfermeras (realizado en Ginebra el 2006) afirma que "las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores", máxime si este adulto está hospitalizado y depende de otro(s) para sus cuidados (14).

Generalmente, el adulto mayor y su familia reclaman tácitamente del personal de salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al desenlace de la enfermedad, al aspecto económico de la hospitalización, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal.

La seguridad para los adultos mayores está representada en escenarios, prácticas y personas que les son conocidas; al ingreso a una institución hospitalaria la vida cotidiana se altera, no sólo se ve afectada la salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía. La estancia genera sensación de secuestro, incertidumbre, incapacidad para comprender acontecimientos, sentimientos de soledad, indefensión y la obligatoriedad de vivir situaciones adversas. Algunos adultos mayores están siempre en silencio, como una forma de expresar sus sentimientos, sensaciones de dolor, miedo, negación, rabia o soledad; en algunos casos se muestran desorientados, no reconocen personas, tiempos o espacios, situación que ciertas veces fue interpretada como parte de la patología (14).

Con frecuencia se olvida el malestar que pueden causar en el adulto mayor realidades como la circulación de un gran número de profesionales a su alrededor, la falta de comprensión de su forma de comunicación, caracterizada por el silencio, el cual debe ser interpretado, pues no

entenderlo puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar.

La estancia hospitalaria es un momento propicio para el acompañamiento por parte del profesional de enfermería, pero a veces pasa desapercibido, lo que muestra un quiebre en la interacción comunicativa entre quienes brindan y reciben el cuidado.

La presencia de la familia del adulto mayor hospitalizado genera ambivalencia en el entorno hospitalario, por un lado, es muy importante para realizar todos los trámites administrativos concernientes a las autorizaciones de pruebas, exámenes y pagos por costos de hospitalización y, por otro, es percibida como un obstáculo en la gestión del servicio.

Los cuidadores familiares, generalmente mujeres, son un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados. Se les ve realizar actividades en las que se muestran delicadas y cariñosas, por ejemplo, les hablan, los acarician, los masajean, les organizan ropa y pertenencias, les cepillan el cabello, los dientes o las prótesis, los acompañan a recibir los rayos del sol, los acomodan en la cama, los llevan a la terapia física y les practican las rutinas que allí les enseñan, les dan los alimentos, les leen la Biblia o rezan con ellos, construyen relaciones con otros cuidadores, conversan, comparten, intercambian ideas y productos al punto de poder decir que tienen amigos en el entorno hospitalario.

Se espera que el cuidado de los adultos mayores sea permeado por una relación humana cálida, efectiva y afectiva entre ellos y las personas que ofrecen dicho servicio (14).

En el presente se verificará la existencia de casos de Infarto Agudo de Miocardio ingresados al Hospital Militar de Piura que provocaron el deceso del paciente adulto mayor, situación que ha motivado a profundizar en esta patología.

Infarto Agudo de Miocardio

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la necrosis irreversible del miocardio como consecuencia de la isquemia aguda y prolongada de una arteria coronaria, generalmente inducida por trombosis ocasionada por rotura o erosión de una placa de ateroma (15).

El dolor es opresivo, retroesternal, puede irradiar al brazo izquierdo, cuello, mandíbula o zona intercostal con una duración de más de 30 min y con frecuencia se asocia un síndrome vegetativo, sin ceder con el reposo, que es el síntoma más característico. A veces, en los días previos, aparecen molestias leves, transitorias, similares o existen ya antecedentes de angina. Las formas atípicas de presentación aparecen en diabéticos, ancianos, etc. y la clínica es más silente o se manifiesta en forma de epigastralgia, disnea, sudoración aislada, síncope, confusión, sensación de muerte evidente o insuficiencia cardíaca (IC). Existe, sin embargo, gran variabilidad clínica en la presentación del infarto también

condicionada por la localización, la extensión y las enfermedades asociadas. La intensidad del dolor no se relaciona con el tamaño del infarto.

Exploración Física. En el Infarto Agudo de Miocardio no complicado, la exploración puede ser anodina, salvo la ansiedad e inquietud del paciente con ritmo cardíaco al inicio, que puede ser regular y con leve taquipnea. A veces, aparece un cuarto ruido cardíaco que no es específico. Otras veces, puede asociarse un soplo sistólico en ápex por disfunción de un músculo papilar (15).

En los casos complicados, el paciente se impresiona de gravedad con intensa diaforesis y sensación subjetiva de muerte inminente. Pueden aparecer signos de insuficiencia cardíaca, como crepitantes basales pulmonares, taquicardia, taquipnea, ortopnea o ingurgitación yugular. En casos de shock cardiogénico, aparece hipotensión arterial, frialdad, palidez y cianosis periférica.

Diagnóstico. Para establecer el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio, deben cumplirse dos de los siguientes criterios:

- a) Clínica compatible con dolor de más de 30 minutos de duración.
- b) Cambios en el electrocardiograma (ECG) específicos.
- c) Alteración en las enzimas miocárdicas.

Esta última prueba es de uso hospitalario y se altera pasadas unas horas, por lo que no es útil en un cuadro de corta evolución. Los primeros dos puntos son los pilares del diagnóstico en atención primaria.

El electrocardiograma es una prueba sencilla, fácil y rápida de realizar, es importante disponer de ella de forma precoz ante todo paciente con dolor torácico, por la importancia que tiene el diagnóstico precoz en su pronóstico (15).

Tratamiento inicial. Después de tranquilizar al paciente y a los familiares que le acompañan, y haber avisado lo antes posible al hospital de referencia cursando un traslado en ambulancia medicalizada, el tratamiento inicial deberá consistir básicamente en la administración de nitroglicerina (NTG) y ácido acetil salicílico (AAS). Se ha de canalizar una vía, al igual que se debe administrar oxígeno (hecho que, aunque no tiene ninguna base científica salvo si existe insuficiencia cardiaca, sí que parece confortar al paciente en la mayoría de los casos).

Se remitirá al paciente al hospital lo antes posible para salvar la mayor cantidad de miocardio en riesgo, así como para evitar y tratar posibles complicaciones.

Control y supervisión del transporte sanitario. Las ambulancias y helicópteros que cuentan con el equipamiento apropiado y el personal capacitado en la asistencia inmediata del paciente con infarto, emprenderán las medidas definitivas mientras se transporta al paciente hasta el hospital. Para que aquellos sean eficaces, deben de estar situados estratégicamente y contar con un buen sistema de comunicación. Estas unidades deben de contar con un equipo de seguimiento que funcione con baterías, desfibrilador de corriente

continua, oxígeno, sondas endotraqueales, aparatos de aspiración y fármacos de acción cardiovascular. Además, deberán controlarse de forma periódica las constantes vitales del enfermo.

Tratamiento inicial en el hospital. En las primeras 24 h el paciente con IAM debe someterse a un seguimiento para el control de complicaciones mecánicas y arritmias. Los objetivos consistirán en: disminuir la demanda miocárdica de O₂, aliviar el dolor, controlar la hipertensión arterial (HTA) o la hipotensión asociada o no a IC, repermeabilizar el vaso lesionado y disminuir la progresión del trombo (15).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio, herramientas en las que se basa la enfermera para realizar su intervención. La intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: observación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación (16).

La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor: debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena. El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática.

El examen físico revela información sobre la situación actual del paciente. Los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio, sobre los cuales se establece el plan de cuidados de enfermería.

Es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, ya que el paciente con infarto agudo de miocardio presenta cambios muy específicos en relación con éste e igualmente la enfermera debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación.

Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar la presencia del infarto, están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma, siendo su control y análisis responsabilidad de la enfermera. Igualmente, está el control de gases arteriales, el cual permite evaluar la oxigenación y el balance ácido-básico, guiando el tratamiento y asegurando una oxigenación óptima (16).

BASE TEÓRICA

La atención de la enfermera bajo la aplicación del modelo teórico de Dorotea Orem, exige una valoración muy puntual de las capacidades del adulto mayor para tomar decisiones en el cuidado de su salud. En mi experiencia de trabajo, tener en cuenta el modelo teórico de Dorotea Orem, en el cuidado de los pacientes adultos mayor me ha servido para realizar ordenadamente la valoración sistemática de sus capacidades,

que sirvieron para la elaboración de los cuidados del paciente, ayudando a su recuperación, evidenciando de esta manera un trabajo profesional de la enfermera.

Por otro lado, el centro de intervención de la enfermera, según el modelo de cuidado de Virginia Henderson, son las áreas de dependencia de la persona: la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). Es así que el modo de la intervención debe dirigirse a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. En mi labor de enfermera en el Hospital Militar, esto se ha traducido en la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros, basándose en el logro de la obtención de las 14 necesidades básicas para conseguir un cuidado individualizado para el adulto mayor.

El envejecimiento es un proceso normal fisiológico, caracterizado por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo ante los cambios, por lo que no podemos considerarlo como una enfermedad (17).

El envejecimiento trae como consecuencia al organismo, la pérdida total de determinadas funciones, cambios funcionales y estructurales. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Las limitaciones propias de la edad se originan por las modificaciones que sufre el adulto mayor y trae como consecuencias una serie de limitaciones, destacando las físicas (pérdida de la visión, disminución de la audición, disminución de la movilidad, pérdida del equilibrio, lentitud en el tiempo de reacción, entre otros) y psíquicas (pérdida de la memoria, sentimientos de soledad, irritabilidad e impaciencia, principalmente).

Libow L. (1977), especialista en medicina geriátrica, considera los siguientes como problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada:

- Alteración del ritmo y duración del sueño (caídas y fracturas)
- Trastornos dispépticos por la edentia y la constipación.
- Anemia.
- Infecciones urinarias.
- Neoplasias: Ca. de mama en mujeres, de próstata en hombres, además Ca. de pulmones y colon.
- Osteoporosis, que lo predispone a sufrir de fracturas traumáticas y sedentarismo.
- Afecciones endocrinas metabólicas, como diabetes, Parkinson, demencias, etc.
- Afecciones cardiovasculares: infarto de miocardio, hipertensión arterial.

Los factores de riesgo propios de la edad surgen por los mismos cambios que produce el envejecimiento y pueden limitar al adulto mayor en sus

actividades de la vida diaria, e incluso causar la muerte: Sedentarismo, alimentación deficiente, pérdida de la fuerza muscular, pérdida de la integridad de la piel, presencia de enfermedades crónicas y resistencia para usar los atributos del anciano (bastón, ropa holgada y zapatos cómodos); por lo que, la implementación de ciertas medidas preventivas (alimentación saludable, inmunización, control médico periódico, actividad física, interacción social, etc.) ayudarán a llevar una vida más plena y satisfactoria (2).

La administración de fármacos en el adulto mayor influye sobre el bienestar y calidad de vida de los ancianos, debido al tiempo de acción, modificación y excreción de los fármacos en el organismo (farmacocinética) determinada por la forma de absorción, distribución, metabolismo y excreción, parámetros afectados en el anciano: Antibióticos, hipotensores, cardiotónicos, diuréticos. La enfermera debe administrar con buen tacto y prudencia estos medicamentos, en dosis precisas, valorando las ventajas y desventajas, dado que pueden afectar la funcionalidad de estos pacientes.

De los grandes síndromes geriátricos mencionaremos alguno de ellos que, por el efecto negativo que provocan en el anciano, no podemos dejar de mencionar, aunque el resto no deje de afectarlos también: Demencia, discapacidad, incontinencia, caídas, inmovilidad (18).

Perfil de la enfermera en el cuidado del paciente adulto mayor. La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y

requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor. Toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral; es decir hay que evaluar su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno donde se desenvuelve. En ese sentido, existe una importante labor sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad de atención del adulto mayor (19).

Cuidados del paciente adulto mayor. El paciente anciano va desarrollando a lo largo de los años sus propios hábitos de vida. No debemos modificar dichos hábitos, siempre que sea posible, por el hecho de estar ingresado en el hospital. El anciano requiere unos cuidados para sentirse bien y evitar la aparición de problemas. Estos cuidados incluyen: cuidados de la boca, pelo, uñas, baño total o parcial, cuidado de los pies, de la piel, cuidados respiratorios, nutricionales y de eliminación (20).

Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias y emergencias. La enfermera representa actualmente en la medicina crítica el eslabón necesario para mantener la atención continua de alta calidad de que tanto se habla (21).

La enfermera de este servicio proporciona cuidados especializados a una variedad de pacientes con problemas de salud agudos o crónicos en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, ya sea de naturaleza

somática o psíquica. Para el desarrollo de sus actividades debe contar con algunos requisitos mínimos necesarios como disponer de una adecuada, completa y específica formación profesional que le otorgue las competencias profesionales, para desempeñarse con propiedad y eficiencia en las situaciones difíciles y complejas en las que interviene(22).

2.3. Definición de términos

- a. Adulto mayor. Persona mayor de 65 años de edad
- b. Cuidado. Acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle.
- c. Cuidado de enfermería. Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La recogida de datos para la realización del presente informe se hizo mediante la técnica de revisión documentaria, de las historias clínicas, kardex, registros de enfermería, libro de hospitalización de pacientes, de donde se obtuvieron datos coherentes al tema de interés. La recogida de datos se inicia con la solicitud de autorización al Director del Hospital Militar – Piura, para el acceso a la información. Posteriormente los datos obtenidos fueron procesados, presentados, analizados e interpretados.

3.2 Experiencia profesional

Trabajo en el Hospital Militar Regional de la I División del Ejército - Piura, con 25 años de servicio para la institución (1990) y 5 años (2010) desempeñándome como enfermera del servicio de emergencia. Durante este tiempo he realizado técnicas y procedimientos basados en principios científicos garantizando una práctica segura y cuidados con calidad para los pacientes admitidos en este servicio; y de manera especial con los adultos mayores porque son un grupo gravemente afectados por las emergencias.

El nivel del hospital es II-1, brinda servicios preventivos promocionales, recuperativos y rehabilitación. Atiende a la población militar de la zona norte del país, como también a sus familiares.

El servicio de emergencia del Hospital Militar cuenta con las áreas de observación, tóxico, sala de reposo, UCÍ, y farmacia.

Para el internamiento de pacientes dispone de un área de observación con 8 camas; además del siguiente material sanitario: equipo portátil de monitoreo de signos vitales, coche de paro, equipo de oxigenoterapia, ambú, desfibrilador, pantoscopio, set de intubación endotraqueal, ambulancia y otros.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En mi experiencia profesional, respecto a las apreciaciones referentes a la educación de la familia para los cuidados del paciente adulto mayor, he apreciado que los adultos mayores y sus familias reciben información sobre su estado de salud o sobre el tratamiento cuando lo solicitan, pero ésta resulta terminada resultando confusa e incompleta.

Al momento del alta del paciente adulto mayor, el personal se centra en indicar los trámites para la facturación pertinente, la entrega de indicaciones médicas, fechas de próximas citas y, en algunos casos, orientaciones para un adecuado cuidado y autocuidado en casa.

Al respecto, en este momento, el paciente o familiar está ansioso, su capacidad para asimilar información se encuentra limitada y presenta dificultades para concentrarse, recibir información y/o formular interrogantes.

En base a ello, considero que la información que la enfermera da al momento del alta médica, debe ser un refuerzo de la educación sanitaria que debería ser impartida durante la hospitalización.

Es por ello que, los profesionales de enfermería deben reflexionar sobre la importancia que tiene la gestión del cuidado y ejercer con más decisión su papel asistencial, es decir, de cuidado directo, así como fortalecer sus habilidades educativas e investigativas para mejorar de manera significativa la práctica del cuidado.

Adicionalmente, la familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos mayores dependientes, y sus habilidades en el cuidado deben ser maximizadas, pues en la atención ofrecida institucionalmente, ellos deben ser preparados de tal forma que puedan asumir el cuidado cuando les corresponda hacerlo en el espacio doméstico.

IV. RESULTADOS

Del registro de atenciones y hospitalizaciones del Hospital Militar de Piura correspondiente al periodo 2013-2015, se ha extraído la información de pacientes adultos mayores para conocer estadísticas relacionadas a las patologías que presentaron, así como la morbilidad y mortalidad, con la finalidad de detectar alguna de las patologías con mayor incidencia en la salud del paciente y recomendar los cuidados necesarios para brindar una atención de calidad.

Queda en evidencia que, los adultos mayores de sexo masculino son los que más recurrieron al servicio de emergencia del Hospital Militar de Piura, con un 57% en promedio durante el periodo en cuestión, debido a la falta de voluntad para efectuar su cuidado personal y mantener un estilo de vida saludable, escenario en el que reincidieron en más de una ocasión, lo cual deja al descubierto la ausencia de una persona que le ayude a llevar con normalidad su vejez (cuidador o familiares).

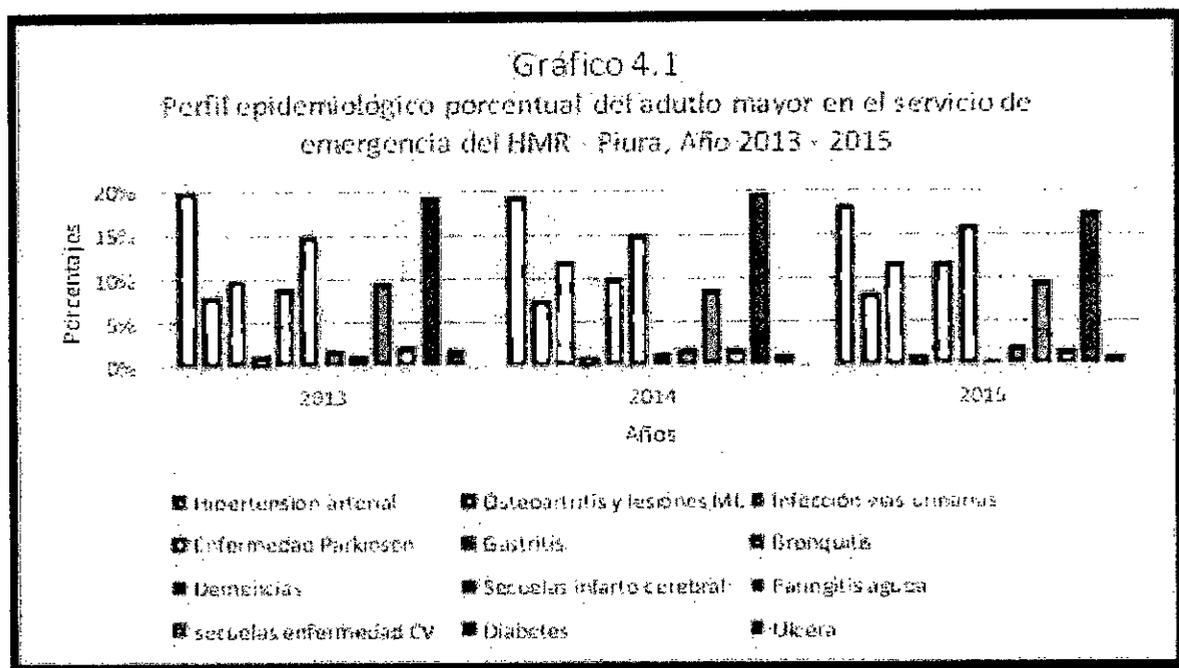
La estadística de mortalidad en el Hospital Militar de Piura indica que las cardiopatías conforman las complicaciones que más derivan en la muerte del adulto mayor, registrándose casos en el 2013 y 2015.

CUADRO 4.1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HMR I DE, AÑO 2013-2015

Patologías	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipertensión arterial	75	20	77	19,4	77	18,3
Osteoartritis y lesiones ME	32	8	30	7,5	35	8,3
Infección de las vías urinarias	42	10	48	12,1	50	11,8
Enfermedad Parkinson	5	1,3	4	1	4	1
Gastritis	35	9	40	10,1	50	11,9
Bronquitis	58	15	60	15,1	67	15,9
Demencias	6	1,6	6	1,5	3	0,7
Secuelas de infarto cerebral	5	1,3	7	1,8	9	2,1
Faringitis aguda	38	9,8	35	8,8	41	9,7
Secuelas de enfermedad CV	8	2	7	1,8	7	1,7
Diabetes	75	19,4	78	19,6	74	17,6
Úlcera	7	1,9	5	1,3	4	1
TOTAL	386	100	397	100	421	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia

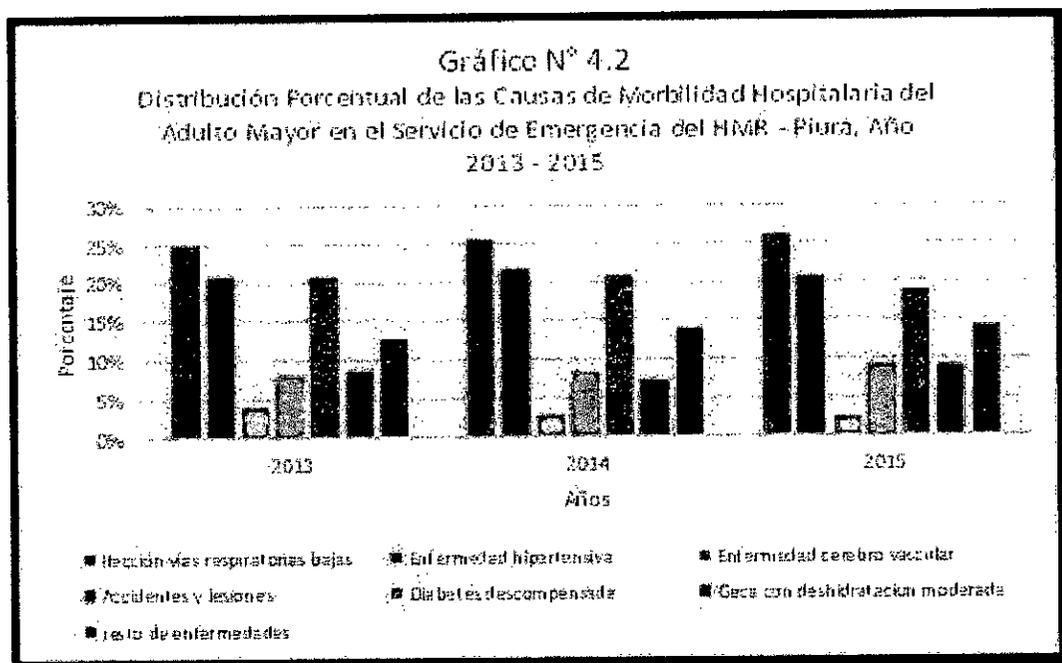
Según el perfil epidemiológico, del 100% de los pacientes hospitalizados, se observa que los problemas de hipertensión arterial, con aproximadamente un 20%, son uno de los principales motivos por lo que acuden los pacientes adultos mayores a la consulta de emergencia.

CUADRO N° 4.2

CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HMR I DE, AÑO 2013-2015.

Patologías	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
Infección vías respiratorias bajas	50	25	53	25,5	57	26
Enfermedad hipertensiva	40	20,4	45	21,6	45	20,5
Enfermedad cerebro vascular	8	4	6	2,9	5	2,4
Accidentes y lesiones	16	8	17	8,2	20	9,1
Diabetes descompensada	40	20,4	43	20,7	41	18,7
Geca con deshidratación Moderada	17	8,7	15	7,2	20	9,13
Resto de enfermedades	25	12,7	29	13,9	31	14,1
TOTAL	196	100	208	100	219	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.



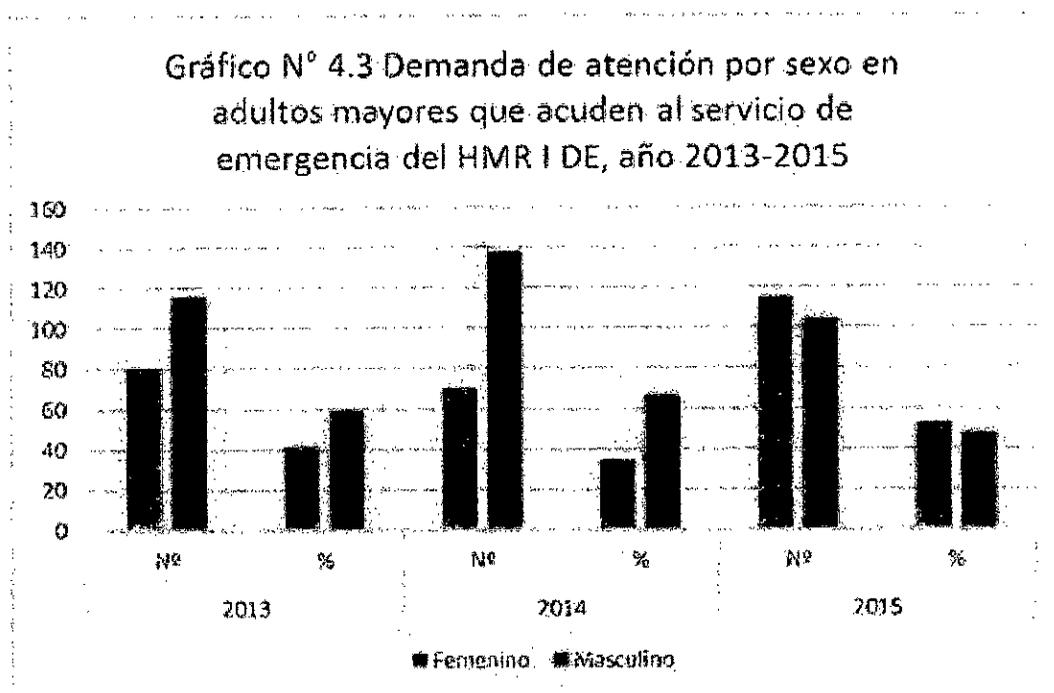
Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.

Según las causas de morbilidad hospitalaria, del 100% de los pacientes adultos mayores hospitalizados, se observa que las infecciones de las vías respiratorias (bronquitis) con aproximadamente un 25%, son la principal causa de enfermedad, seguida de los problemas de hipertensión arterial, con aproximadamente un 20%.

CUADRO N° 4.3
DEMANDA DE ATENCIÓN POR SEXO EN ADULTOS MAYORES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HMR I DE,
AÑO 2013-2015

Sexo	2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	80	41	70	34	115	53
Masculino	116	59	138	66	104	47
Total	196	100	208	100	219	100

Fuente. Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia.



Fuente. Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.

Según la demanda de atención por sexo, los adultos mayores hombres relativamente con aproximadamente un 57% son los que mayormente demandan atención de salud (promedio de los tres años), frente a un 43% de las adultas mayores mujeres.

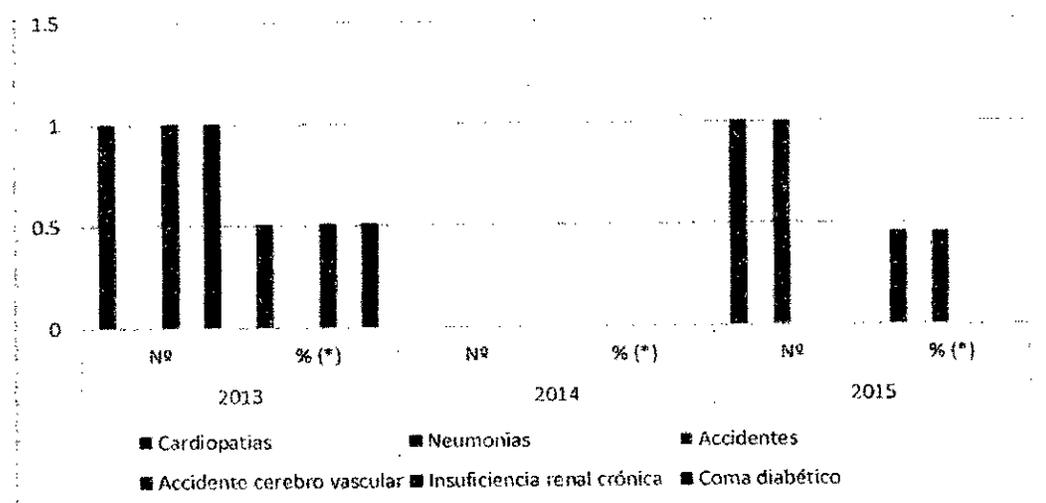
CUADRO N° 4.4
MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO EMERGENCIA DEL HMR I DE, AÑO 2013-2015

Causas de Mortalidad	2013		2014		2015	
	Nº	% (*)	Nº	% (*)	Nº	% (*)
Cardiopatías	1	0,5	0	0	1	0,5
Neumonías	0	0	0	0	0	0
Accidentes	0	0	0	0	1	0,5
Accidente cerebro vascular	1	0,5	0	0	0	0
Insuficiencia renal crónica	0	0	0	0	0	0
Coma diabético	1	0,5	0	0	0	0
Total	3	1,5	0	0	2	1

Fuente. Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.

(*) Porcentajes obtenidos en base a totales anuales del Cuadro N° 4.3.

Gráfico 4.4 Mortalidad en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio emergencia del HMR I DE, año 2013-2015



Fuente. Libro de registro de pacientes hospitalizados en el servicio emergencia.

(*) Porcentajes obtenidos en base a totales anuales del Cuadro N° 4.3.

Según la mortalidad, la cantidad de pacientes que fallecen en el servicio de emergencia en relación a la demanda, el porcentaje es muy baja (menor al 1,5%); dado que por el nivel del hospital, pacientes críticos son referidos a centros de mayor complejidad.

IV. CONCLUSIONES

- a. Las teorías de enfermería sirven como guía para el mejoramiento de la profesión y como base de investigación que aumenten el cuerpo de conocimientos de la enfermería. En la medida que la enfermera comprenda las teorías, podrá participar de una manera más eficaz en el proceso de atención de enfermería.
- b. Los profesionales de enfermería del servicio de emergencia destinados a la atención del paciente adulto mayor, deben poseer las competencias y capacidades necesarias y suficientes para ofrecer un cuidado acorde a las características físicas, psicológicas y sociales de esta población.
- c. El profesional de enfermería debe brindar toda la información necesaria a los familiares sobre las medidas de prevención que se deben adoptar para evitar recaídas y/o complicaciones en el paciente adulto mayor.
- d. La implementación de Consultorios de Geriátría es una iniciativa que permite brindar un servicio de atención diferenciada al paciente adulto mayor.

V. RECOMENDACIONES

- a. La enfermera del servicio de emergencia debe capacitarse constantemente para pensar con rapidez, evaluar sin demora los problemas del paciente, establecer una escala de prioridad precisa y emprender medidas prácticas y expertas.
- b. Se debe realizar mayor número de investigaciones a nivel nacional, que permita estandarizar el manejo del paciente adulto mayor en los centros de atención de la salud.
- c. La atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral. En ese sentido, debe apostarse por una importante labor de educación sanitaria para mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor, haciendo partícipes al mismo paciente y a sus familiares.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela L, Chávez H, Herrera A, Méndez F, Gálvez M, Perfil del Adulto mayor Per-Intra 2004 (monografía en internet), Lima, Instituto de Gerontología, 2004 (citada 16 de Dic 2016) disponible en:
[http://www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/INFORME%20PERFIL%](http://www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/INFORME%20PERFIL%20)
2. Gonzales G, Borrego M, Suárez Rafael, Tejera G, Pérez C, Martínez F, et al. Enfermería familiar y social, Capítulo X, La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2004, 528 p.
3. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Promoviendo el Envejecimiento Activo y saludable. PLAMPAM 2013-2017 (Internet). Oct. 2013 (citado 14 Dic 16), 1 (5), 12-14. Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
4. García H., Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México (2017).
5. Mamani B., Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor en relación a los cuidados de enfermería recibidos en el Hospital Regional de Moquegua 2011. Tacna (2014).

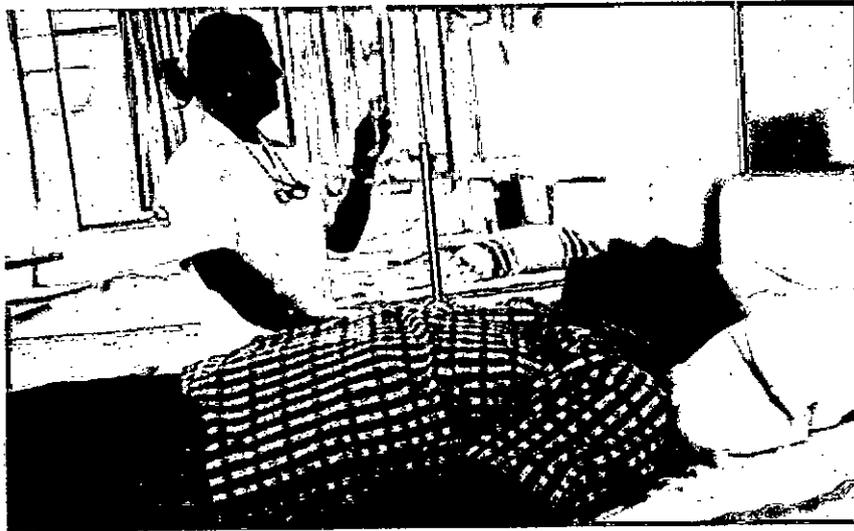
6. Príncipe C., "Concepciones de la Enfermera Emergencista sobre el Cuidado de la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario: implicancias para un Cuidado Humanizado". Trujillo-Perú, 2015.
7. Loncharich N. El Cuidado Enfermero, Revista Enfermería Herediana (Internet) 2010, (citado 24 Nov 2016), 3 (1): 1.
Disponible en:
http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf
8. Marriner A, Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona. Ediciones Rol, 1985, 305 p.
9. Alligood M, Marriner A, Modelos y Teorías en Enfermería, 7 ed. Barcelona. Ediciones Elsevier, 2011.
10. Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor (internet), (citado 30 Nov 2016). Disponible en:
<https://es.slideshare.net/modulo5diped/cuidados-enfermera-adulto-mayor>
11. Prado S, Liana. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención (Internet). Revista Médica Electrónica, vol.36, No.6, Matanzas, Nov.-Dic. 2014. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

12. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera Edición. España, 2010.
13. Hospital TXAGORRITXU. Guía de Práctica Clínica CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA. Unidad de Medicina Intensiva del Hospital TXAGORRITXU. España, 2004.
14. Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, 2007; (25)1: 40-49.
15. Ramos G. y Muñoz B., URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: Infarto agudo de miocardio (Internet). Área 1, Madrid. Disponible en:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/63/1444/51/1v63n1444a13037154pdf001.pdf>
16. Ariza O., Claudia. Atención de Enfermería al Paciente con Infarto Agudo del Miocardio en la Fase Aguda. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de México. Artículo Científico: Enfermería en Cardiología N° 24 / 3° cuatrimestre 2001.
17. Naciones Unidas. Notas de Población. CEPAL (Internet). 2010 (citado 25 Mar 17) XXXVII (90). Disponible en:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12862/np90013037_es.pdf;sequence=1

18. Álvarez R, Hernández G, Báster J, García R, Medicina General Integral, volumen I. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2001,2008.
19. Perfil de la Enfermería en el Cuidado del Paciente Adulto Mayor (Internet). 2013. (citado el 09 Ene 2017). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>
20. Mauricio G, Cuidado del Paciente Adulto Mayor. (Internet). 2014 (citado 16 Dic 2016). Disponible en: <http://grettyjmb.blogspot.pe/2014/09/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente.html>
21. URG, Cuidados de Enfermería en el Servicio de Urgencias. (Internet). 2011 (citado el 18 Ene 2017). Disponible en: <https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias>
22. Roque M, Perfil de Enfermería en Urgencias y Emergencias (Internet) 2012. (citado 23 Ene 2017). Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/42061992/perfil-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias>

ANEXOS

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR
DE LA I DIVISIÓN DEL EJÉRCITO – PIURA**



AREA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



**HIDRATACION
PARENTERAL**



MONITORIZACION EN PACIENTE
CON HIPERTENSION ARTERIAL



PACIENTE CON PROBLEMA
RESPIRATORIO AGUDO



NEBULIZACION DEL PACIENTE



EMPATIA CON EL PACIENTE



ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL MILITAR DE PIURA.



ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL MILITAR DE PIURA.

ASISTENCIA PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA A ADULTOS MAYORES

