



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS
HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO
CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: ERIKA FABIOLA QUINTUÑA CARANGUI
JESSICA ROCÍO ROMERO ROMERO
ANA CRISTINA SACOTO ABAD**

DIRECTORA: MGST. CARMEN LUCÍA CABRERA CÁRDENAS

ASESORA: MGST. CARMEN LUCÍA CABRERA CÁRDENAS

**CUENCA – ECUADOR
2015**

RESUMEN

ANTECEDENTES.- La aplicación del PAE en el cuidado del adulto mayor con problemas crónico degenerativos garantiza la calidad del cuidado porque toma decisiones intencionadas, dirigidas a un objetivo, es el método de trabajo de la enfermera que da a la práctica un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exigen de habilidades cognitivas, técnicas para satisfacer las necesidades del paciente.

Objetivo: Evaluar la aplicación del PAE en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el área de clínica del hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2014 - 2015.

Materiales y métodos: La investigación es Cuali-cuantitativa, aplica técnicas cuantitativas y cualitativas, el tipo de estudio es descriptivo. Las técnicas investigativas utilizadas fueron; cualitativa, grupo focal y cuantitativas la observación, entrevista al personal de enfermería y a los adultos mayores; los instrumentos empleados fueron guía de grupo focal, guía de observación y formulario de entrevista. El universo estuvo formado por 8 enfermeras, 6 internas y 50 adultos mayores. Para el procesamiento de la información se emplearon los programas de micro Excel y SPSS, la presentación se realiza mediante tablas en frecuencias y porcentajes.

Resultados: El 71, 4% de enfermeras aplican siempre el PAE, el 100% maneja los protocolos; el 100% piensa que los adultos mayores están satisfechos con la atención brindada; la percepción de la mayoría de adultos mayores es de satisfacción.

Conclusión. Los resultados muestran que el personal de enfermería aplica el PAE en su mayoría reflejada en la satisfacción que tienen los adultos mayores con el cuidado recibido.

PALABRAS CLAVES: ADULTO MAYOR, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CALIDAD CUIDADO, ENVEJECIMIENTO, ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES – ECUADOR.

ABSTRACT

Background – The implementation of Nursing Care Process for elderly people diagnosed with chronic-degenerative diseases guarantees quality care for the reason that deliberate decisions are made, as well as aimed at an objective. It is the method of the nurse's duties that enables a deliberative focus for resolving problems that demand cognitive, theoretical and interpersonal abilities for the proper care of the needs of a human being, family and community.

Research Aims – To assess the implementation of Nursing Care Process for elderly people diagnosed with chronic-degenerative diseases, admitted to Homero Castanier Hospital, located in the city of Azogues, Ecuador between 2014 and 2015

Methods – The research involved is quali-quantitative. Both quantitative and qualitative techniques have been applied. The type of study is descriptive. The research techniques used were: qualitative, focus group and quantitative through observation, interviews with the nursing staff as well as elderly patients. The instruments applied were, a focus group guide, an observation guide and an interview sheet. The 'universe' was integrated by 8 nurses, 6 interns and 50 elders. The data was processed using Microsoft Excel and SPSS and presented through both frequency and percentage charts.

Findings – 71.4% of the nurses applied the Nursing Care Process at all times, 100% handled protocols, and 100% believed that the elders were satisfied with the results.

Conclusion – The study showed that most nurses and interns apply the Nursing Care Process, which provides satisfactory results.

KEY WORDS – ELDERS, NURSING CARE PROCESS, QUALITY CARE, AGING, CHRONIC-DEGENERATIVE DISEASES, HOMERO CASTANIER HOSPITAL, AZOGUES, ECUADOR

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	1
AGRADECIMIENTO	16
1. CAPITULO I.....	17
1.1. INTRODUCCION.....	17
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.3. JUSTIFICACION.....	24
CAPITULO II	25
2. MARCO TEORICO	25
2.1. ANTECEDENTES.....	25
2.2. SUSTENTO TEORICO.....	26
2.2.1. DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO.....	26
2.2.2. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO	26
2.2.3. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.	28
2.2.4. SINDROMES GERIATRICOS	30
2.2.4.1. CAIDAS	30
2.2.4.2. INCONTINENCIA URINARIA	31
2.2.4.3. DELIRIUM.....	32
2.2.4.4. INMOVILIDAD	33
2.2.5. POLIFARMACIA.....	33
2.2.6. ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR.....	34
2.2.6.1. OSTEOPOROSIS.....	34
2.2.6.2. ARTRITIS REUMATOIDE.....	35
2.2.6.3. DIABETES MELLITUS.....	38
2.2.6.4. HIPERTENSION ARTERIAL.....	41
2.2.7. ROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	45
2.2.7.1. HISTORIA	45
2.2.7.2. VALORACION DE ENFERMERIA.....	46
2.2.7.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	47

2.2.7.4. PLANIFICACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	48
2.2.7.5. EJECUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	50
2.2.7.6. EVALUACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	51
2.2.8. CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.	52
2.2.9. EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	53
CAPITULO III	55
3. OBJETIVOS	55
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	55
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	55
CAPITULO IV.....	57
4. DISEÑO METODOLOGICO	57
4.1. TIPO DE INVESTIGACION.....	57
4.2. TIPO DE ESTUDIO	57
4.3. ESQUEMA DE VARIABLES.....	57
4.4. AREA DE ESTUDIO.	58
4.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	58
4.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN.....	58
4.7. CRITERIOS DE INCLUSION:	58
4.8. CRITERIOS DE EXCLUSION:	58
4.9. METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	59
4.10. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.....	60
4.11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	60
CAPITULO V.....	62
5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	62
6. CAPITULO VI.....	90
6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	90
CONCLUSIONES.	93
RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	95
ANEXOS.....	99
ANEXO I	99
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	99
ANEXO II	104



CONSENTIMIENTO INFORMADO	104
ANEXO III	105
FICHA DE OBSERVACION.....	105
ANEXO IV	106
GUIA DE GRUPO FOCAL PARA ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN ÁREA DE CLINICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO.....	106
ANEXO V	107
GUIA DE GRUPO FOCAL PARA PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN ÁREA DE CLINICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO	107
ANEXO VI.....	108
FORMULARIO DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA .	108



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Erika Fabiola Quintuña Carangui, autora de la tesis "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015

Erika Fabiola Quintuña Carangui

C.I. 0302145990



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Jessica Rocío Romero Romero, autora de la tesis “APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015



Jessica Rocío Romero Romero
C.I. 0302627617



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Ana Cristina Sacoto Abad, autora de la tesis “APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015.



Ana Cristina Sacoto Abad

C.I. 0302396163



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo Erika Fabiola Quintuña Carangui, autora de la tesis "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015

Erika Fabiola Quintuña Carangui

C.I. 0302145990



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo Jessica Rocío Romero Romero, autora de la tesis “APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015



Jessica Rocío Romero Romero
C.I. 0302627617



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo Ana Cristina Sacoto Abad, autora de la tesis “APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO AZOGUES, 2014 – 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de junio del 2015



Ana Cristina Sacoto Abad

C.I. 0302396163

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la fuerza mental, física y psicológica necesaria para perseverar y para seguir adelante con mis sueños y que me permitió ver todos los momentos de la vida sean felices o tristes de una manera receptiva y madura. Por iluminarme en todos los momentos de la carrera y de la vida en los que no encontraba respuestas y por no permitirme desmayar en todas mis metas.

A mi familia por el apoyo moral brindado, a mis padres por el buen ejemplo dado durante toda mi vida, por haberme enseñado el valor de que todo se consigue con esfuerzo, por las palabras de aliento en todas las actividades que he realizado, a mis hermanos por la felicidad que me contagian y por ser partícipes de la unión familiar, a mi esposo por ser mi mano derecha en lo propuesto y por el cariño y el amor incondicional ofrecido, a mi hija Daniela por ser la fuente de inspiración para que todas mis acciones se vuelvan realidad, y por la felicidad que me transmite todos los días.

Erika Fabiola Quintuña Carangui

DEDICATORIA

Primer lugar a Dios quien me dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo momento, que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria, por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.

A mis padres por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes hemos llegado a donde estamos.

A mis hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles, quienes han sido mis amigos fieles y sinceros, en los que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante.

A mi esposo, Edison Encalada, que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

Jessica Rocío Romero Romero.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades, sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi hijo Juan David, quien ha sido mi fuente de motivación e inspiración para nunca rendirme en mi carrera y poder llegar a ser un ejemplo para él.

A mi esposo Cristian, que con su cariño y dedicación ha sido siempre un pilar fundamental en mi vida, por haber sacrificado sus sueños para que yo cumpliera con los míos.

A mi padre y a mi madre. Que siempre han estado ahí para mí, brindándome su apoyo incondicional y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

“Ahora puedo decir que todo lo que soy es gracias a todos ustedes”

Ana Cristina Sacoto Abad

AGRADECIMIENTO

La meta alcanzada ha sido posible gracias a nuestro empeño, dedicación, estudio, perseverancia, sacrificios. También las personas que nos brindaron su confianza, su tiempo, su ejemplo de superación, y por supuesto han sido un pilar fundamental durante nuestra carrera, en donde sus consejos, enseñanzas, experiencias nos hicieron querer ser profesionales de calidad con carácter humano.

A la Universidad de Cuenca Escuela de Enfermería por permitarnos recibir información académica de calidad, prestigiosos docentes, de una otra manera acogernos para cursar nuestra vida universitaria.

A nuestra directora y asesora de tesis a la MGTR, Carmen Lucía Cabrera Cárdenas, por el apoyo incondicional, por ser un ejemplo a seguir, por impartirnos sus valiosos conocimientos y experiencias para que esta investigación sea posible de realizar, y por colaborar con nosotras con mucha paciencia y responsabilidad.

LAS AUTORAS

1. CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

“El principal objetivo de la asistencia sanitaria- social e integral, hoy en día, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y actuar aplicando la prevención primaria, antes que se produzca la discapacidad.” (1)

“El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, la geografía en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor” (2)

Las acciones de las enfermeras y enfermeros en el cuidado de la salud a la población adulta mayor sobre todo la que está hospitalizada deben estar orientadas a mantener la independencia, la autonomía, a prevenir y rehabilitar, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación de la salud que brinde satisfacción y permita obtener resultados óptimos en los pacientes (3).

Las personas ancianas que son hospitalizadas por enfermedades agudas presentan con frecuencia deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas a la enfermedad de ingreso.

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología, muchas prácticas del cuidado del paciente son arcaicas están basadas más en rutinas, hábitos que en ciencia y pueden traer consecuencias no deseadas para las personas mayores.

La práctica hospitalaria está diseñada para poblaciones jóvenes por lo que una consecuencia permanente potencialmente evitable es la pérdida de la función e independencia de las personas mayores. Dos características del paciente anciano con procesos mórbidos agudos son la disminución de su reserva funcional y la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar; estas características hacen que el paciente anciano esté en riesgo de complicaciones y discapacidad funcional progresiva, requiriendo necesidades especiales de cuidado.

El objetivo del estudio estuvo orientado a la descripción de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de las y los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas hospitalizados en el área de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo.

La tesis está conformada por varios capítulos:

Capítulo I.- Introducción, planteamiento del problema y justificación en donde se destaca la importancia del tema de investigación, se describe narrativamente el problema y se recalca la relevancia científica, metodológica y social del problema investigado.

Capítulo II.- Marco teórico, en el que se enfatizan los antecedentes en los que constan estudios realizados en otros países cuyos resultados servirán de base para la discusión de los casos y el sustento teórico en el que se

abordan categorías conceptuales como teorías del envejecimiento, factores que influyen sobre el envejecimiento, características demográficas, políticas sanitarias, síndromes geriátricos, problemas crónico – degenerativos prevalentes en el área de estudio, el proceso de atención de enfermería, la calidad del cuidado.

Capítulo III.- Objetivos generales y específicos, que determinan la direccionalidad de la investigación.

Capítulo IV.- Diseño Metodológico, donde se describe el tipo de estudio, el universo, las técnicas de investigación empleadas y una determinación de indicadores para el análisis de la información.

Capítulo V.- Procesamiento y análisis de la información en el que se presenta los resultados en tablas y gráficos estadísticos así como una descripción narrativa de los resultados del grupo focal. La Discusión de Casos en el que se realiza una confrontación de los resultados de la investigación con los de las investigaciones citadas en el marco teórico.

Capítulo VI.- Conclusiones y recomendaciones, donde se resaltan los resultados de la investigación con el análisis e interpretación teórica y se realizan algunos planteamientos a los entes encargados de la atención de los adultos mayores.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres” (4)

“El siglo XX transitó de una esperanza de vida al nacer de 51 años, a principios de los años cincuenta, a una que supera a los 68 años, e incluso a una que ha alcanzado los 75 en varios países” (5).

En el año 2000, el 8.1% de la población en América Latina tenía más de 60 años de edad, mientras las proyecciones para el año 2010 hablan de un 9.6% y para el año 2020, de un 12.4%, según estadísticas de las Naciones Unidas. Sin embargo en la mayoría de países de América Latina las inversiones en el ámbito de la salud de los niños y adolescentes son altamente prioritarias para la salud pública, mientras que a las necesidades sanitarias de las personas de edad, y el establecimiento de infraestructuras para la sociedad que va envejeciendo, rara vez se les presta la atención necesaria (6)

El incremento en la expectativa de vida conseguido en las últimas décadas debe considerarse como uno de los grandes éxitos de la civilización, y, sin duda las mejorías nutricionales conseguidas a lo largo del pasado siglo han contribuido de manera esencial a este éxito, sin embargo el envejecimiento de la población de manera imparable en la mayoría de países del mundo, hace que presten mayor atención a los problemas nutricionales del adulto mayor como uno de los grandes retos nutricionales del futuro. La OMS, en la Conferencia Internacional de Nutrición de 1992, reconoció y priorizó a la población adulta mayor como uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables” (7).

Con la finalidad reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad y calidez en este grupo etario, considerando que la esencia de la enfermería es brindar los cuidados con calidad, calidez, con gran sensibilidad social basados en principios éticos a todas las personas indistintamente de las etapas de la vida que atraviesan y sobre todo a los grupos más vulnerables, como los adultos mayores; así mismo el estudio permitirá contar con información que sirva de base, para otros estudios sobre la satisfacción en los cuidados de enfermería desde el punto de vista del usuario” (8).

“El envejecimiento de la población es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. 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” (9).

Por consiguiente se espera que se incremente la demanda de atención en servicios de salud a las personas adultas mayores; ya que el proceso de envejecimiento trae consigo un conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas y bio-psicosociales que experimentan la persona como consecuencia del tiempo en los seres vivos (10).

“La fragilidad y el contacto con personas de diferentes patologías en centros hospitalarios prolonga la estancia del adulto mayor por complicaciones que no se resuelven fácilmente. Además, producen cuadros agudos graves y conducen a la muerte. El profesional de Enfermería tiene un papel relevante en la atención de los pacientes hospitalizados; ya que los atiende las 24 horas del día y porque su actividad profesional se centra en la atención a las necesidades y los problemas reales y potenciales derivados de su proceso patológico. Los conocimientos teóricos, la experiencia práctica y la sensibilidad de las Enfermeras son el fundamento para identificar

necesidades y problemas en los pacientes hospitalizados. El cuidado de la salud es la esencia de la profesión de Enfermería. Cuidar implica establecer una relación de ayuda con el paciente y su familia, para lo cual es necesaria la relación estrecha y comunicación efectiva sobre todo con los adultos mayores. Esto requiere de recursos intelectuales y de intuición para la toma de decisiones al realizar acciones o actividades que responden a las necesidades particulares de los pacientes” (11).

Algunos autores han definido la satisfacción del paciente como la congruencia entre las expectativas de calidad del cuidado que los pacientes esperan y la que obtienen. El cuidado de Enfermería en los adultos mayores tiene una mayor relevancia porque representan el 70% de los pacientes hospitalizados en el servicio de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo, por lo que presentan mayores necesidades y precisan una atención más estrecha siendo necesario privilegiar el cuidado directo por sobre las actividades administrativas, por lo que la satisfacción de estos pacientes se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y afable, que los haga sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar (12).

La calidad del cuidado de Enfermería se conoce por la satisfacción con dichos cuidados que los pacientes manifiestan. Las Enfermeras podrán proporcionar un cuidado de Enfermería de calidad si cuentan con los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas y humanísticas; pero además, que brinden la confianza que favorezca la comunicación para establecer un diálogo abierto con el paciente para que exprese sus dudas, temores e inquietudes (13).

Las enfermedades crónicas se identifican como aquellas que persisten por largos períodos, afectan de una forma u otra la vida normal de las personas y, generalmente, se pueden solo controlar, no curar, con las intervenciones médicas actualmente disponibles. Si bien, todas las enfermedades crónicas no son necesariamente graves ni mortales afectan la calidad de vida de las

personas que las padecen e, incluso, pueden deteriorar su independencia, como reflejo de una mala salud, de especial connotación en edades avanzadas de la vida. En general, los que padecen de una enfermedad crónica, también presentan otras "intercurrentes" (comorbilidad), situación que aumenta con la edad (13).

En una investigación realizada en Colombia con los adultos mayores el mayor puntaje de enfermedades crónicas fue la hipertensión arterial con un 37,1%, seguida de los problemas visuales con un 34% (14); tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población por lo que presentan tasas más altas de hospitalización con una proporción de 2,4 veces mayor que otros grupos etarios con un promedio de 12 días de estadía en comparación con el promedio de ocho días del resto de la población con excepción de los menores de un año, según las estadísticas del ministerio de salud de Chile del año 1998." (15)

¿ Cómo se está aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el área de Clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de Azogues en el año 2014?.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento del ser humano es un reto al cual no todos las personas alcanzan a llegar; sólo llegan aquellos que han logrado superar los múltiples impedimentos entre ellos los biológicos, sociales y psicológicos que se presentan a lo largo de toda la vida.

Este estudio es importante porque nos permitió disponer de evidencia científica confiable, sobre la aplicación del “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)” para administrar cuidados individualizados de acuerdo a las necesidades básicas de cada adulto mayor.

El cuidado de enfermería debe ofrecer alternativas para evitar la incidencia de complicaciones, y minimizar, los efectos de los largos periodos de hospitalización.

También la investigación tiene un impacto metodológico porque mediante la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas se recolectó información objetiva y subjetiva relacionada con los sentires y nivel de satisfacción del cuidado de enfermería por parte del adulto mayor, así como la percepción del personal de enfermería sobre la calidad del cuidado brindado.

Finalmente la investigación tiene un impacto social porque a partir de la evaluación de la aplicación del PAE se valora la calidad del cuidado de enfermería para validarla, reconceptualizarla, mejorarla y disminuir los riesgos de complicaciones en los adultos mayores, reducir los días de hospitalización, abaratar costos y disminuir los gastos de hospitalización.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La práctica profesional de Enfermería con la finalidad de asegurar la calidad del cuidado brindado instaura el proceso de atención como herramienta de trabajo para planificar y ejecutarlo con un fin específico que el cuidado al adulto mayor cobre sentido y legitimidad social; pues el envejecimiento tiene ciertas particularidades por ser una compleja asociación de interacciones estructurales, funcionales que requieren un cuidado integral, eficiente, realizándose varios estudios sobre el cuidado y aplicación del PAE en el cuidado de pacientes geriátricos, destacándose:

Un estudio realizado en Estados Unidos en 2010 por los enfermeros Thomas Lh, Mac Colle, sobre Medición de la Calidad del Cuidado de Enfermería a Adultos Mayores basado en la percepción de los pacientes y el nivel de satisfacción del cuidado determino que el 90% de este grupo etario estuvo satisfecho con el cuidado porque la enfermera /o atendió sus necesidades de alimentación, movimiento, higiene y confort.

Otro estudio realizado en Valencia – España por Fernández y Román de C en 1999 sobre Cuidados de enfermería del Adulto Mayor Enfermo y su Satisfacción con el Cuidado Recibido en el Hospital Dr. Enrique Tejera a 40 adultos mayores los resultados obtenidos determinan que el 100% de pacientes geriátricos consideran que el cuidado enfermero es de baja frecuencia en relación con las necesidades que tienen y de frecuencia moderada los cuidados relacionados con la higiene personal, los ejercicios en cama, el nivel de satisfacción de las personas de la tercera edad determina que existe insatisfacción con el cuidado en el 95% y satisfacción solo en el 5% de pacientes, el estudio concluye que la enfermera no proporciona frecuentemente los cuidados a pesar de que estos son de suma importancia para la recuperación de la salud; si consideramos que por su

condición de adulto mayor enfermo no puede satisfacer sus necesidades básicas.

También estudios realizados en Carabobo Venezuela en 2012 por las enfermeras Olivety Miriam, Sánchez Mirtha, et al denominado Cuidados de enfermería Al Adulto Mayor Hospitalizado y su Satisfacción con el Cuidado recibido realizado a 40 adultos mayores que representó el 50% del Universo, los resultados muestran que el 82,5% de los adultos mayores opinan que la frecuencia del cuidado de enfermería brindada a ellos es baja, así como el nivel de satisfacción es bajo así lo consideran el 45,5% de adultos mayores.

Finamente una investigación desarrollada en Colombia en 2013 sobre percepciones de la Calidad del Cuidado de Enfermería a Adultos Mayores de autoría de Torres, Contreras Claudia muestra que el 95% de Adultos Mayores consideran que la calidad del cuidado es positiva, el 71,6% de pacientes geriátricos consideran que el cuidado no requiere ser mejorado; sin embargo el 76,85% de pacientes geriátricos consideran que existe debilidad en la dedicación de tiempo al paciente que es bajo al igual que la provisión de información por parte de enfermería.

2.2. SUSTENTO TEÓRICO

2.2.1. DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en su estado basal, pero al ser sometidos a estrés se da la pérdida de reserva funcional (16) (17) (18).

2.2.2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores han revisado extensamente y las han dividido en dos grandes categorías. Las que afirman que el proceso de

envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

TEORÍAS ESTOCÁSTICAS

Envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

A. Teoría del error catastrófico: Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que determinaría daño en la función celular.

B. Teoría del entrecruzamiento: Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

C. Teoría del desgaste: Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

D. Teoría de los radicales libres (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo): Esta es una de las teorías más populares, propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS

El envejecimiento estaría predeterminado.

A. Teoría del marcapasos: Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1970.

B. Teoría genética: A nivel celular es conocido el fenómeno de la apoptosis, o muerte celular programada.

En el hombre, las células madres de piel, los fibroblastos obtenidos de recién nacido se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores).

"Más importante que añadir más años a la vida, es dar más vida a los años". E. Blake

2.2.3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.

La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando considerándose como sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene de 65 años de edad o más, aconteciendo después de esta la muerte.

Sin embargo, las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización; en muchos casos se

sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios. Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad. Las enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, artrosis, Diabetes, Cataratas, Osteoporosis etc.) son más recurrentes en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (19)

FACTORES CONDICIONANTES DEL ENVEJECIMIENTO

Herencia.- En el ADN de los cromosomas de los núcleos de la célula en división, esta toda la información necesaria para formar y hacer funcionar un ser humano (20).

Estilo de vida personal.- Es la forma en que hemos aprovechado la herencia genética, lo que hacemos por nosotros mismos dentro de las limitaciones u oportunidades que nos impone el medio ambiente.

Género y Cultura.- Son factores esenciales porque influyen en todos los demás; el género influye en el estatus social, el acceso a la educación, el trabajo, la salud y la alimentación. Los valores culturales y las tradiciones, determinan la visión que una sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones; también influye en los comportamientos personales y de salud.

Sistema Sanitario y Social.- El sistema sanitario para promover el “Envejecimiento Activo”, necesita tener como objetivos como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la Atención Primaria de Salud y a los cuidados de larga duración. Los servicios sociales y sanitarios deben ser, universales, equitativos, estar coordinados e integrados con un costo-efectividad adecuado.

Factores Económicos.- Están representados por los ingresos, trabajo y protección social, después de la jubilación disminuyen sus ingresos sobre todo de las mujeres; cada vez se reconoce la necesidad de apoyar la contribución activa, productiva contribución a través de su trabajo pagado o como voluntario. realizan las personas mayores, en varios países son las familias las que proporcionan los cuidados a los ancianos dependientes.

Factores Comportamentales: Se refiere a los cambios de comportamiento que pueden asumir relacionados con estilos de vida saludables como actividad física adecuada y regular, comer saludablemente, dejar de fumar, no abusar del alcohol y medicamentos, para prevenir el declinar funcional y enfermedades; prolongar la vida y mejor la calidad de vida.

Factores del Ambiente Social.- El soporte social, las oportunidades en educación y aprendizaje durante toda la vida así como la protección frente al abuso, a la violencia, son factores clave del ambiente social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez (19).

2.2.4. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Son un conjunto de síntomas y signos originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que se manifiestan a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales, son una forma habitual de presentación de las enfermedades en la persona adulta mayor que exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento. (19) (21).

Dentro de los principales síndromes geriátricos se destacan:

2.2.4.1. CAÍDAS

Definida como una falla para mantener una posición adecuada estando sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso; habitualmente, el cambio de nivel experimentado es de un metro o mayor a uno (19).

El síndrome geriátrico de caídas se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como la presencia de dos o más caídas durante un año; se considera que un paciente tiene caídas recurrentes cuando presenta más de tres episodios por mes. Se estima que 30% de las personas con 65 años o más sufren una caída al año; de este grupo, la mitad han presentado en múltiples ocasiones. Representa la primera causa de lesiones no fatales y la quinta causa de lesiones fatales en los adultos mayores.

Los principales factores de riesgo son la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andaderas, alteraciones visuales, depresión, deterioro cognitivo y dependencia funcional; también se considera como otro factor de riesgo de caída el uso de medicamentos como antidepresivos, anti arrítmicos, digoxina, diuréticos, insulina particularmente la de acción rápida y ultrarrápida. (19).

2.2.4.2. INCONTINENCIA URINARIA

Definida como la pérdida involuntaria de orina en cantidad o frecuencia, se convierte en un problema de salud que afecta la imagen social, es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. Se presenta entre 14 a 25% de los adultos mayores y es más frecuente en las mujeres.

La incontinencia urinaria puede ser clasificada de múltiples formas de acuerdo al tiempo de evolución del padecimiento puede ser aguda o transitoria se presenta de forma súbita y es causada por enfermedades potencialmente reversibles y/o tratables.

También se clasifica de acuerdo a las lesiones neuromusculares en:

Incontinencia de esfuerzo: Caracterizada por una fuga urinaria leve o moderada, secundaria al aumento de la presión intraabdominal por toser, reír o hacer ejercicio causada por una falla del esfínter uretral debido a

debilidad intrínseca o falla en la contracción, está asociado a alteraciones estructurales del piso pélvico, particularmente en las mujeres.

Incontinencia de urgencia.- Caracterizada por pérdidas involuntarias de orina habitualmente de gran volumen por disfunción en el vaciamiento de la vejiga, está asociada a contracciones vesicales espontáneas o provocadas durante la fase de llenado de la vejiga resultando imposible contener o evitar por el paciente, perdiendo el control sobre la emisión de orina.

Incontinencia por rebosamiento: Es aquella que se caracteriza por una pérdida constante de orina y en pequeñas cantidades producto de un vaciamiento incompleto y un residuo vesical cada vez mayor lo que lleva al rebosamiento.

Incontinencia funcional: Es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, produciéndose el escape de orina antes de evacuar.

Incontinencia mixta: Combina la hiperactividad del musculo detrusor con la incontinencia de esfuerzo.

Incontinencia total: Ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fistulización anormal en el tracto urinario (19).

2.2.4.3. DELIRIUM

Es un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañado por el cambio de las funciones cognitivas, se desarrolla de forma aguda, fluctúa a lo largo del día y no es atribuible a un estado demencial, aunque puede presentarse en pacientes con deterioro cognitivo. Es una patología frecuente en adultos mayores, la prevalencia en ancianos hospitalizados se encuentra entre 8 a 12% (19).

Existen diversos factores que predisponen a la presencia del delirium: edad mayor de 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas, demencia, deterioro cognitivo, antecedentes de delirium, depresión, dependencia funcional, inmovilidad, baja actividad física, historia de caídas, deshidratación, desnutrición, polifarmacia, abuso de alcohol, enfermedad aguda severa, múltiples comorbilidades, enfermedad renal o hepática crónica, antecedente de enfermedad vascular cerebral, alteraciones metabólicas, fracturas, trauma y enfermedad terminal.

2.2.4.4. INMOVILIDAD

La inmovilidad es un síndrome que afecta significativamente la calidad de vida de los adultos mayores tiene múltiples causas y según el factor etiológico tendrá signos y síntomas característicos; por ej. . el evento cerebro vascular provoca una postración aguda, la osteoartritis, insuficiencia cardiaca, EPOC, producen deterioro de la movilidad gradualmente; otras enfermedades autoinmunes, caídas, etc producen inmovilidad recurrente. Las principales causas son la debilidad, dolor, la rigidez, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos (19).

2.2.5. POLIFARMACIA

Es el consumo diario de dos, tres o hasta cinco medicamentos por parte del adulto mayor de forma crónica lo que le coloca en situación de vulnerabilidad para la aparición de efectos adversos asociados al consumo de fármacos y que producen morbilidad e incluso mortalidad de este grupo.

La vulnerabilidad y el riesgo se producen porque las personas mayores presentan una disminución de los sistemas de eliminación y múltiples patologías concomitantes. El profesional de la salud debe conocer los cambios fisiológicos las interacciones farmacológicas, efectos secundarios de los medicamentos. Estudios epidemiológicos demuestran que la iatrogenia institucionalizada en el adulto mayor es muy frecuente, evidenciado en un estudio que muestra que el 40% de las recetas médicas

no son revisadas en periodos largos, el 30% de las prescripciones son erradas y un 10% son innecesarias (19).

2.2.6. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

2.2.6.1. OSTEOPOROSIS.

Es el trastorno metabólico del hueso, aparece cuando el organismo es incapaz de formar suficiente masa ósea nueva o cuando parte de esta es reabsorbida por el cuerpo, pudiendo presentarse las dos situaciones simultáneamente.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a los ancianos, el hueso se vuelve más poroso, con aire en su interior, aumento del número y tamaño de las cavidades o celdillas del hueso esponjoso, los huesos se hacen más frágiles, no resisten los golpes y se rompen con facilidad; las fracturas son el signo y la principal consecuencia de esta enfermedad, también se considera una consecuencia del envejecimiento y una alteración del metabolismo de la vitamina D.

Fisiopatología.- En la osteoporosis se produce una disminución global del tejido óseo, por pérdida de las proteínas que conforman la matriz ósea y de las sales minerales cálcicas que se depositan en ella.

La lámina de hueso compacto o cortical está formada por una red de láminas concéntricas con un canal central por donde discurren los vasos sanguíneos que lo nutren. El hueso esponjoso se localiza en las partes internas de los huesos largos, planos o cortos formado por una red de trabéculas, similar a la red de una tela metálica.

Esta pérdida comienza por el adelgazamiento de las trabéculas del hueso esponjoso y por la interrupción de las conexiones en la red. El hueso compacto se adelgaza y pierde su grosor. De esta manera, los dos tipos de

hueso se hacen menos resistentes, aguantan menos los impactos y las caídas, se fracturan con facilidad.

SÍNTOMAS

- Fracturas a repetición de huesos largos (fémur, húmero, radio en la muñeca) ante mínimos golpes, caídas o de forma espontánea.
- Fracturas vertebrales por pequeños movimientos (agacharse, toser, estornudar) e incluso sin factores desencadenantes.
- Cambios en la estructura corporal, con pérdida de altura, aparición de cifosis distensión abdominal.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la osteoporosis es la reducción del número de fracturas, la herramienta fundamental para conseguir este fin es construir un hueso fuerte y resistente, evitar la pérdida de masa ósea. El pico de masa ósea de cada persona está condicionado por su carga genética, por lo que la principal medida terapéutica es concientizar a la población joven, adolescente, especialmente a la femenina, el consumo de una cantidad adecuada de calcio, el desarrollo de ejercicio físico y la supresión de hábitos nocivos como alcohol y tabaco, con el fin de mantener una buena cantidad de masa ósea.

El tratamiento se realiza con medicamentos con calcio como Vitamina D, Estrógenos. Etidronato, Alendronato. Risedronato, Raloxifeno, Calcitonina, Teriparatida.

2.2.6.2. ARTRITIS REUMATOIDE.

Es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune, inflamatoria, los signos y síntomas se localizan predominantemente a nivel articular caracterizados por deformaciones óseas, es una de las principales causas

de discapacidad, va acompañada de problemática social importante, así como de un gran costo sanitario.

En la bibliografía médica internacional se considera artritis reumatoide (AR) del anciano la que afecta a las personas mayores de 65 años. Es una enfermedad multisistémica autoinmune crónica de causa desconocida; el principal signo clínico es la afectación articular caracterizada por la inflamación de las articulaciones diartrodiales que en ocasiones se acompaña de manifestaciones sistémicas extra articulares. La población anciana presenta frecuentemente comorbilidades asociadas que requieren múltiples tratamientos concomitantes y una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas, por el cambio del metabolismo que alteran la farmacocinética e incrementan la vulnerabilidad para eventos adversos y iatrogenia.

CLASIFICACIÓN

Halley clasificó la artritis reumatoide del anciano en tres grupos:

Artritis reumatoide seropositiva: La artritis reumatoide seropositiva es la más frecuente y es una artritis reumatoide del adulto joven; caracterizada por una poliartritis aditiva que afecta a las pequeñas y grandes articulaciones tiene el factor reumatoide positivo, generalmente es erosiva y puede presentar nódulos subcutáneos.

Artritis reumatoide con síndrome de Sjögren.- Se acompaña de sequedad de mucosas por lo que se utiliza la biopsia salival, el factor reumatoide no es significativo. La afección articular es más leve, la artritis afecta fundamentalmente a las muñecas, articulaciones metacarpo falángicas. No presenta erosiones, aunque en ocasiones hay una discreta disminución de la interlínea articular. En la artritis reumatoide con afección rizo mélica la sinovitis afecta predominantemente a grandes articulaciones,

como la cintura escapular y pelviana. El factor reumatoide es negativo y la velocidad de sedimentación globular (VSG), esta elevada.

Artritis reumatoide seronegativa, de inicio similar a la poli mialgia reumática: La poli mialgia reumática se presenta de forma aislada o asociada con una arteritis temporal. Ambas entidades, aunque la PMR más que la arteritis, pueden presentar sinovitis durante su evolución.

La poli artritis seronegativa o seropositiva del anciano puede presentar una poli mialgia reumática o una arteritis temporal de células gigantes como una forma de presentación de una artritis reumatoide, también puede presentar edema como forma de presentación o durante su evolución.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la artritis reumatoide seropositiva del anciano es igual o peor que la artritis reumatoide del adulto joven por la comorbilidad inherente a la edad. Los estudios de seguimiento de la poli mialgia reumática evidencian que a los 2 años el 48-54% de los casos están sin tratamiento.

TRATAMIENTO

El anciano es un paciente especial, dentro del tratamiento hay que tomar en cuenta la polifarmacia, las reacciones adversas, las interacciones medicamentosas, la farmacocinética y la farmacodinamia. La eficacia terapéutica se alcanza con dosis pequeñas para minimizar las reacciones adversas.

La artritis reumatoide seropositiva del anciano debería tratarse con un tratamiento inductor de remisión, luego del diagnóstico; prescribir un único fármaco o una combinación dependerá de las características individuales de cada paciente. El metotrexate es el tratamiento inductor de remisión más utilizado para el adulto joven; existen estudios retrospectivos que sugieren que el metotrexate a dosis bajas es útil para el tratamiento en los ancianos.

Los glucocorticoides a dosis bajas (4-8 mg/cada día) son los fármacos más utilizados en esta enfermedad, diversos autores consideran que es el tratamiento de elección; no obstante, deben tenerse en cuenta los efectos secundarios que pueden producir en los ancianos.

2.2.6.3. DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, desorden metabólico de múltiples etiologías caracterizado por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas, proteínas producido por defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina por deficiencia parcial o absoluta en la producción por el páncreas (19).

Es una enfermedad crónica que requiere cuidado médico continuo y autocuidado del paciente para prevenir complicaciones agudas y reducirlas las de largo plazo (ADA 2009).

La primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud Pública, señala que existe un incremento de la obesidad, del sedentarismo, malos hábitos nutricionales, al igual que la diabetes está presente en el 7% de los adultos del país, determinando que uno de cada dos diabéticos desconoce su condición, lo que indica que existe una prevalencia alta.

La diabetes es una de las patologías que genera discapacidad, especialmente en los adultos y adultos mayores, el manejo de esta enfermedad requiere el consumo de una gran parte de los recursos sanitarios de todos los países. Las complicaciones crónicas, particularmente las cardiovasculares representan la mayor causa de mortalidad en estos pacientes. Entre las complicaciones más frecuentes en el paciente diabético son están las infecciones urinarias, respiratorias, lesiones de piel, arterioesclerosis.

La fisiopatología indica que la insulina se produce en pequeñas zonas del páncreas, denominadas células beta de los islotes de Langerhans, es la principal hormona encargada del metabolismo de los carbohidratos, de las grasas y proteínas así como de la captación celular de la glucosa.

Cuando no existe insulina en el organismo, el principal carbohidrato que se ingiere en la dieta, la glucosa, no puede penetrar en algunas células y se acumula progresivamente en el torrente circulatorio, luego del ayuno nocturno la cifra normal de glucosa es de 60 a 110 mg/dl, considerándose a un paciente como diabético cuando la glicemia en ayunas se eleva sobre los 126mg/dl. Dicha elevación es la que caracteriza a todos los tipos de diabetes y se conoce como **HIPERGLICEMIA**.

Cuando el nivel de glucosa en sangre es superior a los 180mg/dl, se filtran cantidades crecientes por la orina, debido a que el riñón puede conservar o ahorrar glucosa, hasta ese límite, pero no por encima del mismo. El azúcar que se elimina por la orina debe ir disuelto en líquido, sumado a la disminución de la hormona antidiurética aumenta la secreción tubular de agua al túbulo colector por lo que el volumen de orina aumenta notablemente y se produce **POLIURIA**.

El organismo ante la continua pérdida o eliminación de agua debe reponerla, produciendo alteración de la osmolaridad, cambio de la viscosidad de los líquidos corporales, alteraciones circulatorias que estimula a los osmoreceptores hipotalámicos y activa el centro de la sed produciendo sed en el paciente diabético ingiriendo grandes cantidades de líquido en cualquier forma signo conocido como **POLIDIPSIA**.

Cuando falta la insulina en el organismo no se absorbe los micronutrientes a nivel celular y el paciente tiene una sensación de ayuno, por lo que continuamente busca alimento y tiene una sensación exagerada de hambre o **POLIFAGIA**. Sin embargo es común encontrar lo opuesto, que el

paciente pierda progresivamente el apetito denominado **HIPOREXIA**, perdiendo peso aceleradamente.

En pacientes diabéticos de algunos años presentan una cierta tolerancia pudiendo soportar niveles elevados de glucosa sanguínea sin mayores molestias, por haberse acostumbrado a vivir en un ambiente elevado de azúcar.” (9)

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

La diabetes se clasifica en tipo uno, tipo dos, pero se revisara la de tipo dos por estar relacionada con los adultos mayores.

Diabetes tipo 2: Resulta de un defecto progresivo en la secreción de insulina, asociado a insulino-resistencia. Corresponde al 90% de la diabetes en la población adulta.

Otros tipos específicos de diabetes debido a otras causas: Defectos genéticos en la función de la células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la Fibrosis Quística) y aquella inducida por drogas o químicos (como en el tratamiento del HIV o luego de un trasplante).

Diabetes gestacional: Diabetes diagnosticada durante el embarazo.

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO

Los fármacos orales se indican en la DM2 con mal control metabólico en base dieta exclusiva. Se seleccionan según el paciente (IMC, nivel glicemia y estabilidad clínica) y características de la droga por ejemplo la Gliblenclamida, Metformina.

NO FARMACOLÓGICO

La Insulina se indica en DM1 por falla definitiva de célula beta o en DM2 con requerimiento transitorio por problema intercurrente como: infecciones, eventos cardio o cerebrovasculares agudos, situaciones de mayor requerimiento (cirugías, traumatismos, quemaduras, embarazo y otros). Salvo emergencia, su administración es subcutánea. La insulina está además indicada en la DM2, cuando no se ha logrado su control con los antidiabéticos orales o en caso de contraindicaciones a su uso. Las insulinas pueden ser: NPH, Cristalina, Análogos ultra rápidos, análogos basales.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Enfermedad cardiovascular: La enfermedad cardiovascular es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en los individuos con diabetes y es la que más contribuye a los costos directos e indirectos. ADA 2009.

Enfermedad renal crónica: En etapas tempranas reducir el aporte proteico. El daño renal se define como alteraciones patológicas en sangre, orina o pruebas de imagenología.

2.2.6.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular de origen complejo que se diagnostica por un signo clínico, la elevación de la presión arterial.

El envejecimiento de la población, ha incrementado significativamente la relación presión arterial/Riesgo cardiovascular, multiplicando la prevalencia de HTA en las personas de edad avanzada. Las tasas absolutas de ancianos hipertensos han pasado de una tasa porcentual del 40 % hasta una tasa del 60 al 70%, incrementándose la prevalencia en función de la edad.

El criterio más habitual para hipertensión arterial toma como límite una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg de forma sostenida. El riesgo cardiovascular se incrementa conforme la presión del paciente aumenta arbitrariamente y en el equilibrio entre los beneficios del tratamiento y riesgo de no realizar el tratamiento.

CAUSAS O FACTORES DE RIESGO

MODIFICABLES

- **Tabaquismo:** Fuma uno o más Cigarrillos al día.
- **Dislipidemias:** Colesterol total $\geq$ a 200mg/dl o colesterol LDL $\geq$ a 130mg/dl o colesterol HDL $<$ de 40 mg /dl y triglicéridos (TGC) $\geq$ a 150 mg/dl.
- **Diabetes Mellitus:** Glicemia en ayunas $\geq$ a 126 mg/dl en al menos dos ocasiones o glicemia casual $\geq$ a 200 mg/dl asociada a síntomas clásicos.

NO MODIFICABLES

- **Etnia:** Estudios realizados han demostrado, niveles más altos de hipertensión arterial en la etnia negra.
- **Edad y sexo:** Hombre $\geq$ 45 años o mujer post-menopáusica.
- **Antecedentes personales:** De enfermedad cardiovascular.
- **Antecedentes familiares de enfermedad Cardiovascular:** Sólo cuando éstos han ocurrido en familiares de primer grado (madre, padre o hermanos).
- **Sensibilidad a la sal:** La causa de esta sensibilidad especial a la sal es variable, presentado el aldosteronismo primario, la estenosis bilateral de la arteria renal, las enfermedades parenquimatosas renales, o la hipertensión esencial con renina baja aproximadamente la mitad de los pacientes.

PATOGENIA

En el hombre aparecen modificaciones de la función y estructura del árbol vascular, del sistema cardiovascular y renal con la edad, cuya intensidad aumenta con la presencia de HTA.

De las tres capas que componen la pared arterial (íntima, media y adventicia), es en la media y sobre todo en la íntima donde se producen las mayores alteraciones con la edad a causa del remodelado vascular inducido por la elevación de la presión arterial y otros factores de riesgo vascular y el proceso de envejecimiento.

Con el envejecimiento los lípidos se colocan entre las fibras de elastina, facilitando el depósito de calcio, la capa media aumenta de espesor con la edad, calculándose el incremento en más del 20 % anual, hipertrofia e hiperplasia de células musculares lisas, con mayor síntesis de colágeno. La matriz que envuelve a las células se degrada por incremento de las elastasas que destruyen la elastina produciendo incremento del cociente colágeno/elastina que provoca la pérdida de elasticidad en las arterias sobre todo en la aorta que en el envejecimiento pierde su elasticidad, su capacidad de reservorio afectándose la distensibilidad lo que determina que el volumen de eyección cardíaco se transmita íntegramente a la periferia con el resultado de un aumento de la presión sistólica y la brusca caída de la presión diastólica.

Con el envejecimiento se producen en el corazón en el componente mecánico (hipertrofia de la pared posterior del ventrículo izquierdo) como en **el sistema eléctrico cardíaco**, al igual que en las arterias, se produce aumento del colágeno en la capa sub-epicárdica y subendocárdica, que se hace menos soluble, más estable y más rígido; aumentando las zonas de fibrosis y de calcificaciones en válvulas y anillos valvulares. En el sistema eléctrico en general se produce pérdida de células sinusales, nodales y de fibras específicas de conducción del haz de His, lo que produce la

disminución del gasto cardíaco en el anciano como consecuencia de una menor contractilidad miocárdica.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- ✓ Optima: <120/80
- ✓ Normal: 120-130/80-85
- ✓ Normal alta: 130-139/85-89
- ✓ Grado I: 140-159/90-99
- ✓ Grado II: 160-179/100-109
- ✓ Grado III: >180/>110

COMPLICACIONES

Riesgo Cardiovascular: El Riesgo Cardiovascular es definido como la probabilidad que tiene una persona de presentar una enfermedad cardiovascular (ECV), cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, en un periodo determinado de tiempo, generalmente 10 años.

En los cuales tenemos:

1. Riesgo Coronario Total
2. Enfermedad Cerebrovascular
3. Muerte Súbita
4. Retinopatía.
5. Nefropatía.

TRATAMIENTO

No Farmacológico:

- Dejar de fumar.
- Reducir el peso.

- Dieta DASH: rica en potasio y calcio. Se basa en un consumo elevado de frutas y vegetales, con disminución de la ingesta total de grasas y la proporción de grasas saturadas. Se recomienda comer más pescado.
- Reducir la sal: (menos de 6g de sal común al día).
- Ejercicio físico: moderado aeróbico como andar, correr, nadar, bailar, aeróbicos, ciclismo; practicando de forma regular y gradual (30 a 45 minutos al día, 3-5 días a la semana.
- Manejo de stress.

Farmacológico:

Los principales grupos de Hipertensivos son los inhibidores de la ECA, antagonistas de Angiotensina y bloqueadores adrenérgicos, calcio antagonistas por ejemplo enalapril.

2.2.7. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**2.2.7.1. HISTORIA**

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, desempeñar los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. Además de realizar actividades médico delegadas (11).

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha

sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace veinticinco años, es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

CONCEPTO.- Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

“Es un método ordenado y sistemático cuyo propósito es obtener información, identificar signos y síntomas de enfermedad o de bienestar tanto en el individuo, familia o comunidad, para así poder planificar, ejecutar y evaluar cuidados (22).

El proceso de atención de enfermería consta de las siguientes etapas”. (23)

2.2.7.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Es la primera etapa del proceso se la defina como la etapa de recolección sistemática de la información para la identificación y priorización de los problemas.

Consta de la obtención y análisis de la información relacionada con la situación de salud-enfermedad del adulto mayor. En esta etapa del proceso utiliza técnicas de valoración sensoriales como preguntar, observar, tocar, medir, escuchar, percibir, técnicas instrumentales con el uso de equipos específicos como estetoscopios, tensiómetro, termómetro, además están la revisión de exámenes de laboratorio clínico, exámenes radiográficos, ecográficos y la entrevista; consta de dos componentes recolección de

información y revisión de documentos sistemáticamente para diagnosticar los problemas e identificar los factores que intervienen.

Los datos que se recolectan pueden ser de dos tipos subjetivos y objetivos.

DATOS SUBJETIVOS

Los datos subjetivos se pueden describir desde la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser recolectada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo.

A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente como la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

DATOS OBJETIVOS

Los datos objetivos consisten en información observable y mensurable, habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos vista, olfato, oído y tacto durante la exploración física del usuario. Las fuentes pueden ser: Primarias o Secundarias.

2.2.7.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En esta etapa la enfermera deberá elaborar juicios sobre la condición del adulto mayor valorado, los mismos que deberán ser efectuados con

autonomía, independencia y autoridad profesional. Entre los tipos de diagnósticos tenemos dos grupos.

- **Diagnósticos reales** dentro del que constan el de **bienestar o salud** que hace referencia a los signos y síntomas referidos a la situación biológica, psicológica y social del adulto mayor, estarán enfocados siempre a la promoción y prevención de la salud, dentro de este grupo tenemos también los de **enfermedad o problemas**, que son juicios elaborados sobre las alteraciones bio-psico-sociales identificadas por manifestaciones de signos y síntomas, estos estarán enfocados a la recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Diagnósticos potenciales** los cuales están orientados a mantener el buen estado de salud del adulto mayor a través de acciones de promoción y prevención, y a evitar complicaciones a través de la curación y rehabilitación de la salud.

El diagnostico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden: Formas de Prevención y promoción y Formas de rehabilitación.

2.2.7.4. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería consiste en priorizar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, plantear metas, y planear los diferentes cuidados específicos para cada adulto mayor. En esta etapa debemos tener en cuenta el planificar los cuidados en base a las funciones independientes, o propias de la profesión, de decisión y responsabilidad de enfermería., las funciones

interdependientes en las cuales las funciones de enfermería deben complementarse con las de otros profesionales.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

La selección de prioridades: Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos, ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo, que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Las prioridades se establecen según Koziererb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- La importancia vital del problema encontrado
- La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.
- La prioridad que les da el usuario.
- Los planes de tratamiento médico
- Los recursos de enfermería.
- El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas.

2.2.7.5. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Consiste en la realización de todos los cuidados de enfermería anteriormente planteados, aplicando conocimientos científicos y técnicas específicas en los procedimientos y cuidados de enfermería. Siempre teniendo en cuenta la importancia de la comunicación con el adulto mayor dentro de esta etapa.

La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

En la etapa de ejecución el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

La revisión de las acciones a ejecutar obedece a la necesidad de actualización que el plan requiere.

De acuerdo a la condición del usuario, el plan escrito previamente puede variar total o parcialmente y es necesario percibir los aspectos que en el momento de la ejecución no serían apropiados. El plan no es rígido sino que se configura y ejecuta para proveer un servicio óptimo al usuario.

2.2.7.6. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, sea por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

Es la comprobación de los resultados obtenidos con la ejecución de los cuidados de enfermería, relacionando el estado de salud del adulto mayor en el momento de la planificación del cuidado con la situación actual del mismo. Lo que permitirá determinar la calidad del cuidado y el replanteamiento de acciones y metas si fuera necesario.”(10)

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio y son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán modificados. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

Si las metas se logran parcialmente o no se logran, debe reunirse datos para examinar los errores.

Deben responderse las siguientes preguntas:

- ¿Se lograrán las metas a corto plazo?
- ¿Son reales estas metas para el paciente?
- ¿Qué es lo que es importante para él?
- ¿Cree el paciente que estas metas son importantes?

- ¿Puede él indicar que es lo que cree que esta retardando el logro de las metas?

2.2.8. CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

La expresión “calidad”, proviene del Latín *qualitas* que significa perfección, a través de los años el concepto de calidad se ha transformado de acuerdo a la época, al contexto y a las necesidades donde se requiera describir y evaluar.

Florence Nightingale fue la pionera en Introducir el concepto de calidad en el cuidado del enfermo quien postulo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales”.

La percepción según Hermann L.F. Helmholtz como dimensión de la calidad, es la experiencia sentida y expresada por el paciente la cual en la mayoría de las veces, no se relaciona con aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, bienestar, protección, comprensión, información, determinada por el contexto donde se brinda el cuidado.

La calidad del cuidado de enfermería, involucra varios componentes, desde la esencia misma de lo que son los cuidados hasta los medios para prestar los mismos. El personal 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 paciente.

Para brindar un cuidado de calidad se requiere de personal administrativo y asistencial donde los profesionales del área de la salud como: médicos, enfermeras, terapeutas de todas las áreas, nutricionistas, auxiliares de enfermería entre otros son quienes brindan la asistencia integral al paciente, siendo las enfermeras las responsables directas del cuidado holístico del

paciente, valorando, planeando, ejecutando, controlando y evaluando su asistencia.

2.2.9. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

El cuidado de enfermería es el bien interno de la profesión, fin específico por la cual esta actividad cobra sentido y le otorga legitimidad social a la profesión. Por ello, es importante tener en cuenta nuevas alternativas que permitan dar una atención integral a los pacientes mediante el cumplimiento cabal de los procesos y procedimientos.

La evaluación se fundamenta en un proceso de reflexión permanente de lo que hacemos, de los cambios y resultados en el cuidado. Es la mirada crítica que permite crear e inventar una infraestructura, procesos que mejoren el contexto de los servicios y del ser en enfermería. Evaluar es indagar, contrastar realidades y describir las limitaciones y las oportunidades en el acto de cuidar.

Evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático, actividad organizada e intencionada, mediante la cual las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones y demuestran el deseo de adoptar acciones más eficaces; permiten identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar, e identificar el alcance de los objetivos, determinar si las actuaciones de enfermería están finalizadas o deben revisarse y cambiarse.

Los resultados se convertirán en un punto de partida para el planeamiento de alternativas de mejoramiento del cuidado de enfermería y por ende de la prestación de servicio, así mismo aportar al desarrollo de investigaciones en esta área donde la enfermería tiene amplio campo de acción.”(11)

DIMENSIONES DE LA CALIDAD.- Está representada por el acceso a una asistencia integral y al nivel de satisfacción del usuario y del prestatario de salud

- a) **Asistencia Integral.-** Conjunto de lineamientos fundamentados en principios que orientan la forma en que el personal de salud organiza para implementar acciones de vigilancia, promoción, prevención, vigilar y controlar el daño, brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de la asistencia están el acceso a medios de diagnóstico, la relación terapéutica enfermera – paciente, el acceso a la información necesaria para el diagnóstico, la dotación de equipos y materiales para la atención, la calidad técnica del equipo de salud, la destreza para el desarrollo de procedimientos.

- b) **Satisfacción del cuidado.-** Evaluación positiva sobre las dimensiones del cuidado recibido y brindado, es decir, son las percepciones tanto del adulto mayor hospitalizado que es atendido en la satisfacción de sus necesidades básicas como de la enfermera que brinda el cuidado planificado en base a los problemas identificados y priorizados.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado de los adultos mayores con problemas crónicos degenerativos hospitalizados en el área de clínica del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues 2014 - 2015.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Identificar las características demográficas edad, sexo del personal de enfermería y de los adultos mayores que participan en la investigación.
- 2.** Describir las características del proceso de atención de enfermería aplicado en el cuidado del adulto mayor hospitalizado con problemas crónico degenerativos.
- 3.** Valorar la calidad del cuidado de enfermería brindado mediante la aplicación del proceso a los pacientes con problemas crónico – degenerativos hospitalizados en el servicio de clínica.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

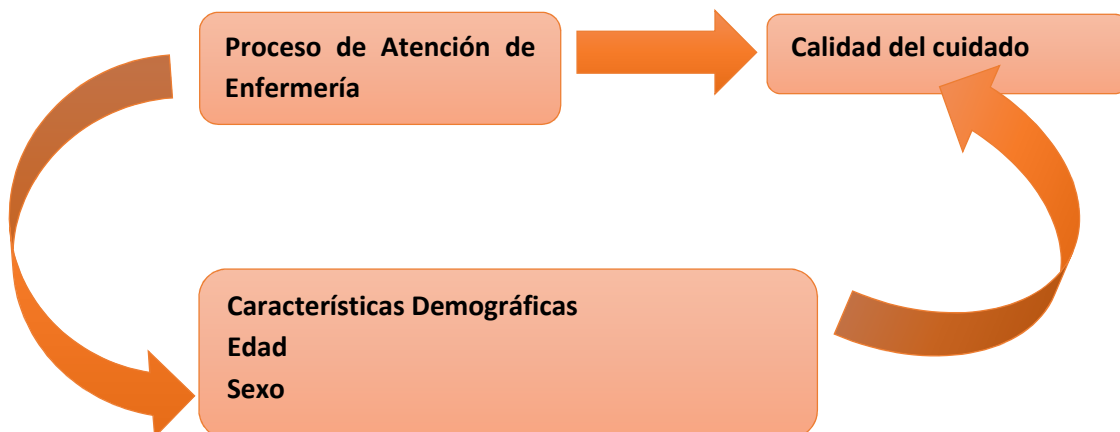
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es Cuali-cuantitativo porque se emplearon técnicas de investigación cualitativa y técnicas cuantitativas para el estudio del problema de investigación.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, que realizó una descripción de las características del proceso de atención de enfermería en el cuidado directo y la calidad del cuidado derivado de su aplicación.

4.3. ESQUEMA DE VARIABLES.



4.4. ÁREA DE ESTUDIO.

El Hospital homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues en el área de clínica

4.5. UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo estuvo constituido por 8 enfermeras, 6 internas de Enfermería que laboran en el área de clínica y 50 pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas ingresados en dicha área del hospital Homero Castanier Crespo durante el periodo de investigación, por tal razón no se hizo el cálculo muestral.

4.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Profesionales e internas de enfermería que laboran en el área de clínica del hospital Homero Castanier Crespo.

Adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el área de clínica del hospital homero Castanier Crespo.

4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Dentro de los criterios de inclusión están:

- ✓ Pacientes hospitalizados adultos mayores de 65 años.
- ✓ Pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas.
- ✓ Personas que hayan firmado y leído el consentimiento informado.
- ✓ Personas que participen voluntariamente

4.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes hospitalizados menores 65 años.

- ✓ Pacientes adultos mayores con enfermedades no degenerativas.
- ✓ Personas que no hayan firmado ni leído el consentimiento informado.
- ✓ Personas que no participen voluntariamente.

4.9. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Las técnicas de investigación empleadas fueron técnicas cuantitativas como la observación sobre la calidad del cuidado, la aplicación del proceso, observación que duro 40 horas, otra técnica empleada fue la entrevista; también se utilizó técnica cualitativas como el grupo focal con los adultos mayores y el personal profesional de enfermería para receptar las percepciones sobre la calidad del cuidado recibido y brindado.

FORMULARIO DE ENTREVISTA.

El formulario de entrevista aplicado a los adultos mayores para la recepción de sus opiniones sobre la calidad del cuidado recibido a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

Una encuesta aplicada al personal de Enfermería que nos ayudó a evaluar cómo se emplea cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del adulto mayor.

GRUPO FOCAL.

Se formó dos grupos focales, uno con 10 *adultos mayores* para recoger opiniones sobre cómo perciben la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y otro con las *enfermeras* para recoger la opinión sobre como aplican el proceso de enfermería en el cuidado del adulto mayor hospitalizado.

GUÍA DEL GRUPO FOCAL.

La guía de grupo focal recogió las percepciones tanto de las enfermeras como de los adultos mayores sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Instrumento en el que se chequeó los resultados de la observación realizada a las enfermeras sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del adulto mayor en el servicio de clínica.

4.10. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la tabulación de la información se utilizó los programas Spss y Excel, la presentación de los resultados se lo realiza mediante tablas en frecuencias y porcentajes. Para el análisis de la técnica cualitativa se empleó el análisis narrativo.

INDICADORES DE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para el procesamiento de la información sobre la calidad del cuidado se han elaborado los siguientes indicadores.

Buena.- Cuando el paciente exprese su satisfacción por el cuidado recibido y la atención de sus necesidades como alimentación, higiene y confort, movimiento, seguridad, asistencia, acceso a fuentes de comunicación.

Mala.- Cuando el paciente exprese su insatisfacción por el cuidado recibido por falta de atención de la enfermera para atender sus necesidades básicas.

4.11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El proceso se inició con la prueba piloto en una población de características parecidas a la investigada con la finalidad de ajustar los instrumentos de recolección.

Se solicitó el permiso al director del hospital mediante un oficio para la realización de la presente investigación.

Previo a la aplicación de la encuesta a los adultos mayores se les informó y solicitó la firma del consentimiento informado, la encuesta fue administrada por las investigadoras.

Los instrumentos de recolección de información de las y los profesionales de enfermería fueron completados por cada una de las participantes de forma individual lo que posibilitó captar información de las mismas de forma más adecuada.

Posteriormente, se formó un grupo focal con 10 adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el área de clínica dirigido por las investigadoras en el cual las moderadoras recetaron las opiniones de los participantes sobre la atención por parte del personal de enfermería.

Otro grupo focal con la enfermeras y estudiantes de enfermería para lo cual las moderadoras guiaron la temática objeto de la investigación, además se utilizó la guía de observación para determinar cómo se está aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

CAPITULO V

5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados de la investigación se presentan de dos formas:

- La información relacionada con las variables y técnicas cuantitativas se presentan en tablas y gráficos estadísticos.
- La información correspondiente a las variables y técnicas cualitativas se presentaran en textos narrativos.
- Los datos recolectados corresponden a dos universos personal de enfermería y población adulta mayor hospitalizada en el área de clínica.
- Para el análisis de la Información se emplea la estadística descriptiva aplicando frecuencias y porcentajes.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN EDAD Y SEXO. AZOGUES 2015

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	FRECUENCIA	PORCENTAGE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65 - 75	18	36	8	16	26	52
MAS 75	14	28	10	20	24	48
TOTAL	32	64	18	36	50	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- La tabla muestra que el 64% de la población adulta mayor hospitalizada corresponde al sexo femenino, el 32% son hombres del grupo

etario mayor a 75 años de edad, lo que confirma las estadísticas del INEC 2010, en donde las mujeres corresponden el mayor número de la población adulta mayor ecuatoriana, la esperanza de vida calculada es de 76 años lo que es superado por la población estudiada, debido a la presencia de procesos protectores, como vivienda, tipo de alimentación, cuidado de los hijos lo que podría crear condiciones favorables para un envejecimiento favorable como se observó en la tabla.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN EDAD Y SEXO. AZOGUES 2015.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	FRECUEN- CIA	PORCENTA- JE	FRECUEN- CIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 30	7	50	1	7,14	8	57,14
30,1 – 40	3	21,43	-	-	3	21,43
40,1 – 50	1	7,14	-	-	1	7,14
MAS DE 50	2	14,28	-	-	2	14,28
TOTAL	13	92,85	1	7,14	14	99,99

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- El 50% del personal de Enfermería es joven, entre 20 – 30 años, de los cuales el 62,5% corresponden a Internos de Enfermería personal en formación que necesita el acompañamiento profesional, lo que muestra que responsabilidad del cuidado esta sobre este recurso, lo que podría constituirse en un factor de riesgo para la aplicación del proceso debido a la falta de desarrollo de competencias procedimentales al ser un estudiante en proceso de formación.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLINICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN APLICACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015

VALORACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCEN- TAJE	FRECUENCIA	PORCEN- TAJE	FRECUEN- CIA	PORCEN- TAJE
REVISIÓN HISTORIA CLÍNICA	13	92,86	1	7,41	14	100
ENTREVISTA	12	85,71	2	14,29	14	100
VALORACIÓN FÍSICA	10	71,43	4	28,57	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- La tabla muestra que 92,86% del personal de enfermería revisan la historia clínica, realizan la entrevista en el 85,71% y la valoración física en el 71,43% con énfasis en la parte afectada sin considerar la valoración geriátrica como parte de la primera etapa del PAE, sin embargo, estos procedimientos solo se realizan durante la entrega – recepción del turno, no para la planificación del cuidado lo que podría constituir un proceso peligroso en la práctica del cuidado para el adulto mayor, haciendo que este sea poco eficiente porque no satisface las necesidades del usuario ya que el propósito de la valoración es la obtención de información del paciente, familia para identificar problemas reales o potenciales, dar respuestas, individualizar y contextualizar el cuidado enfermero, esto se lograra cuando el profesional enfermero realice esta fase en forma oportuna y completa.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN FRECUENCIA DE APLICACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015.

VALORACIÓN	PERMANENTEMENTE		OCASIONALMENTE		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	10	71,43	4	28,57	14	100,00
ENTREVISTA	10	71,43	4	28,57	14	100,00
VALORACIÓN FÍSICA	10	71,43	4	28,57	14	100,00

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- El 71,43% del personal de enfermería realiza completa la etapa de valoración de manera permanente, sin embargo la valoración física es de carácter céfalo – caudal sin considerar la valoración geriátrica, lo que determina que la enfermera, homogenice el cuidado sin considerar aspectos específicos de este grupo etario como características físicas, mentales que le colocan en situación de vulnerabilidad por los drásticos cambios funcionales que padece como resultado de la involución orgánica citada en el marco teórico, constituyéndose en un proceso peligroso que influye en la calidad del cuidado enfermero y lo predispone a eventos adversos.

TABLA N° 5

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CLINICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN PERIODO DE TIEMPO DE APLICACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. AZOGUES 2015

PERIODO DE TIEMPO	SI		NO		TOTAL	
	FRECUE- CIA	PORCEN- TAJE	FRECUE- CIA	PORCEN- TAJE	FRECUE- CIA	PORCEN- TAJE
INGRESO	13	92,86	1	7,14	14	100,00
INICIO DEL TURNO	12	85,71	2	14,29	14	100,00
LUEGO DEL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS	5	35,71	9	64,29	14	100,00
FARMACOTERAPIA	5	35,71	9	64,29	14	100,00

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- El 92% del personal de enfermería aplica la valoración solo durante el procedimiento de ingreso y de entrega – recepción del turno como parte del proceso administrativo de seguimiento y control del personal, así como para la asignación diaria de actividades al personal, sin considerar el enfoque de riesgo y la condición del paciente. Sin embargo el 64,29% de personal no aplican la etapa de valoración durante el desarrollo de procedimientos invasivos lo que constituye un factor de riesgo para los pacientes geriátricos porque la ejecución de eventos invasivos les predispone a procesos infecciosos cruzados si consideramos que por la edad son inmunodeprimidos, del mismo modo la falta de aplicación de esta etapa en la farmacoterapia pone en riesgo la seguridad del paciente porque una de las funciones de la enfermera es la aplicación de principios de asepsia, uso de barreras protectoras, manejo de desechos, material corto punzante, valoración de la condición del paciente antes, durante y después de la administración de medicamentos, conocimientos de farmacocinética para prevenir eventos adversos.

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA SOBRE APLICACIÓN DE LA ETAPA DE VALORACIÓN. AZOGUES 2015

El 100% del personal de enfermería entrevistado considera que aplica íntegramente el proceso de valoración de manera permanente durante el ingreso y como parte de la entrega – recepción del turno, no así en los otros procedimientos porque no hay tiempo para realizar esta actividad porque existe déficit de personal y se privilegian las actividades administrativas sobre las actividades de cuidado directo, este resultado contrasta con los resultados de la observación realizada donde se constata que se aplica la valoración incompleta, pues durante el ingreso solo se realiza la entrevista al paciente y la valoración física ocasionalmente.

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN OBSERVACIÓN DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS SEMIOLÓGICAS EN LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO O VALORACIÓN. AZOGUES 2015.

TÉCNICAS	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INSPECCIÓN	14	100	0	0	14	100
PALPACIÓN	5	35,7	9	64,3	14	100
PERCUSIÓN	5	35,7	9	64,3	14	100
AUSCULTACIÓN	5	35,7	9	64,3	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- Se observa en la tabla que el 100% del personal realiza la inspección es la técnica más aplicada para la valoración, la percusión y auscultación lo aplican apenas el 35,7% de profesionales, lo que constituye un factor de riesgo que influye negativamente en la calidad del cuidado brindado al paciente geriátrico, pues esta etapa es primordial para identificar los problemas y / o necesidades del paciente, lo que muestra que no se aplican las 4 técnicas de valoración semiológica que comprende el proceso de valoración física resultando insuficiente y limitado porque no dispone de los elementos de juicio básicos para la planificación del cuidado del adulto mayor y la toma de decisiones, lo que influye negativamente sobre la calidad del cuidado enfermero.

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. SEGÚN OBSERVACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015

DIAGNÓSTICO	SIEMPRE		OCASIONAL MENTE		RARA VEZ		NUNCA		TOTALES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IDENTIFICA PROBLEMAS	7	50	7	50	0	0	0	0	14	100
PRIORIZA PROBLEMAS	7	50	7	50	0	0	0	0	14	100
FISIOPATOLOGÍA	7	50	7	50	0	0	0	0	14	100
ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	6	60	3	30	1	10	0	0	10	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- Al observar la tabla vemos que el 100% de enfermeras identifica los problemas del adulto mayor hospitalizado sobre todo en la entrega – recepción del turno, el 50% prioriza los problemas empleando para el análisis la fisiopatología pero solo el 50% elabora diagnósticos de enfermería de manera importante sobre todo lo realizan los internos de Enfermería como parte del cuidado y como parte de la responsabilidad académica que deben cumplir y el 50% restante lo realizan ocasionalmente como parte de su estructura mental para planificar el cuidado, esto constituye una debilidad que refleja la falta de identidad de enfermería, limitando su accionar e incidiendo en la calidad del cuidado brindado.

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. SEGÚN OBSERVACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TERCERA ETAPA DEL PROCESO: LA PLANIFICACIÓN O PLAN DE CUIDADOS. AZOGUES 2015

PLAN DE CUIDADOS	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROBLEMAS	11	80	3	20	14	100
OBJETIVO	5	35,7	9	64,3	10	100
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	5	35,7	9	64,3	14	100
	10	100	0	30	10	100
EVALUACIÓN	4	28,6	10	71,4	10	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- La tabla muestra que el 80% del personal identifica los problemas pero no elabora el plan de cuidados para los adultos mayores, los problemas identificados son reales de orden clínico, pero no se realiza un plan de cuidados sino acciones que contemplan actividades de recuperación mayoritariamente sin incluir actividades preventivas que en el caso de los pacientes geriátricos con problemas crónico degenerativos resultan fundamentales para prevenir los síndromes geriátricos y los eventos adversos, caracterizándose la atención de enfermería por ser rutinaria, solo el 35,7% de enfermeras/os realizan actividades de cuidado y evaluación del impacto, esto permite visibilizar que el cuidado de este grupo etario está bajo la responsabilidad de personal con escasa formación académica, lo que constituye un factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad para eventos adversos de esta población, la elaboración del plan de cuidados permite contextualizar la atención, la recuperación temprana de los adultos mayores, facilitando su reinserción social, además permite evaluar conocimientos y la calidad del cuidado brindado.

TABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. SEGÚN OBSERVACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015

EJECUCIÓN DEL CUIDADO	SIEMPRE		OCASIONALMENTE		RARA VEZ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Información y consentimiento del paciente:	12	85,7	2	14,3	0	0	14	100
	9	90	1	10	0	0	10	100
Dominio de técnicas	9	64,3	5	35,7	0	0	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Análisis.- La tabla muestra que 92,86% del personal de enfermería revisan la historia clínica, realizan la entrevista en el 85,71% y la valoración física en el 71,43% con énfasis en la parte afectada sin considerar la valoración geriátrica como parte de la primera etapa del PAE, sin embargo, estos procedimientos solo se realizan durante la entrega – recepción del turno, no para la planificación del cuidado lo que podría constituir un proceso peligroso en la práctica del cuidado para el adulto mayor, haciendo que este sea poco eficiente porque no satisface las necesidades del usuario ya que el propósito de la valoración es la obtención de información del paciente, familia para identificar problemas reales o potenciales, dar respuestas, individualizar y contextualizar el cuidado enfermero, esto se lograra cuando el profesional enfermero realice esta fase en forma oportuna y completa.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA SOBRE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS SEMIOLÓGICAS DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO O VALORACIÓN. AZOGUES 2015

TÉCNICAS SEMIOLÓGICAS	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
INSPECCIÓN	14	100	0	0	14	100
PALPACIÓN	14	100	0	0	14	100
PERCUSIÓN	10	71,4	4	28,6	14	100
AUSCULTACIÓN	7	50	7	50	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- La tabla permite constatar que las técnicas semiológicas de mayor utilidad y dominio del personal de enfermería son la inspección y palpación con el 100% , información que coincide con la observación realizada, sin embargo las técnicas de percusión y auscultación tienen porcentajes bajos, como se observa la etapa de la valoración no se cumple a cabalidad obteniendo información incompleta que dificulta la toma de decisiones, la planificación y ejecución del cuidado, sin lograr el bienestar y la recuperación temprana del paciente geriátrico, lo que eleva los costos de hospitalización por incremento de días de estada hospitalaria, pues un mal cuidado de enfermería produce eventos adversos, complicaciones que retardan la recuperación de la salud.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015

El 100% del personal entrevistado plantean que de manera permanente realizan la aplicación de la segunda etapa del proceso de atención de enfermería que corresponden a los diagnósticos de enfermería, para ello realizan primero la identificación de problemas, clasificación del riesgo clínico, priorización y caracterización de los problemas, análisis situacional y determinación de diagnósticos de enfermería, pero indican que tienen dificultad de ligar estos diagnósticos con los diferentes teorías y modelos de Enfermería, expresan también que los planes de cuidados forman ya parte de sus estructuras mentales, debido a la experiencia que acumulan. Esto contrasta con lo observado en donde se realiza una atención rutinaria sin planificación, sin coordinación con el equipo de salud.

TABLA N° 11

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA TERCERA ETAPA DEL PROCESO: LA PLANIFICACIÓN O PLAN DE CUIDADOS. AZOGUES 2015

PLAN DE CUIDADOS	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
PROBLEMAS O DIAGNÓSTICOS	14	100	0	0	14	100
ANÁLISIS/ FISIOPATOLOGÍA	9	64,3	6	35,7	14	100
OBJETIVO	10	71,4	4	28,6	14	100
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	6	42,9	8	57,1	14	100
EVALUACIÓN	6	42,9	8	57,1	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- El 100% de profesionales esquematizan un plan de cuidados pero no tienen un fundamento teóricos que lo respalde, además existe la falta de aplicación de los planes estandarizados que existen en el servicio, por lo que el cuidado directo es limitado, existe un claro predominio de funciones administrativas.

TABLA N° 12

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015

EJECUCIÓN DEL CUIDADO	Siempre		Ocasional-mente		Rara vez		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Información y consentimiento del paciente:	13	92,9	1	7,1	0	0	0	0	14	100
Dominio de técnicas	13	92,9	1	7,1	0	0	0	0	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- El 92,9% de las /los enfermeras expresan que tienen facilidad para establecer una relación terapéutica o la comunicación enfermera – paciente durante la ejecución de cuidados y el desarrollo de procedimientos lo que podría constituirse en un factor protector para la recuperación del paciente geriátrico, sin embargo esto contrasta con los resultados de la observación presentados en la tabla n° 11 donde se privilegia las funciones administrativas sobre las de cuidado directo, pues el contacto con los pacientes es reducido durante la jornada laboral de la enfermera.

TABLA N° 13

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA REALIZADA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA QUINTA ETAPA DEL PROCESO O EVALUACIÓN. AZOGUES 2015

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS	SIEMPRE		OCASIONAL MENTE		RARA VEZ		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Logro de objetivos planteados	9	64,3	5	35,7	0	0	14	100
Satisfacción del Paciente luego de los cuidados de enfermería enfermería.	5	35,7	9	64,3	0	0	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- El 70% del personal de Enfermería considera que evalúan el cuidado a través del logro de objetivos que se plantean , esta evaluación la realizan luego de cada entrega – recepción de turnos, en algunas ocasiones con preguntas y respuestas a los pacientes geriátricos y familiares, sin embargo esta no es una práctica permanente porque las funciones administrativas absorben el mayor tiempo de la jornada laboral, sin embargo en el 64,3% de casos nunca observa o consideran la satisfacción del paciente, para contextualizar el cuidado.

TABLA N° 14

CLASIFICACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. SEGÚN PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. AZOGUES 2015.

CUIDADOS RECIBIDOS POR EL PERSONAL	SI		NO		TOTAL	
	FRECUECIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUECIA	PORCENTAJE
MOVILIZACION	44	88	6	12	50	100
ALIMENTACION	39	78	11	22	50	100
HIGIENE Y CONFORT	31	62	19	38	50	100
DESCANSO Y SUEÑO	30	60	20	40	50	100
ADMINISTRACION DE MEDICACION	44	88	6	12	50	100
OBSERVACION DE EVENTOS ADVERSOS	15	30	35	70	50	100
CAMBIOS DE POSICION	25	50	25	50	50	100

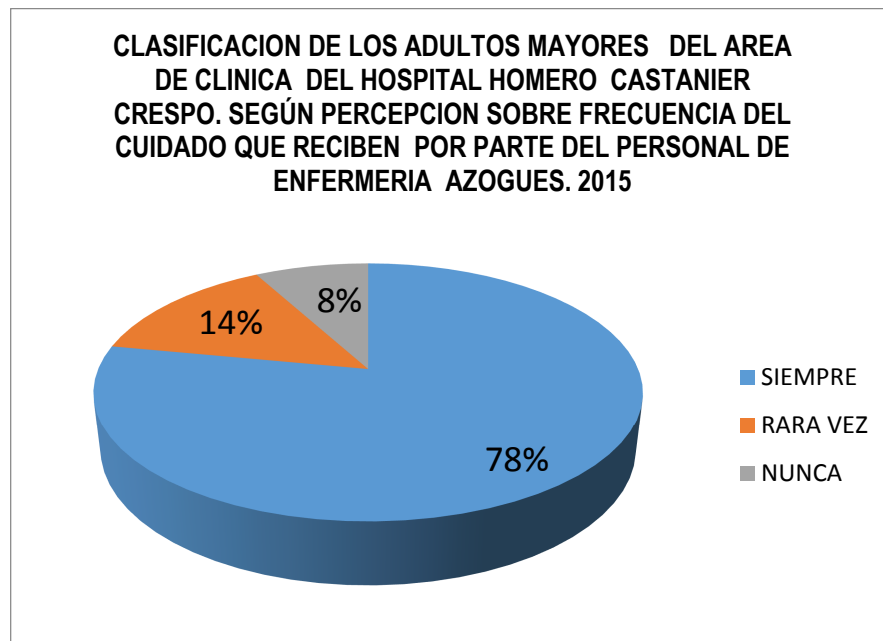
Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- La tabla muestra que en promedio el 65,14% de los adultos mayores perciben que son atendidos en sus necesidades básicas, lo que constituye en un factor protector para la persona de la tercera edad, porque al

atender las necesidades básicas de este grupo etario se aplica el proceso de atención de enfermería sobre todo la etapa de la valoración y el diagnóstico para planificar el cuidado y prevenir eventos adversos y complicaciones disminuyendo los días de estada y acelerando los procesos de recuperación de la salud, sin embargo el 34,85% consideran que no son atendidos, que no existe la planificación del cuidado ni la aplicación del PAE, debido a que el personal de enfermería es reducido, privilegiando las funciones administrativas sobre las de cuidado directo lo que constituye un proceso peligroso que podría incrementar los costos de hospitalización por la presencia de eventos adversos y complicaciones sobreañadidas, pues la falta de movilización, alimentación adecuada predispone a la adquisición de síndromes geriátricos que agudizan los problemas de salud del adulto mayor según constan en el marco teórico.

GRAFICO N° 1



Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- En el grafico observamos que los adultos mayores en un 78% perciben que las enfermeras les brindan cuidado siempre porque les preguntan en la recepción de turnos como se sienten, les administran la medicación, de vez en cuando después de administrarle permanecen con ellos, sin embargo la observación realizada comprobó esta percepción pues es el único cuidado que reciben del personal de enfermería; el 12% consideran que no recibieron ningún cuidado integral, solo cuidado de higiene y confort de parte del personal auxiliar.

TABLA N° 15

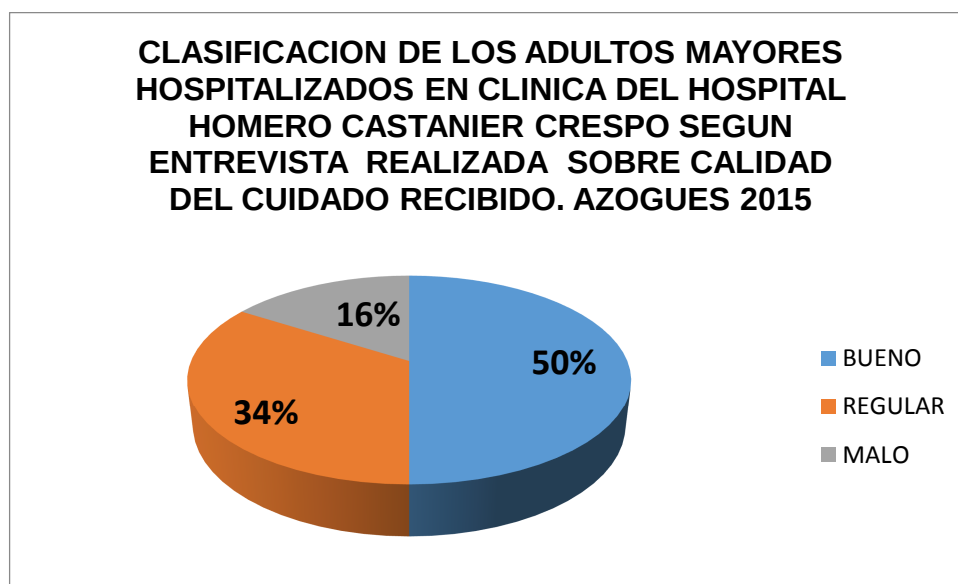
CLASIFICACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA REALIZADA SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA RECIBIDO. AZOGUES 2015

CALIDAD DEL CUIDADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	25	50,16
REGULAR	17	34,34
MALO	8	15,50
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

GRAFICO N° 2



Fuente: Tabla N° 15

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- El grafico muestra que el 50% de los adultos mayores consideran que la calidad del cuidado es buena porque satisfacen sus necesidades, la satisfacción es un indicador de la calidad la relacionan con preguntas que les hacen sobre su condición diaria las enfermeras, durante la administración de medicamentos, cuando se realiza la entrega – recepción del turno, cuando se elaboran los reportes de enfermería, forman parte del trato a pacientes, del uso eficiente de recursos, relación de enfermería – paciente, elementos básicos e de la calidad del cuidado que constan en el marco teórico como parte de las dimensiones de calidad.

Los criterios de satisfacción que están expresados por los pacientes corresponden a la dimensión de calidad del Ministerio de Salud (34), la dimensión del entorno de calidad está referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generen un valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles, implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, privacidad y el elemento de confianza que percibe el paciente geriátrico.

El 16% de los pacientes geriátricos consideran que el cuidado de enfermería es de mala calidad y se sienten insatisfechos porque solo reciben cuidados de higiene y confort del personal auxiliar, a veces les atienden en la alimentación y en algunos movimientos.

TABLA N° 16

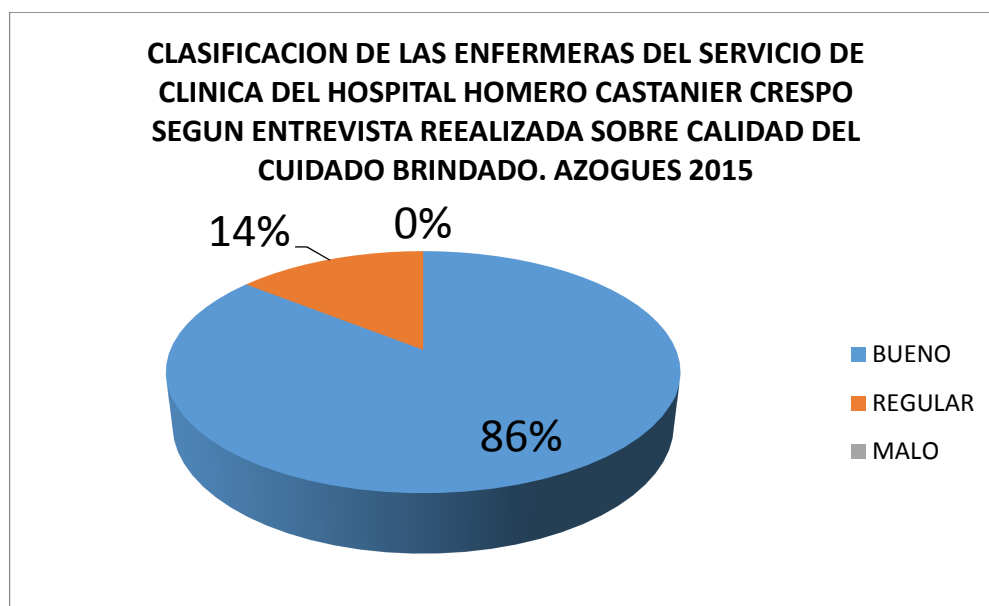
CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO SEGÚN ENTREVISTA REALIZADA SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA BRINDADO. AZOGUES 2015

CALIDAD DEL CUIDADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	12	85,70
REGULAR	2	14,30
MALO	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

GRAFICO N° 3



Fuente: Tabla N° 16

Elaboración: Las autoras

ANÁLISIS.- El grafico muestra que el 86% de las enfermeras consideran que la calidad del cuidado es bueno porque satisfacen las necesidades de los pacientes con enfermedades crónico – degenerativas , la satisfacción es un indicador de la calidad la relacionan con la aplicación de protocolos de atención médica, de enfermería, aplicación del proceso de atención de enfermería, aplicación de medidas de bienestar para el paciente geriátrico como la clasificación del riesgo, elaboración de los reportes de enfermería, forman parte del trato a pacientes, del uso eficiente de recursos, relación de enfermería – paciente, elementos básicos e de la calidad del cuidado que constan en el marco teórico como parte de las dimensiones de calidad.

Los criterios de calidad que están expresados por las enfermeras corresponden a la dimensión de calidad otorgada por la Acreditación Canadá y el Ministerio de Salud recientemente (34), que comprendió la valoración de parámetros como: disponibilidad de equipos, eficiencia en el cuidado, las facilidades que el servicio dispone para la mejor prestación de los servicios y que generen un valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles, implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, privacidad y el elemento de confianza que percibe el paciente geriátrico.

El 14% de las enfermeras consideran que el cuidado de enfermería brindado es de regular calidad porque no disponen de suficientes equipos, los protocolos no se aplican permanentemente, el proceso de atención de enfermería se aplica rara vez al dar el cuidado, el personal es reducido y existen un alto porcentaje de los turnos que deben cumplir con varias funciones administrativas.

ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE LOS GRUPOS FOCALES

El desafío de la enfermería es perseguir el bienestar, la calidad del cuidado para lograr la satisfacción de los adultos mayores con problemas crónico degenerativos y garantizar una mejor calidad de vida.

Se realizaron dos grupos focales; el primero con los 10 adultos mayores hospitalizados en el área de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues y el segundo desarrollado con 14 enfermeras del servicio.

RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

1. ¿Permanece la enfermera las 24 horas del día para atenderlo de acuerdo a sus requerimientos?

Los adultos mayores hospitalizados consideran que las enfermeras permanecen las 24 horas para cuidarles, les acompañan durante sus requerimientos, atienden sus pedidos, les ayudan en su descanso, les colocan aditamentos especiales cuando están mucho tiempo en cama, les mueven, les llevan a los exámenes, les realizan higiene y confort, les tienen paciencia, respetan sus derechos.

2. ¿El lenguaje que utiliza la enfermera para explicarle su estado es comprensible, les brindan información oportuna, les piden el consentimiento para el cuidado o procedimiento?

El lenguaje que utilizan las enfermeras es sencillo, claro, nos explican las cosas en palabras que comprendemos, nos tienen paciencia para explicar, nos repiten cuando no escuchamos, cuando les solicitamos información siempre responden, también nos piden permiso para realizar algún procedimiento como colocarnos suero, llevarnos a exámenes, etc.

1. ¿Cree usted que existe responsabilidad de la enfermera durante la realización de procedimientos de higiene, Alimentación y Eliminación?

Las enfermeras son muy responsables nos cuidan, atienden nuestras necesidades de higiene, alimentación y eliminación, por lo que nos sentimos satisfechos", nos escuchan y están pendientes de nosotros.

2. ¿La Enfermera respeta su privacidad, le brinda confianza, se relaciona durante el tiempo de su hospitalización?

En lo que respecta a la privacidad y confianza que tuvo la enfermera durante el tiempo de su hospitalización "es buena, respetan nuestros valores, creencias y cultura, y nos brindan confianza y se relacionan con nosotras desde el inicio cuando entramos al servicio".

Como podemos observar existe satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, pues de manera permanente se está contextualizando la atención a las necesidades del paciente, este recibe un trato humano, de respeto, de empatía existiendo una relación terapéutica enfermera - paciente.

RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE LAS ENFERMERAS

Este segundo grupo focal se realizó con las y los profesionales e internos de Enfermería. Los resultados que se obtuvieron en este grupo focal se presentan de acuerdo a las etapas del proceso de enfermería y las opiniones vertidas por las y los participantes.

1. ¿Cómo aplica el proceso de atención de enfermería en el cuidado del Adulto Mayor con problemas crónico - degenerativos?

Las y los profesionales de enfermería así como las internas manifestaron que "Están familiarizadas con el proceso de enfermería, que manejan conocimientos sobre el PAE y los aplican en el contacto diario con el paciente donde aplican las diferentes etapas para mejorar la calidad de atención al cliente o usuario y así satisfacer sus necesidades".

2. ¿Cómo usted realiza la valoración física a los pacientes hospitalizados en el servicio donde labora?

"La valoración física lo realizamos mediante un análisis general, y luego céfalo - caudal para identificar de manera eficaz los problemas que presenta el paciente".

3. ¿Qué criterios emplea usted para priorizar los problemas de salud de los pacientes geriátricos?

Se prioriza el riesgo clínico, el diagnóstico médico, la condición diaria del paciente, las necesidades de los pacientes, los días de hospitalización, la prevención de eventos adversos.

4. ¿Realiza diagnósticos de enfermería acorde a las necesidades de los adultos mayores en base algún modelo de enfermería?

Para el diagnóstico de enfermería manifiestan: "se realizamos acorde a los requerimientos de los adultos mayores según las necesidades básicas de Virginia Henderson". Para planificar el cuidado se emplean criterios de priorización de los problemas de pacientes geriátricos " si, son de acuerdo a las necesidades, las mismas que las seleccionamos desde el punto de vista holística para llegar a un diagnostico que nos permita realizar las actividades e intervenciones de enfermería orientadas a restablecer la salud del paciente".

5. ¿Ejecuta los planes de cuidado antes planificados?

En cuanto a la ejecución manifiestan que " si existe una planificación se pone en práctica los cuidados que son realizados de manera individual para cada paciente para determinar si se cumplen o no con los objetivos planteados, pero que estos planes no están escritos sino forman parte de su estructura mental, porque son un personal que en su mayoría tienen años trabajando por lo tanto experiencia lo que garantiza la calidad del cuidado".

6. ¿Cómo evalúa la eficacia de la atención brindada al paciente?

En lo que respecta a la evaluación "se realiza una comparación entre el estado de salud del paciente antes de aplicar los planes de cuidado y los resultados esperados para determinar que paso del proceso de enfermería no se realizó de manera efectiva para realizar una retroalimentación, la evaluación se realiza a partir de los reportes de enfermería y los formatos de control elaborados para valorar el nivel de cumplimiento de los protocolos de atención de enfermería".

Como se observa en la discusión del grupo focal las enfermeras están convencidas que el cuidado de enfermería que brindan es de calidad, satisfactorio, con sustento científico, con eficacia, eficiencia y calidez.

GRUPOS FOCALES

El desafío de la enfermería está en asegurar el respeto por la autonomía y los derechos de las personas, ofrecer acompañamiento, respetar los valores y estilos de vida, atender la singularidad, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados y el trabajo en equipo como aspectos inherentes del cuidado profesional.

Se realizaron 2 grupos focales; el primero con los 10 adultos mayores hospitalizados en el área de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues.

La opinión vertida por el grupo focal de los adultos mayores sobre los cuidados brindados por los y las enfermeras manifiesta lo siguiente.

En relación al acompañamiento "que las enfermeras nos brindan atención durante las 24 horas de acuerdo a nuestro requerimiento y cuando nosotros les pedimos". "Cuando les solicitamos información a las enfermeras ellas responden con palabras que nos permite entender con paciencia". "El lenguaje que utilizan es sencillo y claro para que podamos entender".

En cuanto a la responsabilidad de la enfermera durante la realización de procedimientos de higiene, alimentación y eliminación manifiestan "procedimientos lo realizan responsablemente, en el momento en que los necesitamos, por lo que nos sentimos satisfechos".

En lo que respecta a la privacidad y confianza que tuvo la enfermera durante el tiempo de su hospitalización "es buena, respetan nuestros valores, creencias y cultura, y nos brindan confianza".

El segundo grupo focal con los y las profesionales e internas de enfermería, se fomentó la participación equitativa. Los resultados que se obtuvieron en este grupo focal se presentan de acuerdo a las etapas del proceso de enfermería y las opiniones vertidas por las y los participantes.

En la entrevista las y los profesionales de enfermería así como las internas manifestaron que "Se familiarizan con el proceso de enfermería mediante los conocimientos sobre el PAE y el contacto diario con el paciente que permite aplicar las diferentes etapas para mejorar la calidad de atención al cliente o usuario para satisfacer sus necesidades".

Valoración

Señalaron que "La valoración física lo realizamos mediante un análisis general, y luego cefalocaudal para identificar de manera eficaz los problemas que presenta el paciente".

Diagnostico

Para el diagnóstico de enfermería manifiestan: "se realizamos acorde a los requerimientos de los adultos mayores según las necesidades básicas de Virginia Henderson"

Planificación

Los criterios empleados para la priorización de los problemas de pacientes geriátricos "son de acuerdo a las necesidades las mismas que las realizamos desde el punto de vista holística para llegar a un diagnostico que nos permita realizar las actividades e intervenciones de enfermería para restablecer la salud del paciente".

Ejecución.

En cuanto a la ejecución manifiestan que " si existe una planificación se pone en práctica los cuidados que son realizados de manera individual para cada paciente para determinar si se cumplen o no con los objetivos planteado".

Evaluación.

En lo que respecta a la evaluación "se realiza una comparación entre el estado de salud del paciente antes de aplicar los planes de cuidado y los resultados esperados para determinar que paso del proceso de enfermería no se realizó de manera efectiva para realizar una retroalimentación".

6. CAPITULO VI

6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación tiene el propósito de evaluar la aplicación del proceso de enfermería en el cuidado de los adultos mayores sobre todo se examinaron los eventos y principales características del cuidado enfermero.

Los resultados de la investigación comprueban resultados de otras investigaciones realizadas a nivel de Latinoamérica así como a los elementos conceptuales planteados en el marco teórico.

En Colombia Rojas en el año 2010 manifiesta que los profesionales de enfermería no aplican el PAE en su continuidad las actividades de cada fase lo hacen de manera separada sin establecer condiciones lógicas entre ellas, según Rojas la fase que más llevan a cabo es la valoración en un 95,4% (24).

Las opiniones de los profesionales encuestados de nuestra investigación sobre a la aplicación del proceso de atención de enfermería en el área de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues se logró precisar que se llevan a cabo cada una de las fases, sin embargo observamos que en la fase de valoración el 100% de los entrevistados realiza la revisión de la historia clínica de los pacientes, el 71,4 % efectúa siempre la valoración física de manera cefalo caudal y el 100% dicen que realizan la entrevista.

Según Rojas 2010 el 61,4% de profesionales realizan el diagnóstico de enfermería, el 75,4% realizan la planificación, el 87,7% realiza la intervención y el 60% evalúan su intervención (24); en nuestro estudio en la etapa de diagnóstico el 100% de las enfermeras e internas de enfermería manifiestan que identifican los problemas del paciente y lo priorizan en base a las necesidades del paciente; el 85,7% ejecutan los planes de cuidado y lo evalúan.

En este estudio se investigó además la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente con esos cuidados. Se observó alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería evaluados aunque ninguno alcanzó 100%, esto valida los hallazgos de la investigación como satisfacción del usuario hospitalizado, también satisfacción del personal de enfermería por el cuidado de enfermería brindado en el 65% de personal participante en la investigación realizada.

Santana et al 2014, en su estudio realizado en Brasil observó un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería en el 92% de los dominios evaluados (25). Ibarrola et al en su estudio realizado en el año 2011 sobre la satisfacción de los cuidados de enfermería, la puntuación media de la valoración global de la escala de satisfacción (escala del 1 al 10) de los pacientes ha sido 9,24 (26) Estos datos confirman los hallazgos de nuestro estudio pues el 92,5% de adultos mayores se siente satisfechos por el cuidado recibido y destacan el rol de cuidadora de la enfermera, sin embargo estos datos contrastan con la observación sobre la aplicación del proceso de enfermería, donde se observa que el proceso no es una herramienta de trabajo permanente sino solo se utiliza ocasionalmente incluso de forma incompleta, las únicas herramientas que aplica es valoración mediante la entrevista pero solo en el ingreso y durante la entrega – recepción del turno, no se interpreta la historia clínica y no se realiza valoración física y geriatrica.

García en su estudio realizado en México indica que el índice de satisfacción general de los usuarios adultos mayores fue 58% con satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja (11). Este estudio corrobora una vez más los hallazgos de la investigación con un alto nivel de satisfacción del adulto mayor en función de las necesidades básicas, incluso este estudio coincide con el sustento teórico planteado sobre las dimensiones de la calidad del cuidado.

La enfermera, al brindar su cuidado a personas con problemas de salud, debe encaminar sus acciones a las demandas biológicas, sociales, espirituales y psíquicas del ser humano, se debe prestar el cuidado en enfermería de forma humana y holística y a la luz de una aproximación integrada, sin excluir el cuidado emocional, más comprensivo y personalizado a sus clientes, brindado de esta manera una atención de calidad.

CONCLUSIONES.

Una vez concluido el estudio se llegan a las siguientes conclusiones:

1. El 56% de adultos mayores participantes en el estudio tienen entre 65 a 74 años mientras que el 44% tiene más de 75 años, lo que muestra que la esperanza de vida coincide el indicador planteado por el INEC.
2. La mayor parte de adultos mayores participantes en el estudio son de sexo femenino con un 64% y en menor porcentaje son de sexo masculino; del mismo modo este indicador estadístico confirma una vez más que por sus características fenotípicas, biológicas y psicosociales la mujer tiene una esperanza de vida mayor. .
3. La calidad del cuidado prestado por el equipo de enfermería es buena según el 90% de los adultos mayores y el 65% de las enfermeras, calidad que está relacionada con la atención integral según acceso a equipos, métodos de diagnóstico y el nivel de satisfacción percibidos por los pacientes geriátricos al recibir el cuidado como por las enfermeras suministradoras del cuidado en todos los dominios evaluados.
4. Respecto a la aplicación del proceso de atención de enfermería pudimos observar que más del 70% de enfermeras y enfermeros siguen cada una de las fases del proceso pero la frecuencia es muy esporádica por diversos factores como escasez de personal, predominio de actividades administrativas sobre las de cuidado directo, solo es aplicado por los internos de enfermería, que son un recurso profesional en formación y lo realizan como parte de su responsabilidad académica. .

RECOMENDACIONES

Una vez concluido la investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

1. El proceso de Atención de enfermería es la herramienta de trabajo que identifica científica y socialmente a la enfermería por lo que debe ser empleada de manera permanente para garantizar la calidad del cuidado brindado y debe ser asumido como una obligación moral y profesional su aplicación.
2. La razón de ser de la Enfermera es el cuidado, por lo que las enfermeras tienen el reto de recuperar el cuidado directo como acción central del trabajo porque el cuidado nos identifica como enfermeras.
3. El hospital debe incrementar el personal profesional de Enfermeras para mejorar el índice de atención de enfermería y elevar la calidad del cuidado.
4. Elaborar un orgánico funcional en el que se describan las funciones del personal de enfermería para una mejor organización del cuidado enfermero y poder lograr un cuidado eficiente, eficaz, afectuoso y trascendente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Ministerio de Salud Publica.** *Normas y Protocolos de Atencion del Adulto Mayor.* [ed.] Fausto Mgs Segovia Baus. Primera. Quito : Subsecretaria de Gobernanza, 2010. 1.
2. **Rojas Juan Guillermo, Pastor Silvia.** *El envejecimiento.* 5370, Enero de 2015, Investigación y Educacion , Vol. I.
3. **Rojas, Juan Guillermo y Pastor, Pilar.** *Revista electronica.* [En línea] Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2010. [Citado el: 01 de 05 de 2015.] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721003>. ISBN: 0120-5307.
4. **Instituto Nacional de Estadisticas.** *Boletin Informativo.* [En línea] 2010. [Citado el: 25 de Marzo de 2015.] http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_contentview.article.360. Ecuador.
5. **Temporelli, Karina y Viego, Valentina.** Relación entre esperanza de vida e ingreso. Un análisis para América Latina y el Caribe. [En línea] 06 de 2011. [Citado el: 15 de 05 de 2015.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-25962011000100003&lang=pt.
6. **Caridad, Llanes Betancourt.** *Caracter Humano y Etico de la Atencion Integral del Adulto Mayor en Cuba.* 3, Julio - Septiembre de 2010, Revista Cubana de Enfermería, Vol. 23.
7. **Sobeida María, Morales Blazquez Luis, Quezada Díaz Arturo.** *Satisfaccion de los Usuarios Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna con el Cuidado de Enfermeria.*, Mayo de 2014, Revista Médica Satisfacción , Vol. 14.
8. **Espinoza Brito , Alfredo y Orduñez García , Pedro.** *Necesidad de Integración de Salubristas, Epidemiologos y Clinicos en la Atencion de Pacientes con Enfermedades Crónicos.* 3, Mayo de 2014, Revista de Salud Pública, Vol. 36.

9. **Llanes Betancourt , Caridad.** Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Boletín Informativo*. [En línea] 02 de 2015. [Citado el: 12 de 05 de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2015000100013&script=sci_arttext&lng=pt. ISSN 1729-519X.
10. **Carmen, Sarabia Cobo .** *Envejecimiento Exitoso y Calidad de Vida. Su papel en las Teorías del Envejecimiento..* 4, Diciembre de 2009, Gerokomos, Vol. 20.
11. **García Hernandez , María Dolores.** Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. [En línea] 06 de 2008. [Citado el: 12 de 05 de 2015.] <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/199/139>.
12. **Carmen, Curcio Borrero.** *Investigacion y Envejecimiento, del Dato a la Teoría.* 1, Enero - Junio de 2010, Hacia la Promocion de la Salud, Vol. 15.
13. **Espinosa Britol, Alfredo y Ordúñez García, Pedro .** Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. [En línea] 09 de 2010. [Citado el: 15 de 05 de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300011&lang=pt. ISSN 0864-3466.
14. **Melguizo Herrera, Estela, y otros.** Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). [En línea] 12 de 2014. [Citado el: 12 de 05 de 2015.] <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2792/pdf>.
15. **Segovia Diaz , Martha y Torres Hernandez , Erika.** *Funcionalidad del Adulto Mayor y el Cuidado Enfermero.* 4, San Luis Potosi : s.n., Diciembre de 2011, Gerokomos, Vol. 22, págs. 5 - 6. 1.
16. **Sarabia Cobo, Carmen María .** Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. [En línea] 12 de 2009. [Citado el: 15 de 05 de 2015.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lang=pt. ISSN 1134-928X.

17. **Díaz, Aída.** Estudios de Población y enfoques de Gerontología Social en México. [En línea] 12 de 2011. [Citado el: 12 de 05 de 2015.] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000400004&lang=pt. ISSN 1405-7425.
18. **Curcio Borrero, Carmen Lucía .** Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. [En línea] 2010. [Citado el: 15 de 05 de 2015.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100011&lang=pt. ISSN 0121-7577.
19. **García López, María Victoria, Rodríguez Ponce, Catalina y Toronjo Gómez, Angela María.** *Enfermería Geriátrica*. Barcelona : Lexus, 2012. ISBN 978-8495-62-680-6.
20. **Segovia Díaz , Martha Graciela y Torres Hernández , Erika Adriana.** Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. [En línea] 12 de 2011. [Citado el: 12 de 05 de 2015.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000400003&script=sci_arttext&tlng=entarget=_blank. ISSN 1134-928X.
21. **Encalada , Judith y Araujo Alvarez, Rosa.** *Cuidado integral de la salud y nutrición de las personas adultas mayores -PAM*. Villcabamba : s.n., 2011.
22. **Mora Martínez, José Ramón.** *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos*. Madrid : Diaz de Santos, 2003. ISBN 84-7978-853-7.
23. **Ledesma, Carmen.** *Fundamentos de Enfermería*. México : LIMUSA, 2004. ISBN 968-18-5406-3.
24. **Rojas, Juan Guillermo y Pastor, Pilar.** Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. [En línea] Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2010. [Citado el: 01 de 05 de 2015.] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721003>. ISBN: 0120-5307.
25. **Santana de Freitas, Juliana, y otros, y otros.** Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. [En línea] Rev. Latino-Am. Enfermagem, 06 de 2014. [Citado el: 11 de 05 de 2015.]

2015.] http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf.
DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437.

26. **Ibarrola Izura, S y otros.** Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. [En línea] Enfermería en Cardiología, 2011. [Citado el: 11 de 05 de 2015.] http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/53_03.pdf.

27. **Álvarez de la Rosa, Alma Elizabeth , y otros, y otros.** Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. [En línea] Enf Neurol (Mex), 2012. [Citado el: 11 de 05 de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>.

28. **Anzola Perez, Elias, y otros.** *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa / Elderly care: a challenge to the years ninety.* Washington : OPS. Publicación Científica, 546, 1994.

29. **Instituto nacional de estadísticas y censos.** Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. [En línea] 2010. [Citado el: 15 de 05 de 2015.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/canar.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud."	APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO	1. Valoración - Revisión de la Historia Clínica - Entrevista - Valoración Física 2. Diagnóstico. Identificación del problema	Si..... No... Si..... No..... Siempre.....Rara vez....Nunca..... Si..... No.....

			Priorización de Problema Elaboración de diagnósticos de Enfermería. 3. Planificación. • Elaboración de Planes de cuidado. 4. Ejecución. 5. Evaluación	Si.... No..... Siempre.....Rara vez..... Nunca..... Si.....No..... SiNo Si No.....
CALIDAD DEL CUIDADO	Es la evaluación de la calidad del desempeño profesional mediante la <u>evaluación de la estructura</u> que incluye la disponibilidad de recursos para la prestación de los servicios, <u>evaluación del proceso</u> mediante la valoración de actuación técnica, de los	Evaluación de la Estructura	Disponibilidad de Recursos	Humanos Materiales Financieros

	conocimientos y juicios para realizar acciones de cuidado y <u>evaluación de los resultados</u> mediante el análisis del impacto de las acciones de cuidado.	Evaluación del Proceso	Aplicación del PAE	Equipos Instalaciones Normas Siempre...Rara Vez...Nunca.....
			Manejo de Protocolos de Atención	Si.... No.....
			Gestión del Cuidado de Enfermería.	Si.... No....
		Evaluación de los Resultados	Conocimientos Destrezas y	

			experiencia	Si... No....
			Relación Enfermera paciente	Buena Regular Mala
			Percepción Impacto cuidado	Satisfecho Insatisfecho

EDAD	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto e inicio del desempeño profesional hasta el momento en que realiza su evaluación.	Grupo etario	Edad en años	60 -65 66-70 71-75 76-80 81-85 86-90 Más de 90.
		Experiencia laboral	Años de ejercicio profesional	Joven Adulta
SEXO	Es un y la mezcla de rasgos genéticos, dando como resultado la especialización de organismos en variables femenino y masculino.	Biológica	Género	Masculino Femenino

ELABORACION: Las autoras.

ANEXO II**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nosotras Jessica Rocío Romero Romero, Erika Fabiola Quintuña Carangui, Ana Cristina Sacoto Abad, estudiantes egresadas de la Universidad Estatal de Cuenca, de la Facultad de Enfermería, estamos realizando un estudio como proyecto de Investigación, para evaluar la APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES; por tal motivo solicitamos comedidamente nos colabore respondiendo al siguiente cuestionario que incluye datos relacionados a su persona.

El formulario dura cinco minutos, no existe riesgo alguno ya que la información será confidencial, no existe remuneración al llenar dicho cuestionario. Si tiene alguna inquietud posteriormente puede ponerse en contacto con las Autoras mediante el número; 0987013540.

Jessica Rocío Romero Romero, Erika Fabiola Quintuña Carangui, Ana Cristina Sacoto Abad, me han explicado todas las preguntas a realizar y ha dado respuesta a todas las preguntas que ha realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo libremente sin ninguna presión autorizo mi participación.

Jessica romero
INVESTIGADORA

Erika Quintuña
INVESTIGADORA

Cristina Sacoto
INVESTIGADORA

ANEXO III**FICHA DE OBSERVACIÓN**

PARÁMETROS DE OBSERVACIÓN.	COMPLETAMENTE	PARCIALMENTE	NO REALIZA
¿Realiza la valoración del paciente?			
¿Realiza la entrevista al paciente?			
¿Revisa la historia clínica del paciente?			
¿Realiza la valoración física del paciente?			
¿Elabora diagnósticos de enfermería?			
¿Evalúa los beneficios obtenidos?			

ELABORACIÓN: Las autoras.

ANEXO IV**GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS
EN ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO**

- 3. ¿Permanece la enfermera las 24 h del día para atenderlo de acuerdo a sus requerimientos?**

- 4. El lenguaje que utiliza la enfermera para explicarle su estado es comprensible, les brindan información oportuna, les piden el consentimiento para el cuidado o procedimiento?**

- 5. ¿Cree usted que existe responsabilidad de la enfermera durante la realización de procedimientos de higiene, Alimentación y Eliminación?**

- 6. ¿Cómo fue la privacidad y confianza que tuvo la enfermera durante el tiempo de su hospitalización?**

ANEXO V

**GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
LABORA EN ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER
CRESPO**

- 7. ¿Cómo aplica el proceso de atención de enfermería en el cuidado del Adulto Mayor con problemas crónico - degenerativos?**

- 8. ¿Cómo usted realiza la valoración física a los pacientes hospitalizados en el servicio donde labora?**

- 9. ¿Qué criterios emplea usted para priorizar los problemas de salud de los pacientes geriátricos?**

- 10. ¿Realiza diagnósticos de enfermería acorde a las necesidades de los adultos mayores en base algún modelo de enfermería?**

- 11. ¿Ejecuta los planes de cuidado antes planificados?**

- 12. ¿Cómo evalúa la eficacia de la atención brindada al paciente?**

ANEXO VI**FORMULARIO DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS CRÓNICO DEGENERATIVOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES.

1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**VALORACIÓN**

¿Realiza la revisión de la historia clínica e interpreta?

Sí No

¿Realiza la valoración física del paciente?

Siempre Rara vez..... Nunca.....

¿Cómo realiza la valoración física del paciente?

Céfalo caudal..... Aparatos y sistemas..... Actividad vital.....

¿Realiza la entrevista al paciente?

Sí No.....

DIAGNOSTICO

¿Identifica los problemas del paciente?

Sí..... No.....

¿Prioriza los problemas del paciente?

Sí..... No.....

¿Elabora los diagnósticos de enfermería en base a las necesidades del paciente?

Siempre..... Rara vez..... Nunca.....

PLANIFICACIÓN

¿Elabora planes de cuidado de enfermería?

Sí No.....

EJECUCIÓN.

¿Ejecuta los planes de cuidado planteados?

Sí No.....

EVALUACIÓN

¿Realiza la evaluación del cuidado brindado?

Sí No.....

2. CALIDAD DEL CUIDADO

¿Cuenta con disponibilidad de recursos necesarios para brindar una atención de calidad?

Sí..... No.....



¿Aplica el PAE?

Siempre..... Rara vez..... Nunca.....

¿Maneja protocolos de atención de enfermería?

Sí..... No.....

¿Con que frecuencia maneja los protocolos de atención de enfermería?

Siempre..... Rara vez..... Nunca...

¿Aplica los conocimientos científicos sobre los procedimientos que realiza?

Sí..... No.....

¿Tiene usted destrezas y experiencia en las actividades que realiza?

Sí..... No.....

¿Cómo es la relación Enfermera – paciente?

Buena Regular Mala.....

¿Cuál es su percepción del Impacto del cuidado?

Satisfecho..... Insatisfecho.....

¿Identifica usted los riesgos en el adulto mayor relacionados con síndromes de fragilidad?

Sí..... No.....

3. EDAD

Edad en años de la/el enfermera/o

20 a 30



31 a 40

41 a 50

Más de 50

4. SEXO- GÉNERO

Masculino Femenino