



**Escuela de Enfermería**

**Ciclo de Licenciatura en Enfermería**

**Tesina**

**Tema: “PACIENTES CON ALTERACIONES  
MULTISISTEMICAS, POR EFECTO DEL REPOSO  
PROLONGADO”**

**Autores:**

Velazquez, Nilza

Tapia Doris

Carbajal Alexander

Mendoza, diciembre de 2017

**“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.**

## Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

## RESÚMEN

**Tema:** “Pacientes con Alteraciones Multisistemicas, por Efecto del Reposo Prolongado”

**Autores:** Velazquez Nilza, Tapia Doris, Carbajal Alexander

**Lugar:** Sociedad Española de Socorros Mutuos en la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I).

**Introducción:** La presente investigación se centró en los pacientes adultos mayores con alteración multisistémica por efecto del reposo prolongado en la Unidad de Terapia Intensiva, debido que en las últimas décadas el índice de vida de una persona añosa es elevado; pero en consecuencia también se le suma enfermedades comorvidas como Obesidad, Cáncer, Diabetes, EPOC, HTA, ACV, etc.

Este estudio pondrá en evidencia las complicaciones que se puede sufrir el adulto mayor por estar en estado inactivo; ya sea por tratamiento o patología que lo predispone a estarlo ,se establecerán parámetros cuantitativos para medir estadísticamente que complicaciones repercuten en este tipo de pacientes.

**Objetivos:** Determinar que alteraciones multisistemicas por efecto del reposo prolongado en pacientes (adulto mayor) debe prevenir enfermería

**Método:** El estudio empleado es cuantitativo porque los resultados expresan numéricamente la realidad en la que se desarrollan los hechos, descriptivo porque permite obtener información de la realidad tal y como se presenta, y de corte transversal porque se analizan variables, paralelamente, en un tiempo y espacio determinado.

**Resultado:** De los 50 pacientes el sexo masculina con el 56% sobre el femenino de 44%. Respecto al ciclo vital por el que atraviesan el anciano joven predomina con 58% , el adulto mayor con 22%, los ancianos mayores con 14% y con menor porcentaje el adulto joven (2%) y mayores de 85 años (4%). Es alarmante que ninguno tenga un peso normal, sobresale el sobrepeso con el 46%, le sigue la obesidad I con 42%, la obesidad II con 10% y la obesidad extrema con un 2%. El 46% ingresan con un Glasgow Grave, el 44% con Moderado y con el 10% Leve. El 42% de los 50 pacientes tienen de base 3 patologías, el 26% 4 patologías, el 22% con 2 patologías, el 8 % 5 patologías y un 2% solo una patología. Un 82% utilizaron A.R.M, de los cuales el 74% de ellos utilizo A.R.M invasiva, un 18% oxigenoterapia y un 8% no invasiva (VNI).El 46% de los 37 pacientes con ARM invasiva lo utilizo de 6 a 10 días, el 41% 10 días en adelante y un 13% de 1 a 5 días; un 59% de ellos no termino con TQT y el 41% sí. El 40% de los 50 pacientes tubo un Glasgow grave de egreso, el leve y moderado tuvieron cada uno un 30% respectivamente; el 20% tubo 4/8 complicaciones, 3/8 y 6/8 ambos tuvieron 18% cada uno, 5/8 y 7/8 14% cada uno ,2/8 tubo 10% y por ultimo 8/8 complicaciones con un 6%.Se observa que del 100% de los 50 pacientes se destaca las Ulceras y

Edema con 86% cada uno, Flebitis con 80%, Neumonía con 70%, Infecciones 64% y en menor medida la Sepsis con 38%, Falla renal con 30% y Cardiológicos con un 28% .

El 58 % egreso de UTI con dependencia severa, el 28 % dependencia leve, un 8% dependencia moderada y un 6% independiente.

Según el análisis en la Escala de Recuperación de Glasgow el 34% quedó en estado vegetativo, la discapacidad moderada y severa tuvo cada una un 28%, en cambio una buena recuperación solo dio un 10%.

**Conclusión:** En esta investigación se destaca que la etapa de vida se encuentra representada por los Ancianos (mayores de 65 años) con un 76%. Se debe destacar que al sacar el I.M.C del total de los individuos el 54% tiene algún tipo de obesidad y el 46% sobrepeso, esta información se destaca debido que en los últimos tiempos la obesidad fue aumentando en las personas de la tercera edad, lo cual conlleva a padecer enfermedades Cardíacas, HTA, Diabetes, etc. También dificulta el trabajo de enfermería este tipo de pacientes, debido que son totalmente dependientes y demandantes a la hora de satisfacer las necesidades básicas; por lo general su movilización, su traslado es muy dificultoso.

Respecto al Glasgow de ingreso y egreso se observa en la estadística que el Glasgow Leve aumentó un 20% en el egreso, el Moderado bajó un 14% y se destaca que disminuyó un 4% el Grave. Lo cual puede ser un indicador que el trabajo de que realiza enfermería ayuda a la rehabilitación del paciente, debido a esta información que es de total importancia ya que puede ser utilizada en un futuro para desarrollar una tesis. El 76% de los 50 pacientes tiene más de 3 patologías de base, un 84% utilizó A.R.M, de los cuales 72% de forma invasiva. De los 37 pacientes con ARM invasiva el 87% lo utilizó por más de 6 días, de los cuales un 41% terminó con T.Q.T.

Del total de los individuos el 72% tiene 4 o más complicaciones al egreso del servicio de terapia, de las cuales se destacan las Úlceras (86%), Flebitis (86%), estas dos se encuentran relacionadas debido que al estar en estado inactivo el cuerpo tiende a perder tono muscular y disminuye el retorno venoso, provocando la debilidad de la piel, edemas y por último la flebitis y las úlceras; estas complicaciones son las más comunes en un paciente que está se encuentra en reposo prolongado. La Neumonía (70%) e Infecciones (64%), están relacionadas con el uso de ARM invasiva, debido que un gran porcentaje de los pacientes lo utiliza. Con relación al grado de dependencia se observó que el 66% es totalmente dependiente del servicio de enfermería, el cual está directamente relacionado con la Escala de Recuperación donde se ve reflejada que el estado vegetativo tiene un alto porcentaje de individuos (34%), discapacidad severa (28%), discapacidad moderada (28%) y una buena recuperación un 10%.

**Propuesta:** Establecer un protocolo de rotación en conjunto con los Kinesiólogos, en el cual se establecerán pautas como:

- Utilización de colchón antiescara, en caso de que no haya en el servicio pedir al familiar u obra social.

- Rotar al paciente cada 2 o 3 horas si no está contraindicado.
  - Colocar almohadillas áreas de apoyo (talones, codos, cabeza, etc.)
- Con respecto a la Neumonía e Infecciones se hará énfasis en las normas de bioseguridad todo el equipo de salud, una buena higiene bucal; aspiración de secreciones los que tengan T.E.T y T.Q.T.

Para prevenir la Flebitis rotar los sitios de punción, evaluar el aspecto de la piel, el color, la temperatura, realizar limpieza aséptica; rotar los manquitos de presión, colocar en alto los miembros edematisados, en el caso que en ambos miembros superiores estén imposibilitados para la colocación de una vía periférica, sugerir al médico la colocación de vía venosa central, ya que en Terapia Intensiva es de vital importancia tener un acceso venoso por cualquier urgencia que se presente.

Con el grado de dependencia se establecerá medidas de intervención inmediata con enfermería en conjunto con kinesiología, para establecer un protocolo de recuperación neuromuscular, con el fin de una movilización temprana y rápida, para disminuir los efectos perjudiciales de inactividad por efecto del reposo prolongado para este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Adulto mayor, Obesidad, Complicaciones, Protocolo.

## Agradecimientos

Agradecemos el acompañamiento de nuestros docentes, no solo del curso de Taller de Tesis, sino también a todos los docentes del Ciclo de Licenciatura en Enfermería, por brindarnos sus conocimientos y contribuir en el desarrollo de este trabajo de investigación.

No podemos dejar de agradecer el apoyo incondicional y constante de nuestra familia, en este proceso de trabajo y aprendizaje.

## Prólogo

En las últimas décadas la vida del adulto mayor se extendió ampliamente, debido que ellos participan activamente en la sociedad, realizando actividad física, asisten a talleres de recreación y en otros casos completado sus estudios. Pero también fueron aumentando las enfermedades comorvidas (Obesidad, EPOC, ACV, HTA).

También su estadío en el servicio de Terapia Intensiva se fue alargando, por lo cual a la misma se le sumaron complicaciones como úlceras, flebitis, infecciones, etc. Las cuales ponen en riesgo la vida, cuya evolución de ellas es de forma desfavorable, la dependencia de otra persona para satisfacer las necesidades básicas se intensifica, aumentando el mal estado psicológico y espiritual. Disminuyendo así la independencia que se ganó el adulto joven con el paso de los años.

En la investigación realizada se pone en evidencia, mediante datos cuantitativos, qué a mayor tiempo en reposo prolongado es mayor las complicaciones que se le atribuye al paciente en la UTI, se pierde la dependencia y en el peor de los casos no tienen un buen pronóstico de recuperación, y en fatal de los casos la muerte del mismo. Se establecerán propuesta de acuerdo en que forma enfermería podrá realizar intervenciones con el objetivo de disminuir el impacto en la salud del paciente adulto mayor.

## Índice General

Carátula:.....	Pag. I
Advertencia:.....	Pag. II
Acta de Aprobación:.....	Pag. III
Resumen.....	Pag. IX
Agradecimientos.....	Pag. V
Prólogo.....	Pag. VIII
Índice General.....	Pag. IX
Índice de Tablas y Gráficos.....	Pag. VIII
Capítulo I	
Introducción.....	Pag. 1
Descripción del Problema.....	Pag. 2
Formulación de la Pregunta.....	Pag. 4
Objetivos.....	Pag. 5
Justificación.....	Pag. 6
Marco Teórico.....	Pag. 8
• Apartado I: Rol de enfermería.....	Pag. 9
• Apartado II :Cuidar en enfermería.....	Pag.12
• Apartado III: Adultos mayores.....	Pag.15
• Apartado IV :Necesidades alteradas.....	Pag.20
Capítulo II	
Diseño Metodológico:.....	Pag.31
Capítulo III	
Conclusiones y Propuestas	
• Discusión.....	Pag.61
• Conclusión.....	Pag.63
• Propuestas.....	Pag.65
Bibliografía:.....	Pag.66
Anexos:.....	Pag.67

## Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y grafico N° 1.....	Pag.39
Tabla y grafico N° 2.....	Pag.40
Tabla y grafico N° 3.....	Pag.41
Tabla y grafico N° 4.....	Pag.42
Tabla y grafico N° 5.....	Pag.43
Tabla y grafico N° 6.....	Pag.44
Tabla y grafico N° 7.....	Pag.45
Tabla y grafico N° 8.....	Pag.46
Tabla y grafico N° 9.....	Pag.47
Tabla y grafico N°10.....	Pag.48
Tabla y grafico N°11.....	Pag.49
Tabla y grafico N°12.....	Pag.50
Tabla y grafico N°13.....	Pag.51
Tabla y grafico N°14.....	Pag.52
Tabla y grafico N°15.....	Pag.53
Tabla y grafico N°15.1.....	Pag.54
Tabla y grafico N°16.....	Pag.55
Tabla y grafico N°17.....	Pag.56
Tabla y grafico N°18.....	Pag.57
Tabla y grafico N°19.....	Pag.58

# CAPITULO I

## INTRODUCCION

La presente investigación se centró en los pacientes adultos mayores con alteración multisistémica por efecto del reposo prolongado en la Unidad de Terapia Intensiva, debido que en las últimas décadas el índice de vida de una persona añosa es elevado; pero en consecuencia también se le suma enfermedades comórbidas como Obesidad, Cáncer, Diabetes, EPOC, HTA, ACV, etc.

Este estudio pondrá en evidencia las complicaciones que se puede sufrir el adulto mayor por estar en estado inactivo; ya sea por tratamiento o patología que lo predispone a estarlo, se establecerán parámetros cuantitativos para medir estadísticamente que complicaciones repercuten en este tipo de pacientes.

Con el objetivo principal de disminuir los efectos negativos del reposo prolongado por parte del equipo de enfermería. El cual se llevara a cabo mediante la identificación de las complicaciones más comunes, las cuales se trataran de resolver con la implementación de protocolos en conjunto con el equipo de salud.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En la actualidad la salud tiene muchas definiciones pero la que más se utiliza es la de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) que menciona que "...La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En 1969, define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. Este es un proceso (largo) compuesto por acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo el déficit funcional, favoreciendo el autovalidamiento, la aceptación de la discapacidad y la inserción social.

Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, pero entender lo que te ocurre y participar activamente en el cuidado de la salud lo ayudará a afrontar esos retos. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida. Si se padece una enfermedad crónica, no sólo se afecta físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, si uno está dispuesto a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento, tanto en la recuperación como en la reinternación .

En la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I) de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, se dedujo que el paciente adulto mayor, 55 años en adelante, en reposo prolongado es más susceptible o tiene más probabilidades a desarrollar alteraciones multisistemicas debido a la inactivad músculo esquelética prescrita o inevitable al que se encuentra sometido.

Debido que el tratamiento de recuperación o en el fatal de los desenlaces la muerte del paciente crítico es un proceso que puede durar días, semanas o meses para tratar dichas afecciones como respiratorias, traumatismos, patologías inestables o crónicas; lleva inevitablemente a un grado importante de inmovilización. También se le suma al problema la edad avanzada de los pacientes, las patologías previas, el estado nutricional con el que ingresan, nivel de conciencia, la situación socio-económica familiar.

Se ha observado en el primer semestre que dichas complicaciones como úlceras; infecciones (respiratorias por la ventilación mecánica, vascular, urinaria); atrofia musculares; problemas articulares; psicosis (depresión, excitación psicomotriz) aumentan por la inestabilidad hemodinámica y se agrava con el tiempo. De esta manera es fundamental darle importancia a la actividad física activa como pasiva como parte de un programa de rehabilitación temprana en el paciente crítico sometido a reposo prolongado, para lograr su recuperación y su independencia funcional. En este punto es importante el rol que desempeña enfermería, el cual tiene que estar capacitado y trabajar en conjunto con el equipo de salud para diseñar planes y estrategias de cuidado que le permita al paciente disminuir o prevenir el impacto negativo que la inmovilidad le genera.

## FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuáles son las alteraciones multisistémicas por efecto del reposo prolongado en pacientes (adulto mayor), que debe prevenir enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de la Sociedad Española de Socorros Mutuos durante el primer semestre, en Mendoza del 2017?

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- “Determinar que alteraciones multisistemicas por efecto del reposo prolongado en pacientes (adulto mayor) debe prevenir enfermería”

Objetivos Específicos:

- Identificar complicaciones más frecuentes en este tipo de pacientes que mantienen reposo prolongado.
- Identificar las características de este tipo de pacientes ( edad, sexo, peso, patologías de base, tiempo de internación, tiempo de utilización de asistencia respiratoria mecánica, tubo endotraqueal, índice de mortalidad)
- Identificar los cuidados que brinda enfermería.

## JUSTIFICACIÓN

En la siguiente investigación se pretende identificar cuáles son las complicaciones que tiene que prevenir Enfermería, relacionado con alteraciones multisistemicas por efecto del reposo prolongado. Nuestro enfoque va dirigido al paciente crítico adulto mayor de la UTI, los cuales son más susceptibles a desarrollar alguna complicación debido a su estado hemodinámico inestable.

Por otro lado se ha encontrado que las alteraciones multisistemicas no solo repercuten en el estado del paciente crítico sino también a nivel personal, socioeconómico, convirtiéndose así en un problema de salud pública. En principio es personal porque afecta al paciente sino que a todo su grupo familiar debido a que alargaría su estadía en la clínica y además de seguir recibiendo cuidados y curaciones fuera del establecimiento una vez recibida el alta médica. Con lo que conlleva a establecer y determinar el rol o papel que desempeña Enfermería a la hora de los cuidados, ya que estos son muy importantes para minimizar los efectos negativos del reposo prolongado, ayudar a su rehabilitación o en fatídico de los casos llegar a un deceso digno; favoreciendo así al paciente y su entorno familiar. A nivel socioeconómico los familiares se ven muy afectados debido que la estadía en UTI es un servicio caro, dado que no todas las prepagas y obras sociales tienen un 100% de cobertura para este tipo de servicio, el cual lleva a aumentar el estrés del entorno familiar e indirectamente afecta al paciente.

Debió a esto es importante el papel que desempeña enfermería a la hora de realizar los cuidados diarios como también la prevención de futuras complicaciones mediante la implementación de protocolos que sean adecuados al lugar de trabajo. El cual favorecería al servicio debido que se reduciría el estadio en reposo prolongado, lo que conllevaría a disminuir las probabilidades de complicaciones asociadas al mismo. Pero puede ser estudiado por otros.

# MARCO TEORICO

**APARTADO I:**  
**ROL DE ENFERMERÍA**

En la actualidad el rol de enfermería tiene muchas definiciones y abarca un papel muy importante a la hora de atender al paciente. Para poder establecer cuál es su tarea principal se tendrá que preguntar ¿Cuál es la función de la Enfermera?; según Virginia Henderson la define como "...La función única de una enfermera es ayudar al individuo ;sano o enfermo ,en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o en su recuperación ( o una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario (...), realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible"<sup>1</sup> .Se debe mencionar que también la autora desarrollo el pilar principal de enfermería las 14 necesidades las cuales serán expuestas más adelante.

Otra gran autora que estableció las funciones y actividades de enfermería fue Dorothea Orem, la cual lo define como "...fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente."<sup>2</sup> La autora desarrollo la Teoría del Autocuidado el cual consiste en "...el control de la vida por las personas, que tienen la capacidad, habilidad y que están motivadas para el cuidado de sí mismas, es evitar el sufrimiento y la presencia de enfermedad sin la ayuda de otros, es satisfacer los Requisitos de Autocuidado."<sup>2</sup>

Podemos decir a su vez que se integran tres subteorías: 1) Teoría del Autocuidado: sirve de fundamento y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a sí mismo. El autocuidado y los cuidados a miembros dependientes de una familia son conductas aprendidas que regulan intencionadamente la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo humano. 2) Teoría del Déficit del Autocuidado: desarrolla la razón por el cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. Los individuos experimentan un déficit de autocuidado cuando no son capaces de cuidarse por sí solos. Los individuos pueden beneficiarse de la enfermería cuando están sujetos a limitaciones, relacionadas con la salud, que los hacen incompetentes para el

---

<sup>1</sup> Ann Marrienner Tomé, Martha Raile Alligood, Modelos y Teorías en enfermería, 5° edición, Editorial Elsevier España .S.A. Velásquez, 2003, Madrid, España, página 101.

<sup>2</sup> <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>

autocuidado, o tienen como resultado un cuidado ineficaz o incompleto. 3) Teoría de Sistemas de Enfermería: es la tarea unificadora e incluye todos los elementos esenciales. Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planear y proporcionar cuidados a pacientes que lo necesitan, llevando a cabo acciones concretas y sistemas de acciones.

## TIPOS DE MODELOS

Con respecto a los Tipos de Modelos podemos mencionar los que se basan en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados.

Modelo Naturalista: su principal representante es Florence Nightingale. En 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería en su libro *Notas sobre enfermería (Notes on nursing)*.

Comprendió la necesidad de tener un esquema de referencia, un cuadro conceptual. Desde este primer intento de conceptualización, hasta que de nuevo formalmente se hace esta pregunta, transcurre casi un siglo. Es el más sencillo de todos los modelos.

Modelo de Suplencia y Ayuda: el rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona. Las dos representantes más importantes de esta tendencia son Virginia Henderson y Dorotea Orem.

# APARTADO II

## CUIDAR EN ENFERMERIA

Los cuidados de enfermería están vinculados a la preservación o conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coide*) y enfermería se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. Los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones que un enfermero debe brindar a su paciente; sus características dependerán del estado y la gravedad en que se encuentre en general, el monitoreo de la salud y el asistir sanitario.

Se define cuidar como "...se actúe en algunos casos ayudando, en otras suplementando (...) y promocionando el autocuidado de la persona que se atiende"<sup>3</sup>. Henderson priorizó la independencia del paciente, cuyo papel fue dirigido a la suplencia/ayuda, Orem al autocuidado y su papel el de suplencia/autocuidado y Roy a la adaptación cuya función fue promover conductas adaptativas.

Por ende las siguientes autores se preguntan: ¿Qué es el cuidar según Enfermería?; según Lenninger son "...aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.", Jaen Watson "...el cuidado es el ideal oral de enfermería, es un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre la enfermería y el otro.", la situación de cuidar no solo es abstracto, es concreta, enlazada en un contexto. A su vez Sally Gadow la define como "...cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia necesidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte.", según Natividad Pinto señala que "...el cuidar es un fin y la más alta dedicación al paciente, el acto de mayor cuidado puede ser el no actuar, si ello es determinado por el otro. Cuidar demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma

---

<sup>3</sup> J. C. Contel, J. Gene, M. Peya, Atención domiciliaria Organización y Práctica, Editorial Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1999, página 104 a 106.

realidad del paciente, la verdad del cuidado es contextual y envuelve realidades objetivas y subjetivas en un todo coherente.”<sup>4</sup>

Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

Por ende se puede medir el grado de dependencia de cuidados en Enfermería de la siguiente manera:

➤ Grado I: Dependencia moderada

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias de las actividades diarias básicas de La vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo momentánea o limitado por su autonomía personal.

➤ Grado II: Dependencia severa

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias de las actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día pero no necesita el apoyo permanente de un cuidador, o bien tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

➤ Grado III : Gran dependencia

Cuando las personas necesitan ayuda para realizar varias de las actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y debido a su pérdida total de su autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y constante de otra persona.

---

<sup>4</sup> Gustavo Malagón Londaña, Ricardo Galan Morera, Gabriel Ponton Laverde, Administración Hospitalaria 3ª edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2008, página 559.

**APARTADO III**  
**ADULTOS MAYORES**

En los últimos 100 años el promedio de vida de los adultos mayores se elevó considerablemente (65 años en adelante). Si bien la mayoría disfruta de buena salud; un pequeño porcentaje sufren de una incapacidad crónica; las cuales son las cardiopatías, el cáncer y el accidente vascular cerebral, Alzheimer y diabetes mellitus.<sup>5</sup>

En los países desarrollados actualmente supera la octava década, en la Argentina en el último censo nacional el 11% de la población supera los 65 años y la expectativa de vida se mantiene en continuo aumento y alcanza los 77 años (77 y 81 años para hombres y mujeres)<sup>6</sup>; lo cual explica la mayor frecuencia de admisión en la UTI de pacientes añosos. Debido a la baja funcionalidad física y limitada expectativa de vida no es lógico no admitir en el servicio estos tipos de pacientes, dado que muchos individuos continúan con sus actividades físicas como intelectuales hasta edades avanzadas.

Los pacientes críticamente enfermos se clasifican en tres clases: a) adultos o ancianos jóvenes (65 a 70, o incluso 75 años), adulto mayor o ancianos mayores (70-75 a 85) y los muy ancianos (mayores de 85 años).<sup>7</sup>

Con el pasar del tiempo el cuerpo de una persona mayor disminuye sus reservas en el organismo, por lo general es capaz de mantener las demandas del organismo, pero en el transcurso de una enfermedad dicha reserva se ve afectada, produciendo así la disminución de la misma, lo cual puede afectar el estado del paciente o en el fatal de los casos incrementar la gravedad de la enfermedad.

Según Brunner y Suddarth Enfermería Quirúrgica (5) los cambios celulares y extracelulares de la vejez cambian el aspecto físico y alteran la función del cuerpo para mantener la homeostasis, debido al envejecimiento celular, los sistemas orgánicos no funcionan con eficiencia por efecto del déficit celular y tisular. Los cambios fisiológicos producidos son:

#### Sistema cardiovascular

“...Disminución del gasto cardiaco, reducción de la capacidad al estrés para responder (...) frecuencia de recuperación cardiaca más lenta, aumento de la presión arterial.”

#### Sistema respiratorio

---

<sup>5</sup> Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever, BRUNNER Y SUDDARTH Enfermería medicoquirúrgica, 12ª edición, VOLUMEN I, Editorial Wolters Kluwer, Buenos Aires, Capítulo 12, página 200, 201, 201, 203, 204,205 ,206 207,208 209.

<sup>6</sup> [http://www.indexmundi.com/es/argentina/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/argentina/poblacion_perfil.html)

<sup>7</sup> Elisa Estenssoro Directora del Comité Editorial, SATI Terapia Intensiva, 5ª edición; Editorial Medica Panamericana; 2015; Buenos Aires, pagina 1411 a 1414.

“...Incremento del volumen pulmonar residual, reducción de la fuerza muscular (...) merma de la eficiencia de la tos.”

#### Sistema tegumentario

“...Disminución de la grasa subcutánea, del líquido intersticial, del tono muscular (...) resulta en menor protección contra traumatismos (...), fragilidad capilar.”

#### Sistema reproductor

“...Mujeres: estrechamiento vaginal y disminución de la elasticidad, reducción de las secreciones vaginales.

Varones: testículos menos firmes y disminución de la producción de esperma.

Varones y Mujeres: respuesta sexual más lenta.”

#### Sistema genitourinario

Los cambios que se observan son: menor velocidad de filtración, disminución de la función tubular, reducción de la eficiencia en la resorción y concentración de la orina y restauración lenta del equilibrio acidobásico en respuesta al estrés.

#### Sistema musculoesquelético

“...Pérdida de la densidad ósea, pérdida de la fuerza y tamaño muscular, degeneración del cartílago articular.”

#### Sistema digestivo

“...Disminución de la sensación de la sed, olfato y sabor, reducción de la salivación, dificultad para deglutir alimentos, retardo en el vaciamiento esofágico y gástrico, reducción de la motilidad gastrointestinal.”

#### Sistema nervioso

“...Disminución de la velocidad en la conducción nerviosa, mayor confusión con la enfermedad física y pérdida de los estímulos ambientales, reducción de la circulación cerebral.”

#### Obesidad en adultos mayores

Desde 1975 la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo, en el 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales 650 millones tenían obesidad, uno debe preguntarse ¿qué es la obesidad y el sobrepeso? ¿Cómo se puede prevenir? Según la O.M.S la define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la

salud .El índice de masa corporal (IMC) es un indicado simple de la relación entre el peso y la talle que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talle en metros ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) .En los adultos la O.M.S la define como:

- Sobrepeso IMC igual o superior 25.
- Obesidad IMC igual o superior a 30.

Es muy útil ya que la misma se puede utilizar para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

Según la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), es ampliamente conocida la asociación entre obesidad y un aumento de la mortalidad general y por patología específica, a pesar de su asociación con mayor índice se ha visto que en terapia intensiva la obesidad se ha asociado a mejores resultados. Pero no dejan las dudas los resultados en cuanto a su asociación con estancias hospitalarias más prolongadas y mayor duración de la ventilación mecánica (VM). El índice de masa corporal (IMC) no debería utilizarse como valor predictivo de mortalidad en la en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Tama en cuenta la circunferencia abdominal y la presencia de adipocito central (indicador de grasa visceral) mejor indicador pronostico. Según lo establecido un IMC > 30 no ha demostrado ser un factor de riesgo independiente de mortalidad, mientras que la presencia de adipocito central si lo es. Es innegable que la combinación de obesidad y enfermedades grandes aumentan considerablemente la complejidad delos cuidados en UCI. El paciente obeso en terapia intensiva requiere de cuidados muy particulares e individualizados. La técnica de intubación, de asistencia ventilatoria, la colocación de vías centrales y su movilización no son las mismas que los no obesos. El soporte nutricional no será una excepción ya que plantea desafíos en el tiempo de inicio, vía de acceso, requerimientos específicos en cantidad y calidad

En relación con los accesos enterales la obesidad se encuentra asociada a un incremento de la presión intraabdominal, lo que favorece el reflujo gastroesofágico y a la aspiración. La diabetes frecuentemente es asociada con la obesidad, puede tener compromiso neuropatico con el retardo del vaciamiento gástrico y esto condiciona el modo de acceso a la forma de administración. La colocación segura de del acceso enteral puede ser dificultosos, tanto por la dificultad de movilización del paciente como por la posibilidad del equipo de soportar el peso del paciente, que pude ocasionar la dificultad en la confirmación del lugar donde se encuentra el extremo de la sonda. Por ende se recomienda el uso de la posición de “Trendelenburg invertida” para evitar cualquier complicación.

A medida que la epidemia de la obesidad progresa, la cantidad de pacientes obesos admitidos en cuidados intensivos ira probamente aumentando. En un

estudio observacional realizado entre 2007 y 2009 en 355 UCI de 33 países se observó que el 56% de los pacientes ingresados presentan un IMC mayor de 25, mientras que un 25% presenta obesidad (IMC >30); los pacientes con obesidad severa (IMC > 40) ingresan por problemas respiratorios en comparación con los pacientes con peso normal, tenían mayor tiempo de duración de ventilación mecánica y tiempo de internación. La obesidad se asocia a una serie de cambios fisiológicos respiratorios que van desde la disminución de los volúmenes pulmonares en pacientes sin enfermedad respiratoria evidente hasta los casos más graves de síndrome de obesidad e hipoventilación (SOH).

Por ende el acceso a la vía aérea de este tipo de paciente es muy dificultoso, como consecuencia de los cambios anatómicos y fisiológicos que se asocian a este tipo de enfermedad. El cuello corto y grueso limita la movilidad, y el mayor depósito de grasa en los tejidos faríngeos aumentando la posibilidad de colapso de la vía aérea. Esto determina un aumento de la resistencia de la vía aérea, con lo cual se hace dificultoso mantener una adecuada ventilación con mascarilla durante la intubación.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Elisa Estenssoro Directora del Comité Editorial, SATI Terapia Intensiva, 5° edición; Editorial Medica Panamericana; 2015; Buenos Aires, pagina 1.403 ,1.404 y 1.405.

# APARTADO IV

## NECESIDADES ALTERADAS

A los fines de la investigación se va a priorizar sobre las NECESIDADES ALTERADAS.

La inmovilización puede definirse como una restricción o limitación física de las extremidades y del cuerpo para realizar giros, sentarse y deambular que obedece a múltiples causas. La inmovilización conduce a la reducción de la actividad metabólica y a la disfunción multisistémica.

“El inmovilismo acarrea graves consecuencias; por ello sólo debe guardarse reposo en cama cuando sea imprescindible, es decir, cuando el riesgo de la actividad supera al de la inactividad”.

Por tales razones es importante pensar, que cuando el reposo en cama es una terapia, se debe planear el desmonte precoz desde su instauración, ya que sus consecuencias deletéreas son múltiples y comienzan a aparecer tempranamente. Cuando una persona por circunstancias de su enfermedad se deba mantener encamada, es decir con capacidad de movimiento reducida o ausente y según cual sea su estado, todos los órganos o sistemas se ven afectados.

La inmovilidad puede afectar a todos los órganos y sistemas corporales. Los problemas físicos debidos a la inmovilización pueden afectar incluso, a los sistemas corporales que estaban sanos antes del período de inactividad.

El reposo en cama y la inmovilización han sido ampliamente utilizados durante muchos años y estudiados en forma muy extensa en las últimas décadas. Los resultados demuestran que los efectos perjudiciales de estos métodos terapéuticos superan, en gran medida, a los efectos beneficiosos. Si bien, la falta de actividad favorece la curación del órgano enfermo, también causa un enorme deterioro en los órganos no afectados, comprometiendo prácticamente a todos los sistemas del organismo.

Esta disfunción múltiple se conoce como desacondicionamiento y se describe como una entidad clínica separada y diferente del cuadro que le dio origen, conduciendo a complicaciones a veces severas, de difícil manejo y tratamiento prolongado.

Factores de riesgo como la edad, el estado nutricional, el estado mental, la actividad muscular, las patologías de base y los antecedentes personales, son determinantes al ingreso a UCI para detectar a tiempo los pacientes más susceptibles de desarrollar descondicionamiento y pensar en un plan de cuidados, acorde a sus necesidades y dirigido a la prevención.

Según Virginia Henderson define **necesidad fundamental** como "...aquella necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente."<sup>9</sup>

Cuyas necesidades alteradas que se observó en estos pacientes son:1) la respiratoria; 2) alimentarse e hidratarse;3) eliminación; 4) moverse, conservar una buena postura; 7) mantener la temperatura corporal en los límites normales; 8) estar limpio, aseado y proteger los tegumentos;9) evitar los peligros (mantener la integridad física y mental)

Alteración cardiovascular: La inmovilidad genera en el corazón un bombeo menos eficaz al adaptarse a demandas menores, se presenta hipotensión ortostática por pérdida del reflejo de vasoconstricción en la mitad inferior del cuerpo, que se presenta durante el cambio de posición horizontal a una vertical de manera súbita; el incremento del calcio sérico (diferente al calcio óseo el cual se ve reducido por la disminución de su absorción por efecto del reposo) sumado a la pérdida del reflejo vasoconstrictor y la falta de contractilidad muscular disminuyen el retorno venoso alterando la precarga, incrementando el riesgo de trombosis venosa Profunda (TVP) y de tromboembolismo pulmonar (TEP); se observa también una disminución en la tolerancia al ejercicio.

Alteración respiratoria: Se altera por reducción en la profundidad y amplitud de los movimientos, con la consecuente reducción de la capacidad pulmonar vital entre un 25 y 50%, debido a la compresión que ejerce el colchón sobre la pared posterior del tórax cuando el paciente está en decúbito supino y la compresión de los órganos abdominales, los cuales elevan la presión intratorácica y dificultan el trabajo respiratorio; además la atrofia muscular también puede comprometer los músculos respiratorios. Debido a la debilidad muscular y la

---

<sup>9</sup> L. S. García, M. A. Reina, C.R. Vasco, M. de C. Castillas, L. del Castillo ,D. Gomes, et al, Auxiliares de Enfermería del Consorcio Sanitario de Tenerife, volumen I, Editorial MAD, Sevilla, 2004, pagina 96.

compresión torácica, el mecanismo de la tos se altera y por lo tanto, se dificulta la expectoración; lo que incrementa el riesgo de infección bacteriana y el posterior desarrollo de atelectasias.

Alteración tegumentaria: Hay pérdida de turgencia en la piel por el edema; este se forma cuando el volumen de líquido intersticial (debido a la filtración hacia fuera de los capilares) excede la capacidad de los linfáticos para retornarlos a la circulación, además el paciente crítico cursa con hipoalbuminemia que genera disminución de la presión oncótica y consecuente edema. Por lo tanto se puede formar edema cuando aumente la filtración o cuando el drenaje linfático está obstruido. El drenaje linfático es deficiente cuando se remueven quirúrgicamente o se irradian los ganglios linfáticos o cuando no hay actividad muscular (por ejemplo: En un soldado en posición firme o en el reposo prolongado) que al asociarlo con la continua presión, reduce la perfusión sanguínea, generando isquemia y favoreciendo la aparición de úlceras por presión.

Alteraciones gastrointestinales y metabólicas: Se evidencian por aumento del catabolismo, este proceso se acompaña de anorexia y disminución de la absorción de nutrientes, generando en el paciente diferentes grados de desnutrición lo que tiene repercusiones sistémicas principalmente a nivel Cardio-Cerebral que son los órganos de mayor consumo energético. Se puede cursar también con trastornos en la deglución, hay una disminución del peristaltismo y de la producción de las glándulas digestivas, los pacientes pueden presentar pérdida del reflejo de defecación, estreñimiento e impactación fecal.

Alteración urinaria: Se altera el vaciamiento de la vejiga, ya que éste proceso es favorecido por la gravedad, lo que produce estasis urinaria y por ende mayor riesgo de infección y formación de cálculos; el uso permanente de sondas lleva al debilitamiento de los músculos de la pelvis y del detrusor lo que genera incontinencia urinaria.

Alteración osteomuscular: En los huesos se altera el metabolismo por no estar sometidos a las tensiones del ortostatismo. El paciente encamado cada mes

pierde 8% de los minerales óseos. Las alteraciones a nivel estructural del músculo provocan cambios a nivel funcional, por variación de la fibras musculares y pérdida de las cualidades funcionales (excitabilidad, contractilidad, elasticidad, extensibilidad, tonicidad), en periodos de inmovilidad total la fuerza se altera, especialmente y con más intensidad en la primera semana. La pérdida puede ser de 0.7 a 1.5% diario, hasta llegar a un 25 - 40%. En 4 - 5 semanas la pérdida de fuerza puede llegar a ser de 50%.

Alteraciones psicológicas: La persona que se encuentra en reposo en cama prolongado no solo se enfrenta con problemas físicos, sino también psicológicos; con respecto al equilibrio psicosocial, hay pérdida de relación con el entorno, se afecta la autoestima, y se desarrollan comportamientos anormales como apatía, agresión, frustración, depresión y pérdida del apetito. A nivel sensorial la limitación del territorio y de los puntos de referencia crea una depresión sensorial que promueve la dependencia.

Necesidades alteradas a tener en cuenta que se observó a los pacientes durante su internación.

Las alteraciones multisistemicas de pacientes adulto mayor, se caracterizan por el reposo prolongado que son mínimamente reversibles, es una enfermedad crónica de progresión lenta cuyos síntomas son: la úlceras por presión, infecciones, atrofia muscular, descalcificación ósea y psicosis. Que se detallan a continuación:

Úlceras por presión: Una de las consecuencias más comunes en las alteraciones multisistemicas son las úlceras por presión; cuya definición es “una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.”

La presión no es el único factor implicado, sino que actúa junto con otras fuerzas mecánicas ex-ternas como son la fricción o rozamiento y el cizallamiento. En el paciente encamado o en sedestación el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, especialmente

durante las movilizaciones. Existen otros factores asociados; unos locales y extrínsecos relacionados con la tolerancia de los tejidos a la humedad (incontinencia urinaria y/o fecal, hiperhidrosis por tejidos), temperatura; así como otros más generales e intrínsecos, que tiene que ver con la nutrición, edad (disminución masa muscular, de formación de colágeno, de perfusión de sangre en los tejidos, etc.), también actúan las patologías asociadas, que actúan modificando la resistencia tisular, y por tanto contribuyen a la formación de las UPP.

Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos. Según que bibliografía, encontramos diferentes clasificaciones, que pueden ir de 2 a 6 estadios. En esta revisión emplearemos la de 4 estadios como recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

- Estadio I: Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados. Pueden existir cambios con respecto a una zona de la piel no sometida a presión como: temperatura, edema, induración, dolor, escozor.
- Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, y puede extenderse hacia abajo, pero no hacia la fascia subyacente.
- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Infección Vascul ar Periférica: Una vez pasando a las úlceras de estadio IV se ven afectados los vasos periférico produciendo un proceso inflamatorio infeccioso a nivel del tejido celular subcutáneo y muscular, localizados en el sitio de la puerta de entrada del germen. Es un proceso inflamatorio infeccioso de los vasos debido a la invasión de estos por un microorganismo, el más

frecuente es el estreptococo, a través de una puerta de entrada que cursa con un cuadro sintomático muy aparatoso y que puede llevar al paciente a la descompensación metabólica.

**Infección Respiratoria:** La mayoría de los pacientes con alteraciones multisistémicas son sometidos a la ventilación mecánica; es un tratamiento en el cual se envía una respiración artificial pero a través de un equipo llamado ventilador mecánico. Este equipo va a suplir la función respiratoria de una persona que no puede hacerlo por sí mismo. De ésta forma nos facilita el poder mejorar la oxigenación y el que sus pulmones puedan ser manejados mediante un ventilador.

Se informa que la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es un tipo particular de infección nosocomial frecuente en los pacientes críticos y se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Su origen es polimicrobiano y depende de múltiples factores de riesgo como: edad, días de ventilación, poca movilización, alcalinización gástrica, trauma, coma y uso de medicamentos como: sedantes y bloqueadores, entre otros. La neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica es un tipo particular de neumonía nosocomial. Es la principal infección en los pacientes intubados y se asocia a altas tasas de mortalidad y morbilidad, a pesar de la introducción de agentes antimicrobianos de amplio espectro, del desarrollo de modalidades de apoyo complejas y del uso de medidas preventivas. La etiología predominante en las NAV precoces cuando se inicia en los primeros días de ventilación mecánica (VM) o del ingreso. No existe consenso en cuanto al número de días y los distintos autores suelen considerar tiempos menores a una semana (entre 4 y 7 días). Es causada frecuentemente por bacterias que colonizan de forma habitual la orofaringe, como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SASM), etc. y en las NAV tardías se desarrolla después de los 7 días. Es causada por patógenos hospitalarios que colonizan progresivamente la orofaringe durante el ingreso, como *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp., *Acinetobacter* spp., etc.

Infección Urinaria: A su vez los pacientes con alteración multisistémicas también son sometidos a los “sondajes vesicales” que ayuda a drenar la vejiga en las diferentes patologías urinarias. El uso de una sonda para cateterizar la vía urinaria representa uno de los procedimientos más comunes realizados en la sala de urgencias. Es usado de manera rutinaria con fines diagnósticos y terapéuticos en padecimientos urológicos y no urológicos, con el fin de drenar el contenido vesical o de tener un control estricto de líquidos. Su uso es tan frecuente que hay ocasiones en las que se usa sin una indicación real o por más tiempo del necesario.

El uso de las sondas vesicales puede clasificarse, de acuerdo al tiempo, en 3 categorías:

1. Intermitente: Se coloca la sonda y se retira, inmediatamente, una vez cumplido el objetivo.
2. Temporal: Se coloca la sonda y permanece por un tiempo definido, generalmente, menos de 7 días.
3. Permanente: se coloca la sonda, la cual permanece por tiempo indefinido. A lo largo de este tiempo se debe de cambiar la sonda cada 7 a 10 días.

La complicación más frecuente por mucho son las infecciones de vías urinarias las cuales pueden ir desde una bacteriuria asintomática hasta una pielonefritis.

También se pueden presentar lesiones uretrales por colocación traumática, estenosis uretrales secundarias a traumatismos repetitivos al cambiar la sonda, insuficiencia renal aguda por obstrucción de la sonda.

También se hacen visibles los Efectos del reposo en cama sobre EL Sistema MUSCULAR y sobre el Sistema ESQUELETICO.

El Sistema MUSCULAR funciona de manera óptima cuando soporta el cuerpo en posición de pie contra la gravedad. Los músculos anti gravitatorios del cuello, la espalda baja, el abdomen, los glúteos, las piernas y pantorrillas son especialmente importantes para mantener la postura erecta. El reposo en cama resulta en un desuso de estos músculos, lo cual conduce al deterioro en la estructura y función muscular. La respuesta predominante del músculo

esquelético a la disminución del uso durante el reposo en cama, es la atrofia. La atrofia progresivamente se incrementa con la duración del reposo en cama.

De manera similar al sistema muscular, el Sistema ESQUELÉTICO también funciona en forma óptima cuando es expuesto a la gravedad. La integridad ósea es mantenida por las cargas mecánicas impuestas por el transporte del peso en la posición erecta y la contracción de los músculos esqueléticos. El mantenimiento de una masa ósea normal requiere un equilibrio entre la formación de hueso nuevo por parte de los osteoblastos y la resorción de hueso viejo por parte de los osteoclastos. Normalmente, las velocidades de estos dos eventos son iguales, y la masa ósea permanece constante. Sin embargo, la ausencia de la actividad normal de transporte de peso durante el reposo en cama altera este equilibrio, y es favorecida la resorción, resultando inicialmente en una alteración en el equilibrio del calcio, y luego en una pérdida de hueso. El incremento en la resorción incrementa transitoriamente el calcio sérico, resultado en un incremento en la excreción urinaria de calcio. La hipercalciuria es observada rutinariamente en la primera semana de reposo en cama, y el calcio urinario alcanza un pico de 60% arriba de los valores normales entre la quinta y séptima semana de reposo en cama. Los cambios en la mantención del equilibrio del hueso producen que el hueso sea muy susceptible a sufrir una fractura, aun con un trauma mínimo.

Los “pacientes con alteraciones multisistemicas, por efecto del reposo prolongado” además de pasar por múltiples alteraciones también entran en una DEPRESIÓN.

Según La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental frecuente, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Puede llegar a hacerse crónico o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad de afrontar la vida diaria. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma importante a la tasa mundial de morbilidad. Hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio.

La depresión clínica se define como un síndrome compuesto principalmente por síntomas afectivos; tristeza patológica, trastorno del sueño o del apetito, abatimiento, sentimientos de culpa, falta de autoestima, irritabilidad, sentimientos de incomodidad e impotencia frente a las demandas de la vida, alteraciones en el apetito y peso, menor capacidad de concentración y pensamientos suicidas. También puede incluir trastornos cognitivos o síntomas somáticos en mayor o menor grado.

Otra medida para saber hasta qué punto fue afectado el organismo de los pacientes adultos mayores es la Escala de coma de Glasgow o Glasgow Coma Scale (GCS), el cual consiste en evaluar el nivel de conciencia, la profundidad y la alteración de las alteraciones de la conciencia y el coma. Debido que es un método estandarizado y moderadamente fiable; en el cual se evalúa tres respuestas independientes, apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal. Cuya respuesta están condicionadas por el estado del paciente a la hora de realizarla si se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, pacientes intubados o sedados. Son muy útiles para la categorización inicial de pacientes con que padecen traumatismo encefalocraneal (TEC): leve (13-15 o 14-15), moderado (9-13 o 9-12) y grave (< 8).

La Escala de Recuperación de Glasgow o Glasgow Outcome Scale (GOS) refleja de forma abreviada y descriptiva el estado global del paciente; se realiza de forma rápida y aplicar en todos los casos. Sus cinco categorías son: a) Buena recuperación, en la que el individuo asume las actividades pretraumatismo con déficit neurológico mínimos o si ellos; b) Discapacidad moderada, capacidad de funcionar independientemente a un nivel reducido como resultado de diferencia físicas, intelectuales o de personalidad; c) Discapacidad severa ,incapacidad de funcionar de forma individual ,requiere cuidados en el hogar e institución; d) Estado vegetativo, los pacientes no presentan actividad cortical; e) Muerte el puntaje más alto corresponde al peor resultado.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Elisa Estenssoro Directora del Comité Editorial, SATI Terapia Intensiva, 5° edición; Editorial Medica Panamericana; 2015; Buenos Aires, pagina 681, 682, 683,684, 685,686 y 687.

# CAPITULO II

# DISEÑO METODOLOGICO

## **Tipo de estudio**

El estudio empleado es cuantitativo porque los resultados expresan numéricamente la realidad en la que se desarrollan los hechos, descriptivo porque permite obtener información de la realidad tal y como se presenta; y retrospectivo ya que hace referencia a información en un tiempo pasado.

## **Área de estudio**

La investigación se realizó en la Sociedad Española de Socorros Mutuos, ubicado en la Valle al 441, Ciudad-Mendoza.

## **Universo**

El universo está compuesto por 50 pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I) de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, durante el primer semestre del 2017.

## **Muestra**

La cual está compuesta por 50 pacientes de U.T.I que representan el 100% de la muestra investigada.

Criterio de inclusión: solo se incluirá el paciente que este internado 8 o más días.

## **Unidad de análisis**

Los 50 pacientes que se encuentran internados en la Unidad de Terapia Intensiva de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, durante el primer semestre del 2017.

## **Variables**

1. Independientes: son variables que explican, condicionan o determinan la presencia de otras (dependientes) en la relación, en esta investigación se da mediante el reposo prolongado (10 días en promedio)

2. Dependientes: son las variables cuya variación en una relación es explicada por o se da en función de la variable independiente, se da por las complicaciones que se atribuye al reposo prolongado.

Operacionalización de Variables		
Variables	Dimensiones	Indicadores
Características demográficas de los pacientes	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
	Edad	..... Años
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Separado</li> <li>• En Pareja</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>
	Talle	.....cm
	Peso	.....Kg
Características de ingreso a la U.T.I	Diagnostico	.....
	Obra Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAMI</li> <li>• OSEP</li> <li>• Otros</li> </ul>
	Ingresos de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardia</li> <li>• Sala.</li> <li>• Otra clínica</li> <li>• Hospital Público</li> <li>• Geriátrico</li> <li>• Otros</li> <li>• Quirófano</li> </ul>

	Glasgow de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow leve(14- 15)</li> <li>• Glasgow moderado (9 -13)</li> <li>• Glasgow grave(8 &lt;)</li> </ul>	
	Enfermedades de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• DBT</li> <li>• EPOC</li> <li>• TEC</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Cáncer</li> <li>• ACV</li> <li>• Neumonía</li> <li>• IAM</li> <li>• Ulceras</li> <li>• IRC</li> <li>• Otros</li> </ul>	
	Se utilizó ARM	SI	NO
		Invasiva	Oxigenoterapia
		VNI	
	En caso de que la respuesta sea Si ¿Cuánto tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 5 días</li> <li>• 6 a 10 días</li> <li>• 10 en adelante</li> </ul>	
	¿Termino con T.Q.T?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	

Características de egreso de U.T.I	Escala de egreso de Glasgow	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow leve(14-15)</li> <li>• Glasgow moderado (9-13)</li> <li>• Glasgow grave(8&lt;)</li> </ul>
	Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulceras por presión</li> <li>• Flebitis</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Cardiológicos</li> <li>• Falla Renal</li> <li>• Edema Generalizado</li> <li>• Infecciones a repetición</li> </ul>
	Grado de dependencia en las actividades básicas de la vida (ABVD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente</li> <li>• Dependiente leve</li> <li>• Dependiente moderado</li> <li>• Dependiente severa</li> </ul>
	Escala de recuperación de Glasgow (GOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte (grado 1)</li> <li>• Estado Vegetativo (grado 2)</li> <li>• Discapacidad Severa(grado 3)</li> <li>• Discapacidad Modera (grado 4)</li> <li>• Buena Recuperación (grado 5)</li> </ul>

### Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó cuestionario de diseño propio. El mismo es anónimo, estructurado, con preguntas de respuestas múltiples opciones; el cual se utilizó para poder caracterizar a los pacientes.

**Fuentes de información:** la fuente de datos es primaria, historial clínico y cuaderno de novedades de enfermería.

### Análisis y representación de los resultados

Para la interpretación y análisis de los datos se volcó la información en una tabla matriz. Se ordenó y analizó la información a través de cuadros de doble

entrada con frecuencias absolutas y relativas .La información se representara en gráficos de torta y barras para cada variable.

# RESULTADO, ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS

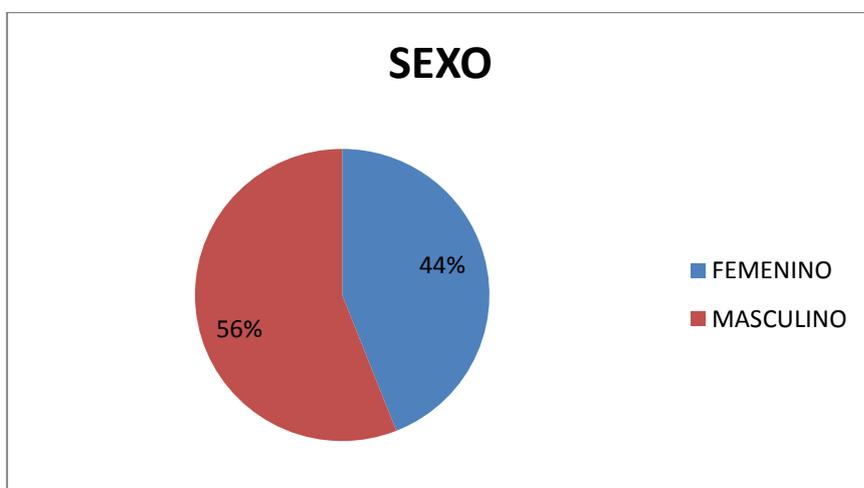
# TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N°1 “Pacientes de UTI según el sexo “

SEXO	FA	FR
FEMENINO	22	44%
MASCULINO	28	56%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°1



**Análisis e interpretación:**

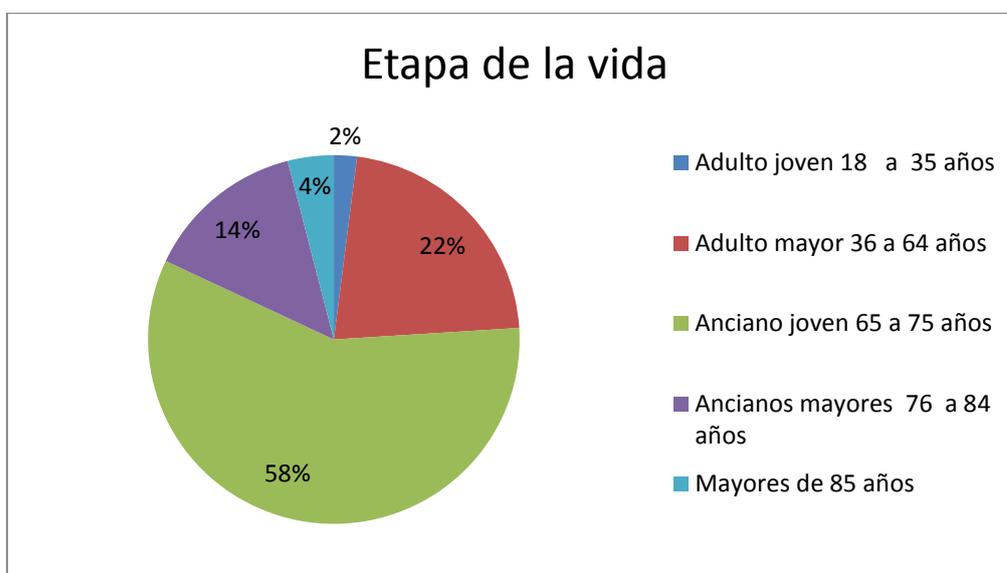
En este grafico se observó que la prevalencia masculina es de 56% sobre la femenina de 44%.

TABLA N°2 “Etapa de vida de los paciente de UTI”

CLASE	FA	FR
Adulto joven 18 a 35 años	1	2%
Adulto mayor 36 a 64 años	11	22%
Anciano joven 65 a 75 años	29	58%
Ancianos mayores 76 a 84 años	7	14%
Mayores de 85 años	2	4%
Total	50	100%

**Fuente:** Daros obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°2



**Análisis e interpretación:**

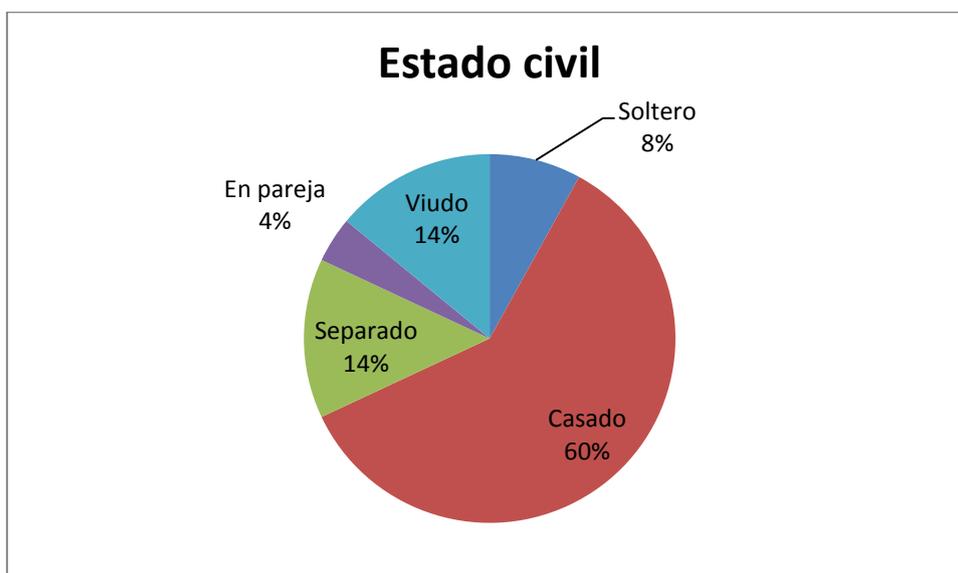
Se observa que el Anciano joven predomina con 58% sobre las demás etapas, el sigue Adulto mayor con 22%, Ancianos mayores con 14% y con menor porcentaje Adulto joven (2%) y Mayores de 85 años (4%).

TABLA N°3 “Estado civil”

Estado Civil	FA	FR
Soltero	4	8%
Casado	30	60%
Separado	7	14%
En pareja	2	4%
Viudo	7	14%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°3



**Análisis e interpretación:**

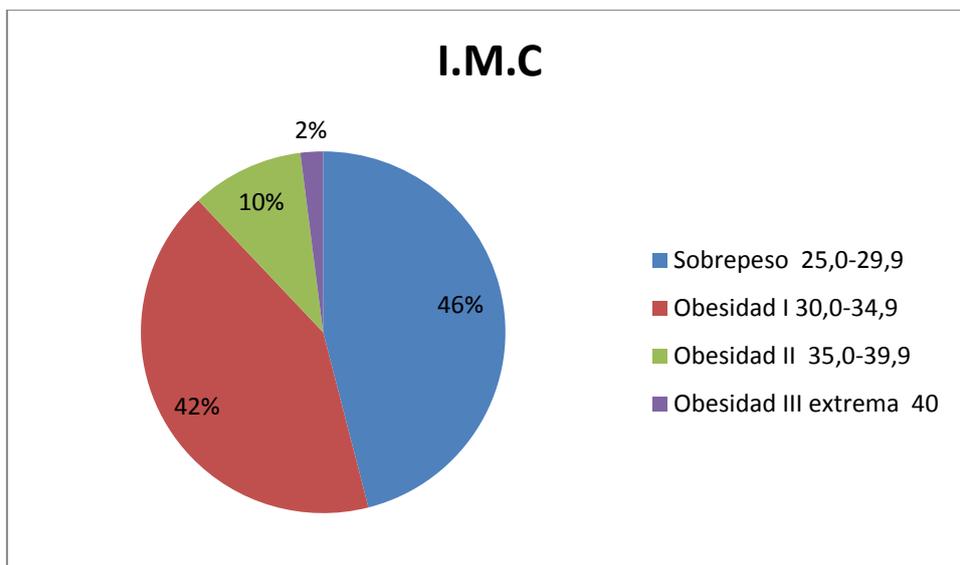
Se observa que el 60% de los pacientes están Casados, Separados y Viudo con 14% cada uno, en Pareja un 4%.

TABLA N°4 “Índice de masa corporal (IMC)”

IMC	FA	FR
Peso normal 18,5 -24,9	0	0
Sobrepeso 25,0-29,9	23	46%
Obesidad I 30,0-34,9	21	42%
Obesidad II 35,0-39,9	5	10%
Obesidad III extrema 40	1	2%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°4



**Análisis e interpretación:**

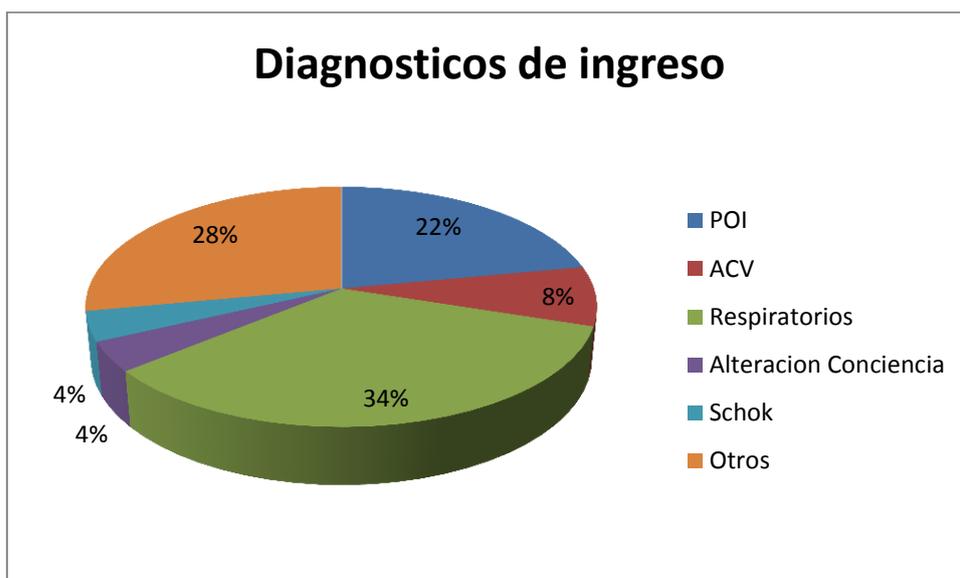
El gráfico se destaca debido que ninguno de los pacientes tiene un Peso normal, sobresale el Sobrepeso con el 46% y le sigue la Obesidad I con 42%.

TABLA N° 5 “Diagnostico de ingreso”

Diagnostico	Fa	FR
POI	11	22%
ACV	4	8%
Respiratorios	17	34%
Alteracion Conciencia	2	4%
Schok	2	4%
Otros	14	28%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionario realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 6



**Análisis e interpretación:**

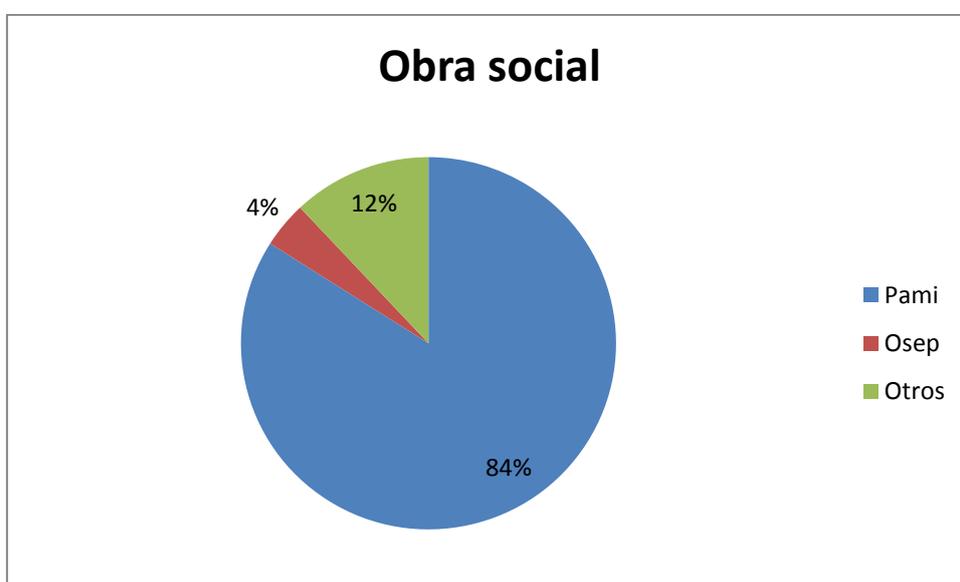
Se observa que el diagnostico que se destaco es el Respiratorio con 34%, Otros con 28 %, POI con 22%, ACV 8% y con menor porcentaje el Schok y la Alteración de Conciencia.

TABLA N°6 “Obra social”

Obra social	FA	FR
PAMI	42	84%
OSEP	2	4%
Otros	6	12%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°6



**Análisis e interpretación:**

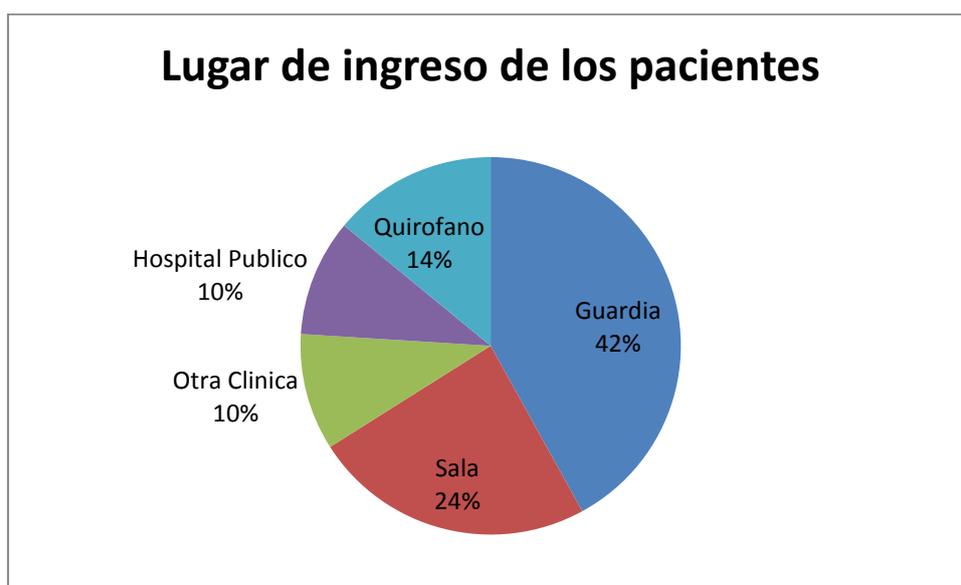
Se observa que el PAMI sobresale con un 84% respecto a las demás obras sociales.

TABLA N°7“Lugar de ingreso”

Lugar de ingreso	FA	FR
Guardia	21	42%
Sala	12	24%
Otra Clínica	5	10%
Hospital Publico	5	10%
Quirófano	7	14%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°8



**Análisis e interpretación:**

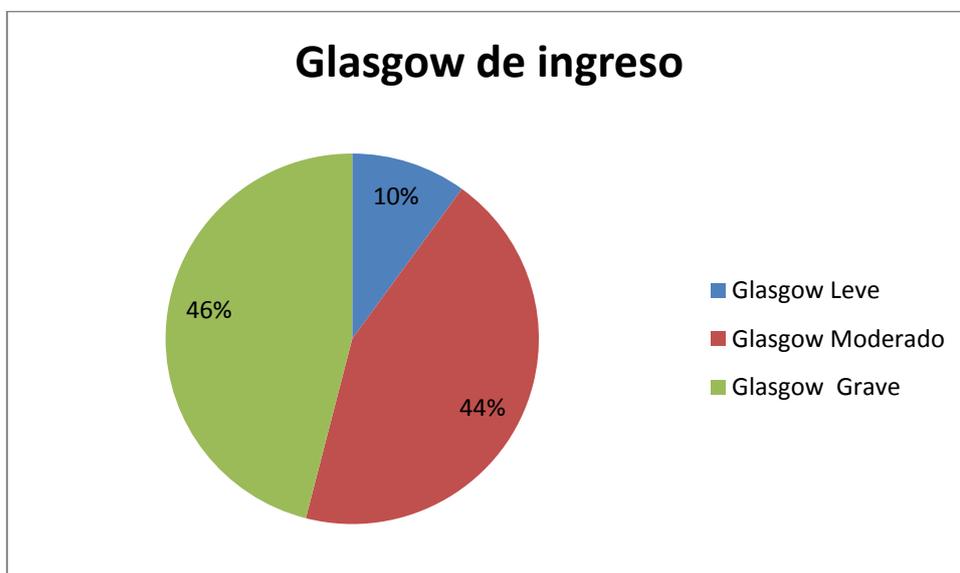
Se observa que el 42 % de los pacientes ingresan de Guardia, el 24 % de Sala, 14% de Quirófano, en menor medida del Hospital Público y Otra Clínica ambas con 10% cada una.

TABLA N°8 “Glasgow de ingreso de los pacientes”

Glasgow de ingreso	FA	FR
Glasgow Leve	5	10%
Glasgow Moderado	22	44%
Glasgow Grave	23	46%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°9



**Análisis e interpretación:**

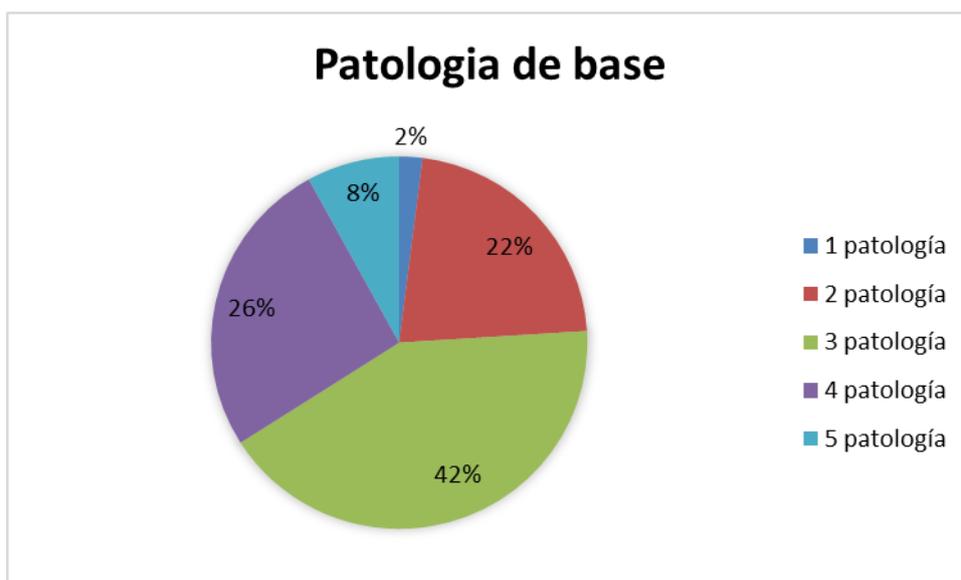
Se observa que el 46% de los pacientes ingresan con Glasgow Grave, el 44% con Moderado y Leve con 10%.

TABLA N°9 “Enfermedades de base “

N° enfermedades de base	FA	FR
1 patología	1	2%
2 patología	11	22%
3 patología	21	42%
4 patología	13	26%
5 patología	4	8%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 10



**Análisis e interpretación:**

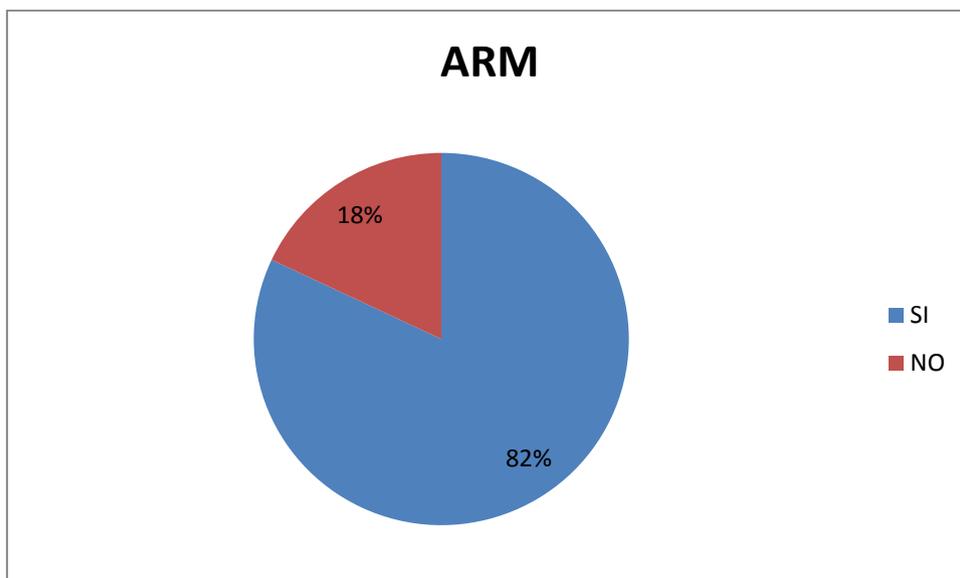
Se observa que el 42% de los 50 pacientes tienen de base 3 patologías, el 26% 4 patologías, el 22% con 2 patologías, el 8 % 5 patologías y un 2% solo una patología.

TABLA N° 10 “Utilización de A.R.M “

ARM	FA	FR
SI	41	82%
NO	9	18%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionario realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 11



**Análisis e interpretación:**

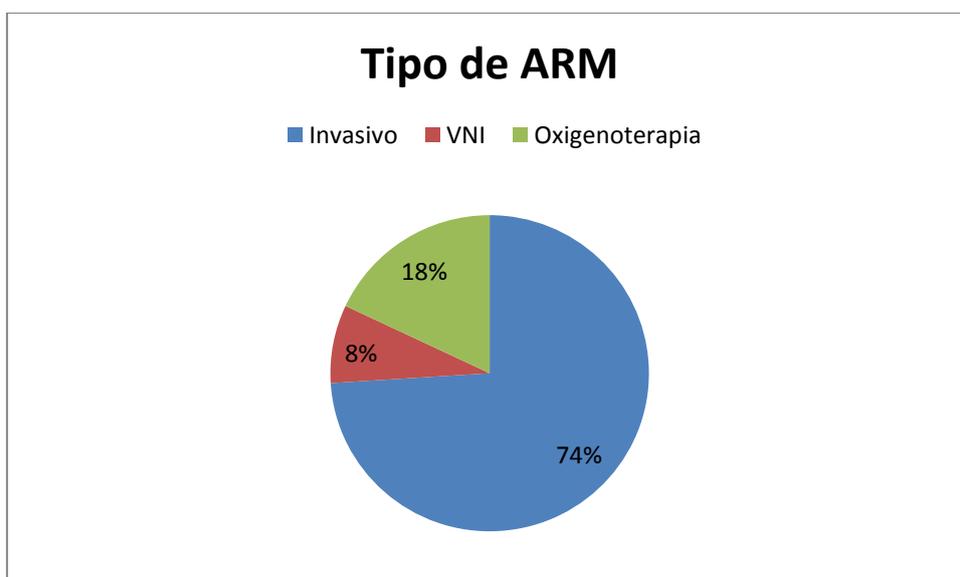
Se observa que el 82% de los 50 pacientes utilizaron A.R.M y un 18% no.

TABLA N°11 “Tipo de ARM”

TIPO DE ARM	FA	FR
Invasivo	37	74%
VNI	4	8%
Oxigenoterapia	9	18%
Total	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 12



**Análisis e interpretación:**

Se observa que el 74% de los pacientes utilizó A.R.M invasiva, un 18% oxigenoterapia y un 8% no invasiva (VNI).

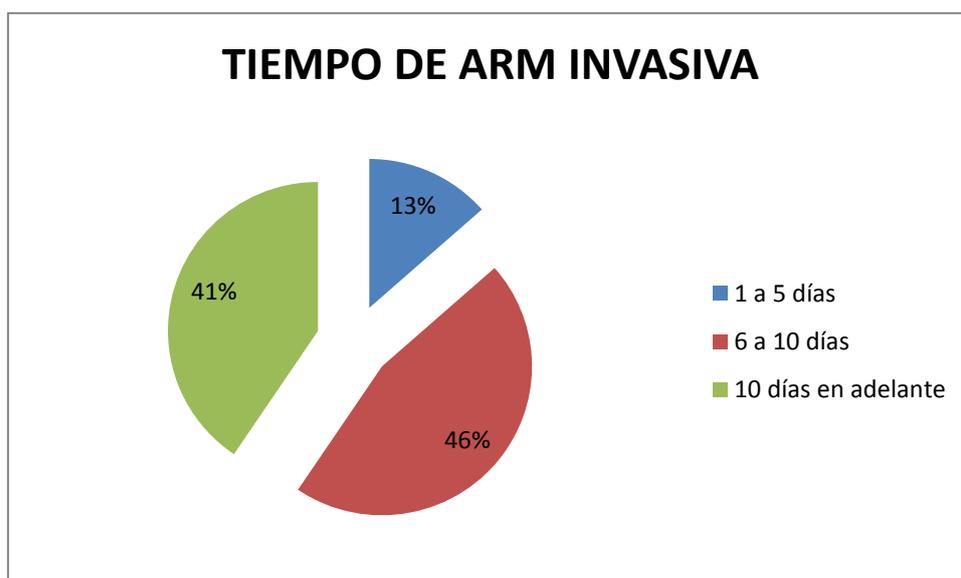
TABLA N°12 “Tiempo de uso de ARM”

Se sacó los porcentajes del 74% de los pacientes con ARM invasiva.

Tiempo de uso ARM	FA	FR
1 a 5 días	5	13,52
6 a 10 días	17	45,94
10 días en adelante	15	40,54
TOTAL	37	100

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°12



**Análisis e interpretación:**

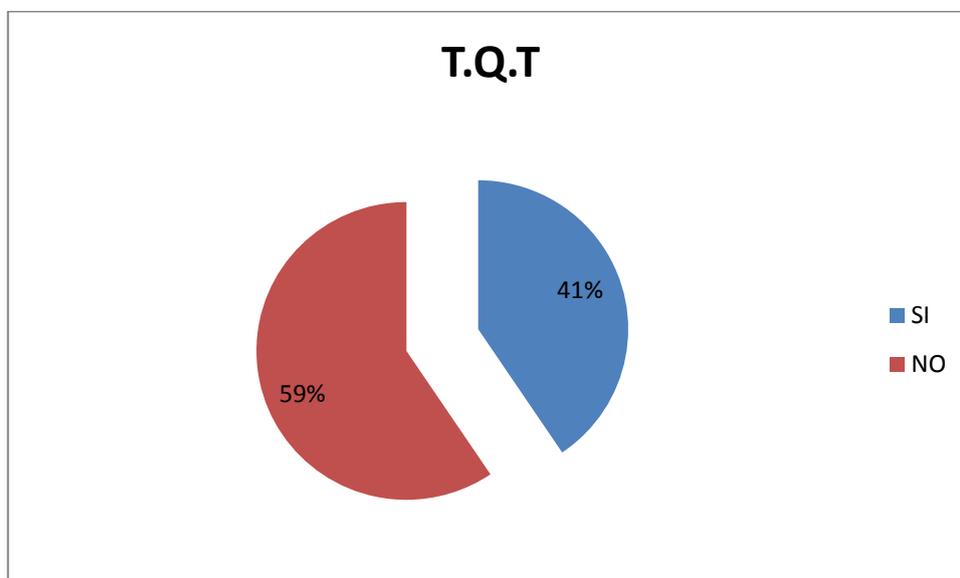
Se observa que el 46% de los 37 pacientes con ARM invasiva lo utilizó de 6 a 10 días, el 41% 10 días en adelante y un 13% de 1 a 5 días.

TABLA N°13 “De los 37 pacientes cuantos terminaron con T.Q.T “

T.Q.T	FA	FR
SI	15	40,54%
NO	22	59,46%
TOTAL	37	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 13



**Análisis e interpretación:**

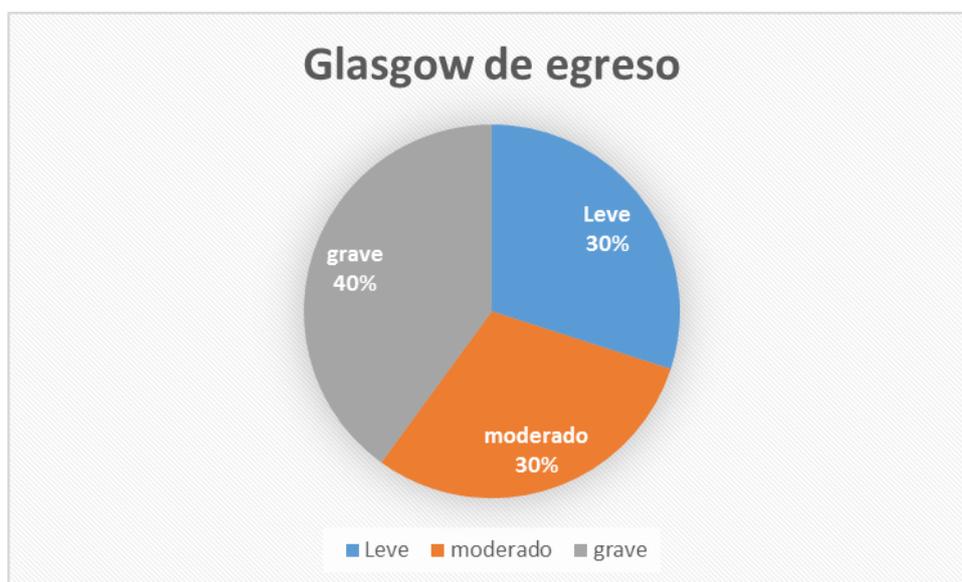
Se observa que el 59% de los 37 pacientes no termino con TQT y el 41% si.

TABLA N°14 “Glasgow de egreso”

Glasgow de egreso	FA	Fr
Leve	15	30%
Moderado	15	30%
Grave	20	40%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°15



**Análisis e interpretación:**

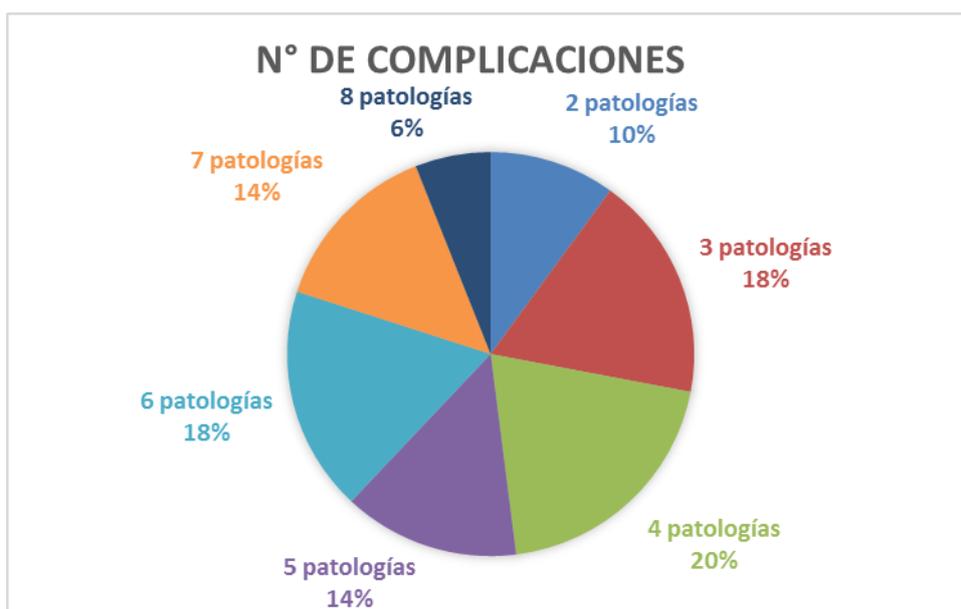
Se observa que el 40% de los 50 pacientes tubo un Glasgow grave de egreso, respecto al Leve y Moderado que tuvieron 30% cada uno respectivamente.

TABLA N° 15 “Complicaciones por efecto del reposo prolongado”

N° de complicaciones	FA	FR
2 patologías	5	10%
3 patologías	9	18%
4 patologías	10	20%
5 patologías	7	14%
6 patologías	9	18%
7 patologías	7	14%
8 patologías	3	6%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 16



**Análisis e interpretación:**

Se observa que el 20% tubo 4/8 complicaciones, 3/8 y 6/8 ambos tuvieron 18%, 5/8 y 7/8 14% cada uno ,2/8 dio 10% y por ultimo 8/8 complicaciones con 6%.

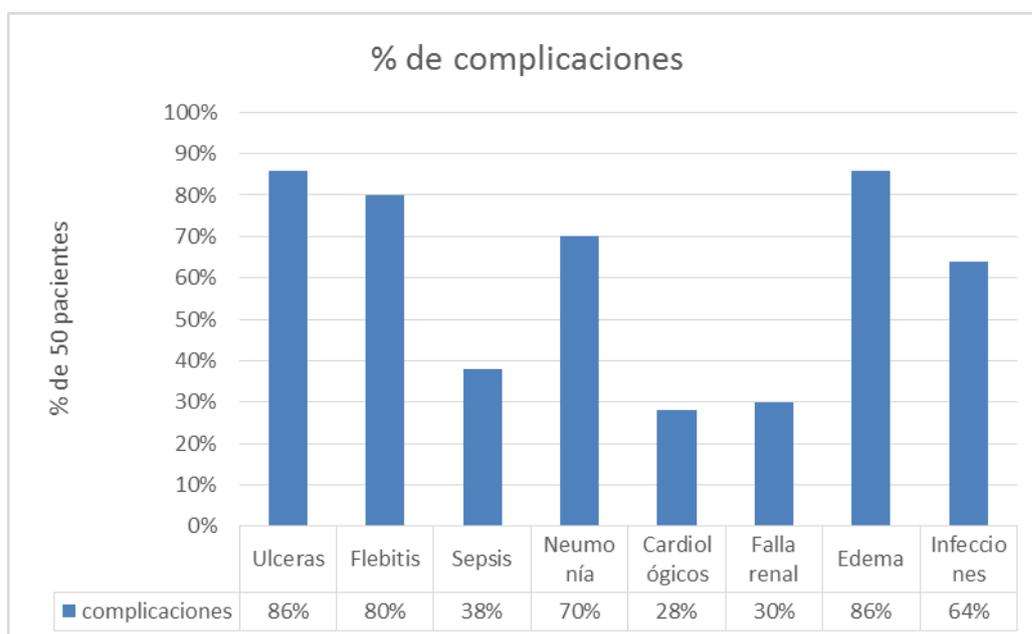
TABLA 15.1 “Tipos de Complicaciones”

Todos los resultados obtenidos están contemplados en relación a los 50 pacientes como un 100%.

Complicaciones	FA	FR
Ulceras	43	86%
Flebitis	40	80%
Sepsis	19	38%
Neumonía	35	70%
Cardiológicos	14	28%
Falla renal	15	30%
Edema	43	86%
Infecciones	32	64%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N° 16.1



**Análisis e interpretación:**

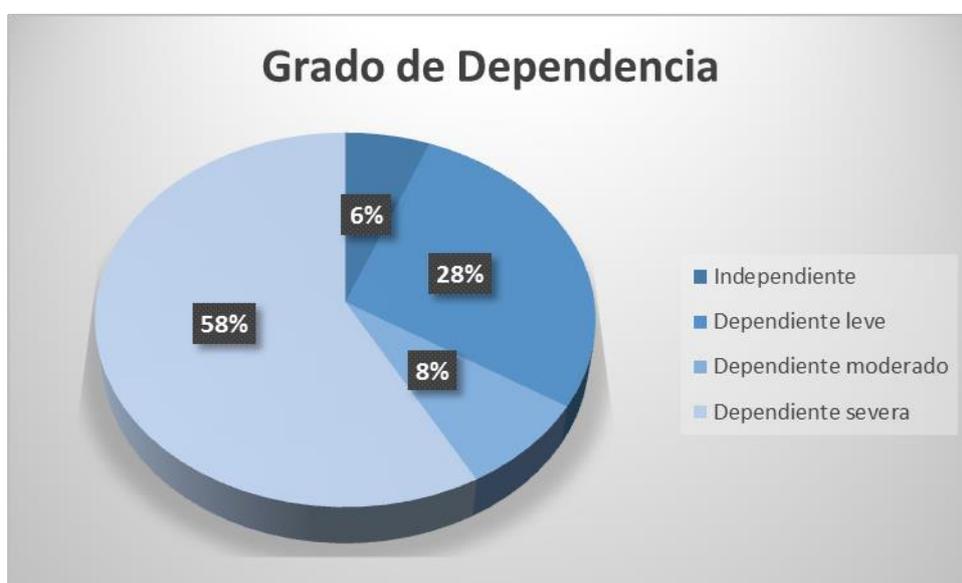
Se observa que del 100% de los 50 pacientes se destaca las Ulceras y Edema con 86% cada uno, Flebitis con 80%, Neumonía con 70%, Infecciones 64% y en menor medida la Sepsis con 38%, Falla renal con 30% y Cardiológicos con un 28%.

TABLA N°16“Grado de dependencia”

Grado de Dependencia	FA	FR
Independiente	3	6%
Dependiente leve	14	28%
Dependiente moderado	4	8%
Dependiente severa	29	58%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°17



**Análisis e interpretación:**

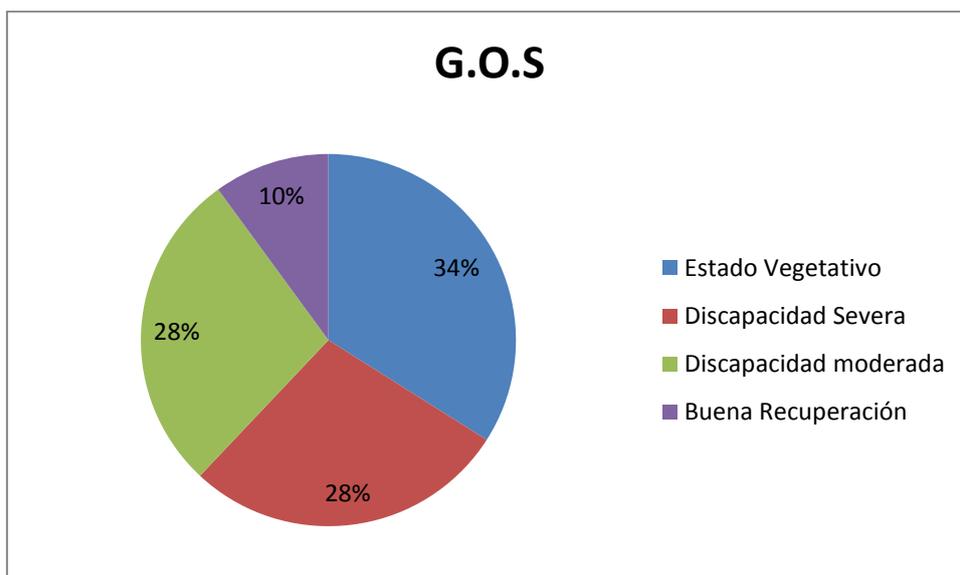
El 58 % de los pacientes en su egreso de UTI tienen una Dependencia severa, el 28 % Dependencia leve, un 8% Dependencia moderada y solo un 6% Independiente.

TABLA N° 17 “Escala de recuperación de Glasgow (G.O.S)”

GOS	FA	FR
Muerte	0	0%
Estado Vegetativo	17	34%
Discapacidad Severa	14	28%
Discapacidad moderada	14	28%
Buena Recuperación	5	10%
TOTAL	50	100%

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

GRAFICO N°18



**Análisis e interpretación:**

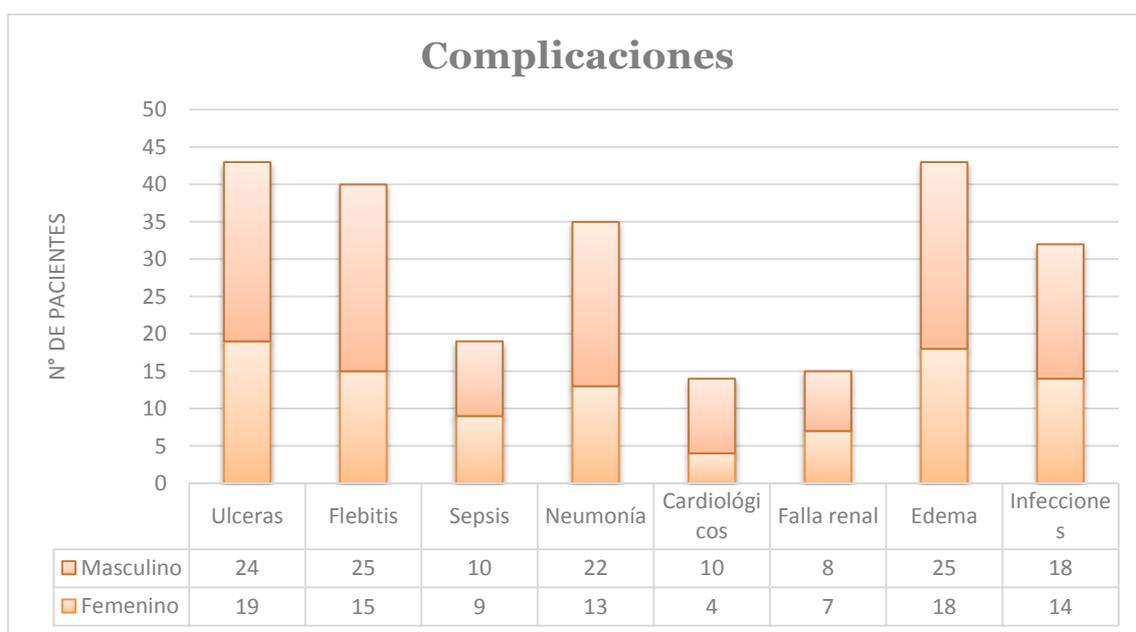
Según el análisis realizado a los 50 pacientes, tomando en cuenta la Escala de Recuperación de Glasgow el 34% quedó en estado vegetativo, la Discapacidad moderada y severa tuvieron cada una un 28%, en cambio una Buena recuperación solo dio un 10%.

**TABLA N° 18** “Predominio de complicaciones según el sexo”

Complicaciones	FA	Femenino	Masculino
Ulceras	43	19	24
Flebitis	40	15	25
Sepsis	19	9	10
Neumonía	35	13	22
Cardiológicos	14	4	10
Falla renal	15	7	8
Edema	43	18	25
Infecciones	32	14	18

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

**GRAFICO N° 18**



**Análisis e interpretación:**

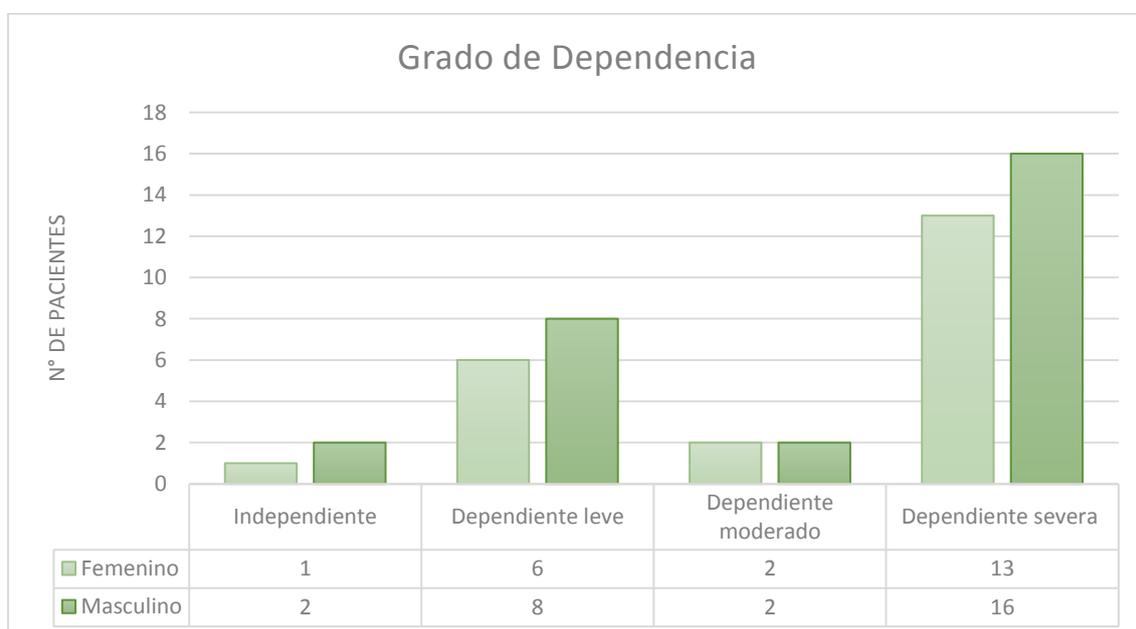
Como se observa en el grafico el sexo masculino tiene más predisposición en comparación con con el femenino a padecer más complicaciones por efecto del reposos prolongado.

**TABLA N° 19** “Predominio de dependencia según el sexo”

Grado de dependencia	FA	Femenino	Masculino
Dependiente severo	29	13	16
Dependiente moderado	4	2	2
Dependiente leve	14	6	8
Independiente	3	1	2

**Fuente:** Datos obtenidos de los cuestionarios realizados por los autores en la U.T.I de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, primer semestre de 2017.

**GRAFICO N° 19**



**Análisis e interpretación:**

El sexo masculino tiene mayor porcentaje (52%) que el femenino (42%) de ser dependiente según la Escala de Recuperación de Glasgow.

# CAPITULO III

# CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

## Discusión

En cuanto al análisis e interpretación de los gráficos realizados se obtuvieron los siguientes resultados.

De los 50 pacientes el sexo masculino con el 56% sobre el femenino de 44%. Respecto al ciclo vital por el que atraviesan el anciano joven predomina con 58% , el adulto mayor con 22%, los ancianos mayores con 14% y con menor porcentaje el adulto joven (2%) y mayores de 85 años (4%).El 60% están casados, separados y viudo con 14% cada uno y en pareja solo un 4%.

Es alarmante que ninguno tenga un peso normal, sobresale el sobrepeso con el 46%, le sigue la obesidad I con 42%, la obesidad II con 10% y la obesidad extrema con un 2%. El diagnóstico de ingreso que se destacó es el respiratorio con 34%, otros con 28 %, POI con 22%, ACV 8% y con menor porcentaje el shock y la alteración de conciencia.

Debido que es una clínica privada la obra social Pami sobresale con un 84%, Otros 12% y OSEP con 4%.El 42 % ingresa de guardia, el 24 % de sala, 14% de quirófano, de un hospital público (10%) y otra clínica (10%).

El 46% ingresan con un Glasgow Grave, el 44% con Moderado y con el 10% Leve. El 42% de los 50 pacientes tienen de base 3 patologías, el 26% 4 patologías, el 22% con 2 patologías, el 8 % 5 patologías y un 2% solo una patología. Un 82% utilizaron A.R.M, de los cuales el 74% de ellos utilizó A.R.M invasiva, un 18% oxigenoterapia y un 8% no invasiva (VNI).El 46% de los 37 pacientes con ARM invasiva lo utilizó de 6 a 10 días, el 41% 10 días en adelante y un 13% de 1 a 5 días; un 59% de ellos no terminó con TQT y el 41% sí.

El 40% de los 50 pacientes tubo un Glasgow grave de egreso, el leve y moderado tuvieron cada uno un 30% respectivamente; el 20% tubo 4/8 complicaciones, 3/8 y 6/8 ambos tuvieron 18% cada uno, 5/8 y 7/8 14% cada uno ,2/8 tubo 10% y por último 8/8 complicaciones con un 6%.Se observa que del 100% de los 50 pacientes se destaca las Ulceras y Edema con 86% cada uno, Flebitis con 80%,Neumonía con 70%,Infecciones 64% y en menor medida la Sepsis con 38%, Falla renal con 30% y Cardiológicos con un 28% .

El 58 % egreso de UTI con dependencia severa, el 28 % dependencia leve, un 8% dependencia moderada y un 6% independiente.

Según el análisis en la Escala de Recuperación de Glasgow el 34% quedó en estado vegetativo, la discapacidad moderada y severa tuvo cada una 28%, en cambio una buena recuperación solo dio 10%.

De acuerdo con los cuadros y gráficos de comparación, el sexo masculino tiene mayor predisposición a tener más complicaciones por efecto del reposo

prolongado y ser dependiente de enfermería, en comparación con el sexo femenino.

## Conclusión

De los resultados obtenidos se puede inferir:

En esta investigación se destaca que la etapa de vida se encuentra representada por los Ancianos (mayores de 65 años) con un 76%, debido a la edad avanzada de los pacientes su estadía en la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I) se ve condicionada con las características individuales de una persona mayor, ya sea por sus limitaciones, sus comorvidas o su estado general con el que ingresa. Se debe destacar que al sacar el I.M.C del total de los individuos el 54% tiene algún tipo de obesidad y el 46% sobrepeso, esta información se destaca debido que en los últimos tiempos la obesidad fue aumentando en las personas de la tercera edad, lo cual conlleva a padecer enfermedades Cardiacas, HTA, Diabetes, etc. También dificulta el trabajo de enfermería este tipo de pacientes, debido que son totalmente dependientes y demandantes a la hora de satisfacer las necesidades básicas; por lo general su movilización, su traslado es muy dificultoso.

Respecto al Glasgow de ingreso y egreso se observa en la estadística que el Glasgow Leve aumento un 20% en el egreso, el Moderado bajo un 14% y se destaca que disminuyó un 4% el Grave. Lo cual puede ser un indicador que el trabajo de que realiza enfermería ayuda a la rehabilitación del paciente, debido a esta información que es de total importancia ya que puede ser utiliza en un futuro para desarrollar una tesis. El 76% de los 50 pacientes tiene más de 3 patologías de base, un 84% utilizo A.R.M, de los cuales 72% de forma invasiva. De los 37 pacientes con ARM invasiva el 87% lo utilizo por más de 6 días, de los cuales un 41% termino con T.Q.T.

Del total de los individuos el 72% tiene 4 o más complicaciones al egreso del servicio de terapia, de las cuales se destacan las Ulceras (86%), Flebitis (86%), estas dos se encuentra relacionas debido que al estar en estado inactivo el cuerpo tiende a perder tono muscular y disminuye el retorno venoso, provocando la debilidad de la piel, edemas y por último la flebitis y las ulceras; estas complicaciones son las más comunes en un paciente que esta se encuentra en reposo prolongado. La Neumonía (70%) e Infecciones (64%), están relacionadas con el uso de ARM invasiva, debido que un gran porcentaje de los pacientes lo utiliza. Con relación al grado de dependencia se observó que el 66% es totalmente dependiente del servicio de enfermería, el cual está directamente relaciono con la Escala de Recuperación donde se ve reflejada que el estado vegetativo tiene un alto porcentaje de individuos (34%), discapacidad severa(28%), discapacidad moderada (28%) y una buena recuperación un 10%.

De acuerdo a nuestra tesis la cual tiene como objetivo principal determinar que alteraciones multisistemicas por efecto del reposo prolongado en pacientes

(adulto mayor) debe prevenir enfermería, queda demostrado mediante el análisis de datos y estadísticas realizadas, que el reposo prologado en este tipo de pacientes es desfavorable. Cuyas complicaciones son explícitamente tareas que debe prevenir enfermería en conjunto con el equipo de salud.

## **Propuestas**

### **Propuestas para una posible solución**

Teniendo en cuenta los datos recolectados y procesados surgieron las siguientes propuestas; debe recordar que hará hincapié en las complicaciones que un enfermero puede intervenir para prevenirlas o disminuir el impacto en los pacientes.

Establecer un protocolo de rotación en conjunto con los Kinesiólogos, en el cual se establecerán pautas como:

- Utilización de colchón antiescara, en caso de que no haya en el servicio pedir al familiar u obra social.
- Rotar al paciente cada 2 o 3 horas si no está contraindicado.
- Colocar almohadillas áreas de apoyo (talones, codos, cabeza, etc.)

Con respecto a la Neumonía e Infecciones se hará énfasis en las normas de bioseguridad todo el equipo de salud, una buena higiene bucal; aspiración de secreciones los que tengan T.E.T y T.Q.T.

Para prevenir la Flebitis rotar los sitios de punción, evaluar el aspecto de la piel, el color, la temperatura, realizar limpieza aséptica; rotar los manquitos de presión, colocar en alto los miembros edematisados, en el caso que en ambos miembros superiores estén imposibilitados para la colocación de una vía periférica, sugerir al médico la colocación de vía venosa central, ya que en Terapia Intensiva es de vital importancia tener un acceso venoso por cualquier urgencia que se presente.

Con el grado de dependencia se establecerá medidas de intervención inmediata con enfermería en conjunto con kinesiología, para establecer un protocolo de recuperación neuromuscular, con el fin de una movilización temprana y rápida, para disminuir los efectos perjudiciales de inactividad por efecto del reposo prolongado para este tipo de pacientes.

## Bibliografía

- Ann Marrienner Tomé, Martha Raile Alligood, Modelos y Teorías en enfermería, 5° edición, Editorial Elsevier España .S.A. Velásquez, 2003, Madrid, España.
- <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>
- J. C. Contel, J. Gene, M. Peya, Atención domiciliaria Organización y Practica, Editorial Springer-Verlang Ibérica, Barcelona, 1999.
- Gustavo Malagón Londaña, Ricardo Galan Morera, Gabriel Ponton Laverde, Administración Hospitalaria 3°edicion, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2008.
- Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever, BRUNNER Y SUDDARTH Enfermería medicoquirúrgica, 12° edición, VOLUMEN I, Editorial Wolters Kluwer, Buenos Aires.
- [http://www.indexmundi.com/es/argentina/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/argentina/poblacion_perfil.html)
- Elisa Estenssoro Directora del Comité Editorial, SATI Terapia Intensiva, 5° edición; Editorial Medica Panamericana; 2015; Buenos Aires.
- L. S. García, M. A. Reina, C.R. Vasco, M. de C. Castillas, L. del Castillo ,D. Gomes, et al, Auxiliares de Enfermería del Consorcio Sanitario de Tenerife, volumen I, Editorial MAD, Sevilla, 2004.

# ANEXOS

## Cuestionario

Debido que el tiempo de internación en la UTI no es igual para todos los pacientes, se llegó a la conclusión con los datos obtenidos que el promedio de días internados son 10 días.

### Caracterización Demográfica

- 1) Sexo                      a. Masculino                      b. Femenino
- 2) Edad.....Años.
- 3) Estado Civil
  - a. Soltero ( )    b. Casado ( )    c. Separado ( )    d. En Pareja ( )
  - e. Divorciado ( )    f. Viudo ( )
- 4) Talle..... Cm
- 5) Peso.....Kg
- 6) Diagnostico: .....
- 7) Obra Social
  - a. PAMI ( )    b. OSEP ( )    c. Otros ( )
- 8) Ingresa de:
  - a. Guardia ( )    b. Sala ( )    c. Otra clínica ( )    d. Hospital Público ( )
  - e. Geriátrico ( )    f. Otros ( )    g. Quirófano ( )
- 9) Glasgow de ingreso
  - a. Glasgow leve    14- 15
  - b. Glasgow moderado    9 -13
  - c. Glasgow grave    8 <
- 10) Enfermedades de base
  - a. HTA ( )                      e. Obesidad ( )                      i. IAM ( )
  - b. DBT ( )                      f. Cáncer ( )                      j. Ulceras ( )
  - c. EPOC ( )                      g. ACV ( )                      k. IRC ( )
  - d. TEC ( )                      h. Neumonía ( )                      l. Otros ( )

11) Se utilizó ARM

SI ( ) NO ( )

a. Invasiva ( ) c. Oxigenoterapia ( )

b. VNI ( )

12) En caso de que la respuesta sea Si ¿Cuánto tiempo?

a- 1 a 5 días ( )

b- 6 a 10 días ( )

c-10 en adelante ( )

13) ¿Termino con T.Q.T? Sí ( ) No ( )

14) Escala de egreso de Glasgow

a. Glasgow leve 14-15

b. Glasgow moderado 9-13

c. Glasgow grave 8<

13) Complicaciones más comunes:

a- Ulceras por presión ( ) b- Flebitis ( )

c- Sepsis ( ) d- Neumonía ( )

e- Cardiológicos ( ) f- Falla Renal ( )

g- Edema Generalizado ( ) h- Infecciones a repetición ( )

14) Grado de dependencia en las actividades básicas de la vida (ABVD) .

Grado de Dependencia

a. Independiente

b. Dependiente leve

c. Dependiente moderado

d. Dependiente severa

### 15) Escala de recuperación de Glasgow (GOS)

Grado Descripción

A 1 Muerte

B 2 Estado Vegetativo (incapaz de reaccionar al medio que lo rodea)

C 3 Discapacidad Severa (puede obedecer órdenes, incapaz de vivir independiente)

D 4 Discapacidad Modera (capaz de vivir independientemente, capaz de volver al trabajo o escuela)

E 5 Buena Recuperación (capaz de volver al trabajo o escuela)

**TABLA MATRIZ**

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11.1	12	13	14	15	16	17
1	M	60	b	1,75	110	POI de gastronomia	c	g	b	a,b,c,e	SI	a	c	SI	c	a,b,c,d,g,h	d	b
2	F	79	f	1,65	90	Insufi. Respiratoria	a	b	c	a,i,k	SI	b	----	----	c	b,c,f,g,h	d	c
3	M	84	b	1,78	95	Hemorra. Subarac.	a	c	b	b,c,g	SI	a	a	NO	b	a,b,d,g,h	b	c
4	F	69	b	1,75	110	Insufi. Hepatica	a	a	b	a,b,e,h	NO	c	----	----	b	a,b,d,e,f,g,h	d	c
5	F	58	b	1,62	70	Glaucomo Agudo	a	a	a	a	NO	c	----	----	a	a,g,h	a	e
6	M	66	b	1,85	110	POI Laporo Explora.	a	g	b	a,c,e,i	SI	a	b	NO	c	a,b,c,d,g,h	d	b
7	M	69	b	1,75	95	Dificultad respira	a	b	c	a,b,c,e	SI	a	c	NO	c	a,b,d,e,g,h	d	b
8	M	68	c	1,7	90	ACV Hemorragico	a	d	c	a,c,i,l	SI	a	c	SI	b	a,b,c,d,e,f,g,h	d	c
9	F	76	f	1,68	85	Insuf. Respiratoria	a	c	a	a,b,	SI	a	c	NO	c	a,d,g,h	d	b
10	F	48	c	1,68	78	IRC vasculitis	a	b	a	a,b,l	NO	c	----	----	a	a,b,,d,g,h	b	d
11	M	66	b	1,74	100	POI TU Renal	a	g	c	a,c,e,l	SI	a	c	SI	c	a,b,d,e,g,h	d	b
12	M	86	b	1,92	110	Insufi. Respiratoria	a	b	b	a,h,l	NO	c	----	----	a	a,b,j	c	d
13	M	66	d	1,78	90	ACV Izuemico	a	a	c	a,b,c,l	SI	b	----	----	b	a,b,c,d,f,g,h	d	c
14	M	58	b	1,72	85	Insufi. Respiratori	a	a	c	a,c,f,i,k	SI	a	c	SI	b	a,b,c,d,g,h	d	b
15	M	61	b	1,78	120	Isufici. Respiratori	a	b	b	a,b,c,e,h	SI	b	----	----	a	b,d,g	b	d
16	F	65	c	1,55	65	POI	a	b	c	g,j	SI	a	c	NO	b	a,b,d,e,g,,h	d	c
17	F	67	b	1,6	80	ACV Hemorragico	a	c	c	a,h	SI	a	b	NO	c	a,dg,h	d	b
18	F	62	f	1,65	90	ACV, Sme Convul	a	b	b	ag	SI	a	b	NO	c	a,b,d,f,g,h	d	b
19	F	63	b	1,72	86	POI de frac.cadera	a	b	c	a,b,l	SI	a	b	NO	c	a,b,c,d,e,f,g,h	d	b
20	F	70	b	1,65	95	Insufi. Respirato A.	a	a	b	a,b,c,e	SI	a	c	NO	b	a,d,g,h	c	d
21	M	69	c	1,8	90	Celulitis,Sme Cole	a	b	b	c,g,l	SI	a	a	NO	c	a,b,e,f,j	d	c
22	F	71	b	1,68	85	EAP	a	a	c	a,h	SI	a	a	SI	c	a,c,g,h	d	c
23	F	62	b	1,6	85	TU Cerebral	a	a	b	a,b,c	NO	c	----	----	a	a,d	b	d
24	F	66	b	1,65	78	POI TU Tiroides	a	g	c	a,c	SI	a	b	NO	a	b,d	b	d
25	M	66	a	1,75	85	POI Amput. l. Seps	a	b	b	a,b,c,i,l	SI	a	b	NO	c	a,b,c,d,f,g	d	b

26	M	74	b	1,78	90	POI Poliposis Col	a	g	b	c,g,l	NO	c	----	----	a	b,d,h	b	e
27	F	66	b	1,72	83	POI CA.Colon	a	g	c	a,b,f	SI	a	b	SI	c	a,b,c,d,f,g,h	d	b
28	M	68	c	1,68	85	Insufi. Respira Aguda	a	a	c	c,j,l	SI	a	c	SI	b	a,b,d,f,g	d	c
29	M	18	a	1,7	78	Cetoasidosos	c	a	a	b,l	SI	a	c	NO	a	d,g	a	e
30	M	68	b	1,68	85	Insufisi.Renal	a	a	c	a,b,c	SI	a	c	SI	b	a,b,c,d,e,g,h	d	c
31	M	85	b	1,85	100	Alt.Concien.l.Respi	a	a	b	a,c,h,l	SI	a	a	NO	a	ag,	b	e
32	F	66	b	1,58	75	Alt.Concicie.Deshid	a	a	c	a,b	SI	a	b	NO	b	a,b,d,g	b	d
33	M	65	b	1,69	78	Intoxicacion Medi	a	a	c	a,c,l	SI	a	b	NO	a	a,b,d,g	b	e
34	M	68	b	1,73	90	Insufisi.Respirator.	a	a	c	a,c,l	SI	a	c	SI	b	a,d,g	b	d
35	F	78	f	1,6	80	Insufi.Respirato A.	a	b	b	b,l	SI	a	b	SI	c	a,b,c,d,g,h	d	b
36	M	73	c	1,8	95	Insufici.Respiratoria	a	a	b	a,b,c,l	SI	a	b	NO	b	a,d,g,h	c	c
37	F	76	f	1,68	95	Schock Cardiogeni	a	a	c	b,e,l	SI	a	b	SI	c	a,,c,d,f,g,h	d	b
38	M	73	b	1,8	120	Insuficien.Respirato	b	d	b	a,b,c,e,h	SI	a	c	SI	a	a,b,c,d,e,g,h	d	c
39	F	73	b	1,72	86	Disnea.Insufi.Respi	a	a	b	c,h	SI	a	b	SI	c	a,,c,d,g	d	c
40	M	69	a	1,75	94	PCR Reanimado	a	a	c	a,j,l	SI	a	b	SI	c	a,c,d,g	d	b
41	M	59	c	1,68	80	Dificultad respira	a	a	c	a,c,l	SI	a	a	NO	b	a,b,d	b	d
42	F	65	b	1,63	86	PTA	a	a	a	a,b,e,h	NO	c	----	---	a	a,b	b	d
43	M	84	b	1,92	110	POI Oclu.Intes.l.Res	c	b	c	c,f,l	SI	a	b	NO	c	a,b,d,e,f,g,h	d	b
44	F	63	b	1,7	90	Derame Pleural	a	a	b	a,b,l	NO	c	----	----	a	a,b,c	b	d
45	M	48	b	1,92	110	TEC	c	d	b	a,b,d	NO	c	----	----	a	a,b,d,e,g,h	a	d
46	M	65	a	1,7	150	Insufic.Respi.Agud	b	c	b	a,b,c,e	SI	b	----	----	a	b,g,h	b	d
47	M	66	d	1,69	85	Schock septico	c	d	c	a,b,j,l	SI	a	c	NO	c	a,b,d,e,f,g,h	d	b
48	M	73	f	1,69	80	Neumonia	c	d	b	a,c	SI	a	c	SI	b	a,b,c,d,e,f,g,h	d	c
49	F	80	f	1,65	75	Disnea Subita	a	c	b	a,j,h	SI	a	b	NO	b	a,d,g	c	d
50	F	68	b	1,7	95	POI Oclu.Intes.l.Res	a	g	c	a,b,e	SI	a	b	NO	c	a,c,e,f,g	d	b