



MANUAL DE ENFERMERÍA

Rol de la Enfermería Gerontogeriátrica en el Cuidado Continuo de las Personas Mayores



Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Ciclo Vital
Oficina Nacional de Salud Integral para Personas Mayores
2023



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)
Fernando González Escalona Médico Cirujano. Especialidad Pediatría. Mg en Salud Pública. Jefe División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Departamento Ciclo Vital
Patricia Cabezas Olivares Enfermera Jefa del Departamento de Ciclo Vital. DIPRECE

Equipo Oficina de Salud Integral para Personas Mayores	
René Guzmán Montes Enfermero. Mg. en Gestión en Salud Encargado de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores	Carla Bonatti Paredes Enfermera. Mg. en Enfermería Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores Editora general de la propuesta
Luis Sarmiento Loayza Trabajador Social. Mg. en Ciencias Sociales. PhD en Sociología Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores	Juan Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo. Mg. en Salud Pública Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores
Patricio Herrera Villagra Médico Geriatra Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores	

Colaboradores de otras divisiones

División de Atención Primaria Nathalie Silva Pizarro Enfermera Departamento de Gestión del Cuidado	División de Gestión de Redes Asistenciales Maureen Gold Semmler Enfermera Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria
---	---

Autores Externos al MINSAL	
Red de Salud del Adulto Mayor filial Chile (Red ESAM)	
PARTE 1	
Doris Sequeira Daza Enfermera. Doctora en Gerontología Social Coordinadora RedESAM Chile. Docente Escuela de Enfermería Universidad Central de Chile.	Carolina Nuñez Ruiz Enfermera, Postítulo Ciencias de la Educación Superior Mención en Docencia e Investigación Universitaria Universidad Central de Chile. Integrante Equipo coordinador Red ESAM Chile.
Rossana Becerra Salas Enfermera. Doctora en enfermería Docente Escuela de Enfermería UCSH.	Erika Caballero Muñoz Enfermera. Magíster en diseño instruccional Directora Escuela de Enfermería UCSH.

<p>Jacqueline Flores Águila Enfermera. Magíster en Salud Pública. Doctora en Enfermería. Integrante Equipo coordinador Red ESAM Chile. Docente de pre y post grado de la Universidad Católica del Norte.</p>	
PARTE 2	
<p>Javiera Cerda Figueroa Enfermera Docente de Enfermería Universidad Santo Tomás y AIEP.</p>	<p>María Fernanda Rodríguez Guerrero Enfermera. Diplomada en Gerontología Referente de gestión del cuidado y atención cerrada Servicio de Salud Metropolitano Norte.</p>
<p>Daniela Torres Fernández Enfermera. Magíster® en Gerontología Social Enfermera Encargada de Programa Multimorbilidad, Persona Mayor, Dependencia Severa y Cuidados Paliativos CESFAM Arauco.</p>	<p>Nicol Pinilla Carrasco Enfermera. Magíster en Enfermería Magíster en Gestión de APS, de la Universidad Andrés Bello. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Tomás.</p>
<p>Patricia Zepeda Lizama Enfermera Subdirectora de Gestión del Cuidado Instituto Nacional de Geriátrica (INGER Chile).</p>	<p>Ingrid Pérez Migueles Enfermera Equipo clínico neurointervencional de Clínica Bupa, Red Salud Alameda, Tabancura, Hospital Militar, Dávila.</p>
<p>Mavelin Vilches Copa Enfermera. Magíster en Educación en Salud Familiar y Comunitaria. Docente clínica y supervisora de prácticas, Universidad Santo Tomás, sede Iquique.</p>	<p>Jessica Olate Andaur Enfermera. Magíster en Educación Ciencias de la Salud Jefa de carrera de Enfermería, Universidad de O'Higgins.</p>
PARTE 3	
<p>Cecilia M. Vilches Fuentes Enfermera. Magíster en Gerontología clínica. Diplomada en Geriátrica y Gerontología. Coach Certificada ACP. Directora Técnica Hogares Alemanes Valdivia.</p>	<p>Alejandra Ximena Araya Enfermera-Matrona. Doctor of Philosophy in Nursing Science (PhD). Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Investigador asociado, Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado.</p>
<p>Carolina Puchi Gómez Enfermera. Doctora en Enfermería. Enfermera Especialista en Geriátrica Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.</p>	<p>Ximena Chávez Estrada Enfermera. Magister en Enfermería.</p>
<p>Danilo Vergara Herrera Enfermero Matrón Docente de pregrado, Universidad Santo Tomás.</p>	<p>María Isabel Vidal Ibañez Enfermera. Diploma en Gestión de Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor. Diploma en Gestión de Calidad en Salud.</p>

PARTE 4	
<p>Daniela Rivera Candia Enfermera. Diplomada en Enfermería Gerontogeriatrica Profesional de la Unidad Geriátrica de Agudos y Cuidados de Fin de Vida, Hospital San Juan de Dios, Santiago.</p>	<p>María Fernanda Morales Labarca Enfermera. Magíster en Docencia para la Educación Superior. Diploma en manejo integral de personas con heridas, estomas e incontinencia. Especialista Clínica Chile y Conosur, Essity.</p>
<p>Pamela Valdebenito Aravena Enfermera Matrona. Diplomada en gestión del cuidado de las personas con heridas. Diplomada en Docencia Universitaria. Docente Universidad Central de Chile.</p>	<p>Mariluz Retamal Arriagada Enfermera. Diplomado en Geriátrica y Gerontología. Diplomada en IAAS Enfermera Clínica Hospital Chileno Japonés, Unidad Urgencia.</p>
<p>Ivanna Francesca Vera Soto Enfermera con mención en Salud Familiar y Comunitaria. Magíster[©] Salud Pública y Planificación Sanitaria. Docente Universidad de Los Lagos.</p>	<p>Carlos Alberto Fernández-Silva Enfermero. Magíster en Ciencias de la Educación Académico Universidad de Los Lagos.</p>
<p>Benjamín Ignacio Torres Fuentes Nutricionista. Magíster[©] en Nutrición Humana. Profesional de la Red Salud UC CHRISTUS.</p>	<p>Carolina Fernanda Toledo Sarmiento Enfermera. Magíster en Salud Pública Docente escuela de Enfermería de la Universidad de Chile.</p>
<p>Carol Rodway Sepulveda Enfermera. Doctora en Investigación Gerontológica. Coordinadora académica Diplomado Gerontología y Geriátrica Universidad Católica del Maule. Enfermera Centro diurno referencial Talca.</p>	<p>Ángela Luna Sarmiento Enfermera. Magíster en Enfermería. Doctora[©] en Investigación Gerontológica. Académica Escuela Enfermería USACH.</p>

Un agradecimiento especial a la E.U Bárbara Leyton Cárdenas y a la Dra. Sylvia Santander Rigollet, quienes en el ejercicio de sus funciones como Jefa del Departamento de Ciclo Vital y Jefa de la DIPRECE, respectivamente, favorecieron la elaboración del presente manual.

PRÓLOGO

El aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población en Chile es el resultado de importantes logros sociales y sanitarios, principalmente atribuibles a dos grandes procesos: el desarrollo socioeconómico del país y; el diseño e implementación de políticas públicas sanitarias relevantes en los últimos 70 años.

El acelerado crecimiento del grupo de personas mayores en Chile representa varios desafíos para el sector de la salud. Por una parte, adaptar el sistema considerando las necesidades particulares de este grupo y; adicionalmente, profundizar en el enfoque del curso de vida para abordar el envejecimiento desde las etapas más tempranas de la vida. En esta línea, se plantea como un gran objetivo el preservar las capacidades intrínsecas de las personas el mayor tiempo posible, fomentar la autovalencia y retrasar la dependencia.

Al mismo tiempo, estos desafíos exigen a los equipos de salud un mayor conocimiento sobre cómo envejece este segmento de la población; constituyéndose como un aspecto clave la formación de los profesionales y técnicos de la red en temáticas específicas relacionadas con la atención y el cuidado de las personas mayores.

Ahora que la expectativa de vida de la población chilena superó los 80 años y, se estima que ésta seguirá en aumento, se necesita poner el foco en asegurar que toda esta ganancia en términos de años de vida sea aprovechada de la mejor manera posible. El objetivo de los esfuerzos del sector de la salud debe dirigirse a ganar calidad de vida para las personas mayores, optimizando su funcionalidad y participación; contribuyendo de esta manera a que vivan de acuerdo a sus propias necesidades, y gustos y, al ejercicio de sus derechos.

Por esta razón, adecuar las políticas sanitarias a los requerimientos de las personas mayores necesita que progresivamente los equipos de salud desarrollen conocimientos y competencias específicas en la materia. El Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030 propone en su Línea Estratégica 3 el "Fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores". Para esto se requiere, entre otras cosas, la necesidad de contar con profesionales debidamente formados, desarrollando acciones que doten a los equipos de la red de salud de herramientas para entender y dar respuesta a las necesidades de salud de este grupo de personas.

En este contexto y con el objetivo de contribuir al desarrollo de los equipos de salud especializados en geriatría y gerontología, el Ministerio de Salud en colaboración con la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor, el Instituto Nacional de Geriatría y destacadas enfermeras expertas en el área del envejecimiento, han elaborado el presente documento: "Manual de Enfermería: Rol de la Enfermera Gerontogeriatrica en el cuidado continuo de las Personas Mayores"; el que esperamos sea un aporte para todas y todos los profesionales de la enfermería que día a día ofrecen atención de salud a las personas mayores de nuestro país.

DRA.XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD

CONTENIDO

Índice de Abreviaturas	8
Introducción	9
Objetivos y alcance del documento	11
PARTE 1. MARCO CONCEPTUAL	12
Capítulo 1. Rol y perfil del profesional de enfermería en la atención de Personas Mayores	13
Capítulo 2. Teorías y modelos de enfermería en la atención de Personas Mayores	21
Capítulo 3. Proceso de enfermería en el Cuidado de Personas Mayores	27
Capítulo 4. Rol de la enfermera/o en la valoración geriátrica integral	37
Referencias	46
PARTE 2. GESTIÓN DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA RED DE SALUD	50
Capítulo 5. Gestión del cuidado de las Personas Mayores y su entorno directo en el nivel primario de atención	51
Capítulo 6. Gestión del cuidado de las Personas Mayores y su entorno directo en el nivel secundario de atención	57
Capítulo 7. Gestión del cuidado de las Personas Mayores y su entorno directo en el nivel terciario de atención	60
Referencias	91
PARTE 3. GESTIÓN DEL CUIDADO EN PERSONAS MAYORES EN CONTEXTO SOCIOSANITARIO	94
Capítulo 8. Cuidados de enfermería en ELEAM	95
Capítulo 9. Cuidados de enfermería en centros de día para Personas Mayores	104
Capítulo 10. Cuidados de enfermería en servicios de cuidados domiciliarios para PM con dependencia funcional	108
Capítulo 11. Rol de la enfermería en la coordinación entre dispositivos sociosanitarios y la APS	115
Referencias	119
PARTE 4: GESTIÓN DEL CUIDADO EN LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS QUE AFECTAN A LAS PERSONAS MAYORES	121
Capítulo 12. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con fragilidad	123
Capítulo 13. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con inestabilidad y riesgo de caídas	133
Capítulo 14. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con síndrome de dismovilidad	140

Capítulo 15. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con lesiones relacionadas con la dependencia	150
Capítulo 16. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con incontinencia urinaria	165
Capítulo 17. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con síndrome de estreñimiento	172
Capítulo 18. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con polimedicación (polifarmacia)	178
Capítulo 19. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con malnutrición	186
Capítulo 20. Iatrogenia y seguridad de los cuidados de enfermería en la atención de Personas Mayores	194
Capítulo 21. Cuidados de enfermería en Personas Mayores con síndrome confusional agudo	205
Referencias	215
ANEXO: ESCALAS E ÍNDICES DE VALORACIÓN	226

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AC: autocuidado	ACV: ataque cerebro vascular
ACP: atención centrada en la persona	AIT: ataque isquémico transitorio
APS: atención primaria de salud	AAVD: actividades avanzadas de la vida diaria
ABVD: actividades básicas de la vida diaria	AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria
CECOFS: centro comunitario de salud familiar	CEDIAM: centros diurnos del adulto mayor
CD: cuidados domiciliarios	CDT: centro diagnóstico terapéutico
CESFAM: centro de salud familiar	CRS: centro de referencia de salud
CP: circunferencia de pantorrilla	EAO: enfermedad arterial oclusiva
EC: estrato córneo	EFAM: examen de funcionalidad del adulto mayor
ELEAM: establecimiento de larga estadía para adultos mayores	EMPAM: examen de medicina preventiva para adultos mayores
EV: endovenoso	EVA: escala visual análoga
DAI: dermatitis asociada a incontinencia	DM: diabetes mellitus
DP: desgarros de piel	HBPM: heparina de bajo peso molecular
IF: incontinencia fecal	IMC: índice de masa corporal
IU: incontinencia urinaria	ITB: índice tobillo brazo
ITU: infección del tracto urinario	FR: factores de riesgo
F/R: factor relacionado	NIC: clasificación de intervenciones de enfermería
PE: proceso de enfermería	PM: persona mayor/personas mayores
PAS: presión arterial sistólica	PAD: presión arterial diastólica
PAM: presión arterial media	MAR: modelo de adaptación de Callista Roy
MAO: modelo de atención de ortogeriatría	MDSF: Ministerio de Desarrollo Social y Familia
PA: polifarmacia adecuada	PAI: Programa de Atención Individualizada
SAMU: servicio de atención médico de urgencia	SARS: servicio de atención primaria de alta resolución
SCA: síndrome confusional agudo	SEMP: superficies especiales de manejo de presión LPP: Lesión por presión
SNAC: sistema nacional de apoyo y cuidados	TPN: terapia de presión negativa
RBC: estrategia de rehabilitación basada en la comunidad	UGA: unidad geriátrica de agudos
UTAC: unidad de tratamiento de ataque cerebro vascular	TAC: teoría del autocuidado
TDAC: teoría del déficit del autocuidado	TIA: accidente isquémico transitorio
TSE: teoría de sistemas de enfermería	VGI: valoración geriátrica integral

INTRODUCCIÓN

Contexto general

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre los años 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo (1). El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Como ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%; en países como Brasil y China esa cifra se duplicará en menos de 25 años (1).

Chile no es la excepción, siendo hoy uno de los países más envejecidos del continente. Esta velocidad en la transición demográfica chilena presiona a dar una respuesta eficaz, adecuando nuestros sistemas sanitarios y sociales a las necesidades actuales de las PM.

Considerando los cambios demográficos y las expectativas de vida de las PM, la Organización Panamericana de Salud (en adelante, "OPS") define el estado de salud entre los envejecidos en términos del mantenimiento de su capacidad funcional. Desde una perspectiva funcional, la PM sana es aquella capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal, siendo el indicador más representativo para este grupo etario un estado de independencia (2). Esto se relaciona directamente con los conceptos de envejecimiento saludable y activo.

El envejecimiento saludable es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional y que, en consecuencia, permite el bienestar en la vejez (2). Por su parte, el envejecimiento activo supone la contribución e inclusión transversal de las PM a la sociedad. Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante, "OMS"), estas definiciones constituyen un marco político que debe expresarse en la acción intersectorial de las políticas públicas de salud, seguridad, participación y cooperación internacional para el aseguramiento de una adecuada calidad de vida y salud de las personas durante la vejez (3).

La capacidad funcional de una persona alcanza su cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y la exposición a distintas experiencias a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar, nuestra alimentación y actividad física, la cantidad y calidad de relaciones interpersonales, el manejo de estrés y la exposición a factores de riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (1). Adicionalmente, es necesario considerar la interacción con el entorno en el que las personas se desenvuelven día a día. Ambas variables, capacidad intrínseca y entorno, se interrelacionan para determinar la capacidad funcional de los individuos.

Es en este contexto que, desde la arista asistencial, la resolución de los problemas de salud en el envejecimiento deben ser abordados de manera integral e integrada, desarrollando y fortaleciendo la red de salud y de atención a largo plazo -específicamente en el nivel comunitario-, partiendo desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a lo largo de todo el curso de la vida. Todo en aras del logro del llamado envejecimiento saludable y activo.

Para dar respuesta a las necesidades de las PM, dada su complejidad en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales, se requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional

(4). Por esto, la participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, terapeutas, kine-siólogos, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la salud de las PM ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo.

En lo que concierne a los/as profesionales de enfermería, es conocido que «los servicios profesionales de la enfermera (o) comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y res-tauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente» (5). Este hito le permite a la profesión de enfermería realizar la función de “Gestión del Cuidado” de forma autónoma, con carácter exclusivo y excluyente (5).

Sin duda, la gestión del cuidado en las distintas etapas del curso de vida es un desafío para la pro-fesión de enfermería, más aun considerando la transición demográfica de Chile durante las últimas décadas. Lo anterior, requiere planificar y coordinar la entrega de cuidados interdisciplinarios seguros, especializados y de calidad a las personas mayores, considerando los riesgos y necesidades especia-les de éstas y de su entorno (6).

Este manual pretende ser una herramienta que desde la perspectiva de la enfermería permita apoyar la calidad de la atención; preservar la funcionalidad y disminuir los riesgos a los que clínicamente se ven expuestas las personas mayores -particularmente las más frágiles una vez que se encuentran hospitalizadas-. Lo anterior, unido idealmente a una red de niveles asistenciales que asegure una exitosa intervención en la valencia y calidad de vida de las personas mayores.

Objetivos y alcance del documento

Objetivo general:

Orientar a los/as enfermeros/as en el cuidado y manejo integral de las personas mayores y en sus necesidades específicas de salud, abordando las dimensiones biomédica, funcional, mental y social. Para ello, se considerará la evidencia actualizada y la opinión de expertas y expertos.

Objetivos específicos:

- Presentar el marco conceptual del rol de la enfermería en el cuidado y manejo integral de las necesidades de salud de las personas mayores.
- Presentar aspectos relevantes de la gestión del cuidado de las personas mayores según el nivel asistencial de la red de salud.
- Transferir competencias específicas en la gestión del cuidado de las personas mayores en un contexto sociosanitario, considerando las áreas del rol asociadas al ejercicio de la disciplina: asistencial, gestión, educación e investigación.
- Transferir competencias específicas en la gestión del cuidado de personas mayores, considerando los principales síndromes geriátricos las áreas asociadas al ejercicio de la disciplina: asistencial, gestión, educación e investigación.

Alcance del documento:

El presente documento está dirigido a los/as enfermeros/as de la red pública y privada del país, responsables de la gestión del cuidado de las personas mayores en los distintos niveles asistenciales.

PARTE 1. MARCO CONCEPTUAL

Esta parte del manual revisará de manera general los fundamentos de la enfermería que guían la gestión del cuidado en personas mayores. Lo anterior, a través de la aplicación del proceso enfermero; la utilización de las teorías y modelos propias de la disciplina y; la valoración geriátrica integral; lo cual permitirá diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida de las personas mayores.

Esta parte incluye los siguientes capítulos:

- **Capítulo 1. Rol del profesional de enfermería en la atención de personas mayores**
- **Capítulo 2. Teorías y modelos de enfermería relacionadas con personas mayores**
- **Capítulo 3. Proceso de enfermería en la atención de personas mayores**
- **Capítulo 4. Rol del profesional de enfermería en la Valoración Geriátrica Integral (VGI).**

CAPÍTULO 1. ROL Y PERFIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

Los actuales cambios demográficos y epidemiológicos demandan una atención de salud especializada en los diferentes niveles de atención, siendo el denominador común el envejecimiento, la morbilidad, la comorbilidad, la presentación atípica de la enfermedad y las diferentes necesidades de las PM (7).

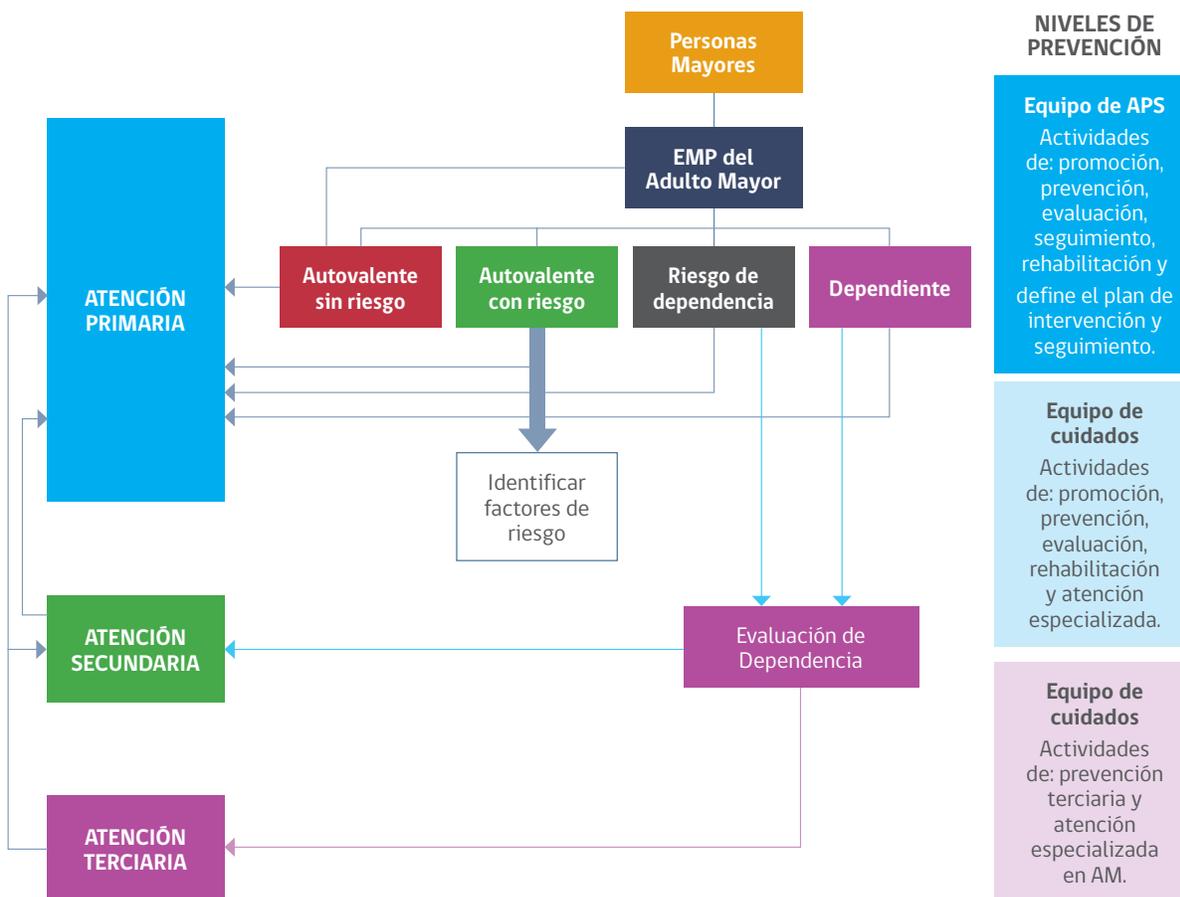
Estos cambios implican que los profesionales de enfermería requieren desarrollar competencias específicas en el área de la geriatría y la gerontología; contemplando valores, actitudes, conocimientos y habilidades que les permitan otorgar una atención de calidad acorde a las demandas actuales de una sociedad más envejecida. En este caso, los cuidados de enfermería consideran no tan sólo a las PM, sino también a su familia y red de apoyo.

A nivel internacional, se menciona la necesidad de una formación especializada en la atención de las PM. En efecto, en el informe de la 26° Conferencia Sanitaria Panamericana se manifiesta la necesidad de recursos humanos capacitados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo (8). En Chile se establece que, para proteger la salud funcional de las PM se requiere de servicios especializados, escalonados e integrales, es decir, de profesionales que tengan conocimientos especializados en la atención de las PM (9).

Los sistemas de atención para las PM consideran los servicios de salud y los servicios de cuidado, los que están orientados a proteger la salud y la funcionalidad de las PM. A continuación, se describen los principios que deberían guiar a los sistemas de salud orientados hacia las PM, considerando en todo momento las preferencias de estas personas (9):

- Especializados: los servicios deben contar con profesionales capacitados en la atención de las PM.
- Escalonados: deben operar con un plan mínimo de intervenciones necesarias previas, evitando que las PM lleguen directamente a los hospitales y a los ELEAM. Para esto, los servicios de APS –como los consultorios y los CESFAM– operan como puerta de entrada; los servicios de Atención Secundaria como un escalón intermedio y; los servicios de Atención Terciaria –como los hospitales–, como último escalón. En el caso de los servicios de cuidado, el primer escalón está dado por el hogar y, a medida que la PM requiere de mayor apoyo, subirá al siguiente escalón, en el cual la familia tendrá un rol más activo, pudiendo acceder al tele-cuidado, asistencia y cuidados en el hogar, rehabilitación en Centros Diurnos y finalmente llegar a institucionalizarse en un ELEAM.
- Integrales: debe existir una interacción entre los servicios de salud y de cuidado; adoptando enfoques sociosanitarios que se enmarquen en un modelo integral de salud. Es importante enfatizar que los servicios de cuidado, de manera indirecta, descongestionan la red hospitalaria entregando una atención integral a las PM en su hogar, en los CEDIAM y en los ELEAM. La Figura 1.1 muestra el modelo de atención integral de PM.

FIGURA 1.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES



Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (9).

El/la profesional de enfermería se puede desempeñar en los siguientes servicios especializados en la atención integral de las PM presentes a lo largo del país (10):

- Centros de APS
- Programas o servicios de atención domiciliaria, públicos o privados
- CEDIAM, apartamentos tutelados y teleasistencia
- Organizaciones no gubernamentales o asociaciones: asociaciones de familiares de personas con enfermedad de Alzheimer, asociaciones de voluntariado, aulas de la tercera edad, entre otros
- ELEAM
- Unidades de psicogeriatría
- Hospitales de día
- Unidades Geriátricas de Agudos (UGA)
- Unidades médico-quirúrgicas básicas/medias
- Servicios de larga o media estancia
- Centros de rehabilitación
- Unidades o servicios intrahospitalarios

De acuerdo con lo anterior, se hace evidente el papel clave y vital de los/as profesionales de enfermería en la gestión del cuidado en los diferentes niveles de atención y en los dispositivos socio-sanitarios existentes.

Concepto de la “Enfermería Gerontogeriatrica”

La literatura habla tanto de la enfermería gerontológica como geriátrica para definir el rol del profesional de enfermería orientado al cuidado de las PM. En este caso, se utilizará la expresión “enfermería gerontogeriatrica” para referirse a los cuidados especializados hacia las PM, la que se define como una «especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las PM, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento» (10).

La enfermería gerontogeriatrica incorpora los conocimientos específicos de la disciplina de la enfermería y de aquellos especializados en el proceso de envejecimiento, los cuales permiten en las PM, sus cuidadores, familia y entorno (11):

- a. Aumentar conductas saludables
- b. Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad
- c. Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte
- d. Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez
- e. Contribuir al mantenimiento o mejoría de la funcionalidad

Roles asociados a el/la “enfermero/a gerontogeriatrica”

Dentro de las áreas del rol asociadas al ejercicio general de la disciplina de enfermería, se encuentran (12):



En la Tabla 1.1, se muestran funciones asociadas a las áreas del rol del profesional de enfermería.

TABLA 1.1. FUNCIONES ASOCIADAS A LAS ÁREAS DEL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

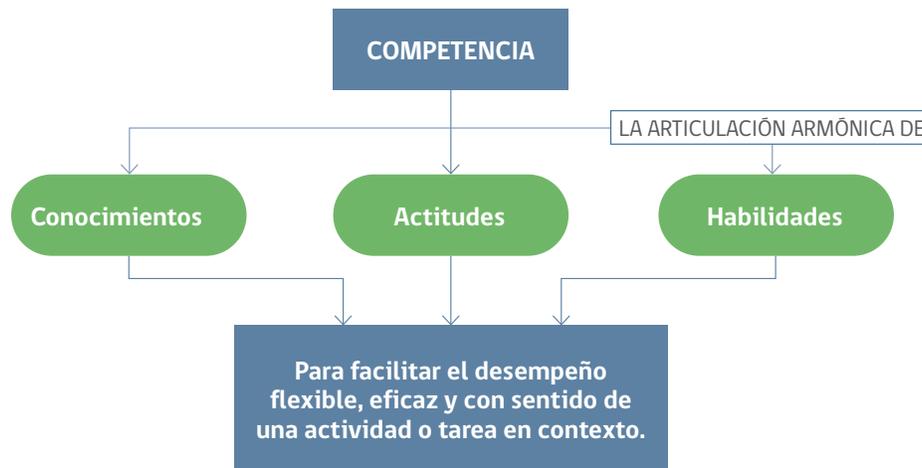
FUNCIONES ASOCIADAS A LAS ÁREAS DEL ROL	
Sustituta	Cuando la PM requiere de ayuda total para la realización de las ABVD; siendo fundamental la rehabilitación precoz para prevenir las complicaciones y fortalecer sus capacidades remanentes.
Ayuda	Apoyando las ABVD; fomentando la funcionalidad de la PM a fin de recuperar o mantener su independencia.
Compañero/a	Actuando como consejero/a con la PM para que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones. Asistir y acompañar a la PM y a la familia cuando la muerte es inminente.
Defensor/a	Fomentando los derechos de las PM. Educando a las personas, familia y comunidad sobre los estereotipos negativos del envejecimiento.
Educador/a	Impartiendo conocimientos sobre temáticas relacionadas con: los cambios biopsicosociales producto del proceso de envejecimiento, promoción del máximo nivel de independencia y estilos de vida saludables, detección oportuna y tratamiento de las enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y rehabilitación a las PM, familias y comunidades.
Gestor/a	Gestionando el personal y los recursos físicos, la formación y entrenamiento del personal auxiliar y asistentes o cuidadores formales en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarias para brindar una atención de calidad a las PM. Además, el desarrollo de guías clínicas y normas que aseguren la calidad y la aplicación de las prácticas basadas en la evidencia.
Consultor/a	Actuando como consultor y asesor del personal que otorga cuidados de enfermería a PM con problemas de salud complejos.
Investigador/a	Desarrollando estudios disciplinares relacionados con el envejecimiento basados en la clínica, comunicando los hallazgos relevantes de la investigación a los demás a través de la publicación.
Promotor/a	Promoviendo en la comunidad una actitud positiva hacia el envejecimiento y las PM, así como la adopción de estilos de vida que conduzcan a un envejecimiento activo y saludable.
Social	Favoreciendo la vinculación entre las PM y su entorno, además de su permanente integración a la comunidad.
Docente	Desarrollando conocimiento, habilidades y destrezas en la formación profesional de pregrado y postgrado relacionadas con la atención de PM.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (13).

Competencias de la "Enfermera Gerontogeriatrica"

Para ejercer las diversas áreas del rol, el/la profesional de enfermería debe poseer determinadas competencias; esto es, la integración armónica de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, emociones y motivaciones que cada persona pone en acción en un momento determinado para hacer frente a las demandas específicas de cada persona en su contexto y situación (14). Lo anterior se ilustra en la Figura 1.2.

FIGURA N°1.2. CONCEPTO DE COMPETENCIA



Fuente: Extraído de (14).

En su quehacer cotidiano se espera que el/la profesional de enfermería gerontogeriatrica desarrolle las siguientes competencias (15):

1. Reconocer el marco conceptual de la gerontología y la geriatría, sus diferencias y aportes respecto a otras formas de pensar y actuar.
2. Identificar los aspectos básicos del desarrollo adulto, del proceso de envejecimiento y sus características específicas.
3. Evaluar la salud física, psicológica, espiritual y social de las PM y de su grupo familiar, para determinar su grado de funcionalidad y discriminar entre los hallazgos normales y los anormales.
4. Identificar y comprender los procesos de fragilidad y de pérdida de la autonomía e independencia que pueden darse en las PM.
5. Analizar la información recolectada para tomar una decisión en cuanto al cuidado y el tipo de asistencia que requiere la PM.
6. Ofrecer atención a la PM de acuerdo con el plan integral de cuidados diseñado realizando evaluación constante.
7. Facilitar el aprendizaje de las PM sobre aspectos relacionados con su proceso de envejecimiento y sobre las conductas de salud que favorecen su bienestar integral.
8. Asistir a las PM, a su familia y/o red de apoyo y a la comunidad en las acciones necesarias para lograr el máximo bienestar y funcionamiento.
9. Suministrar servicios de emergencia y cuidados adecuados a las PM que sufren alteraciones agudas.
10. Proporcionar información a la PM, a su familia y/o red de apoyo sobre el diagnóstico y los planes de tratamiento y cuidado.
11. Asistir a las PM, a su familia y/o red de apoyo durante la enfermedad y el proceso de fin de la vida.

Para poder desarrollar estas competencias, el profesional de enfermería debe poseer los siguientes conocimientos, habilidades y actitudes:

Conocimientos

- El proceso normal de envejecimiento.
- Los cambios inherentes al proceso de envejecimiento.
- Los problemas de salud que aquejan a las PM con más frecuencia.
- Los criterios de fragilidad para determinar si es o no PM frágil.
- Los factores de riesgo y protectores de la funcionalidad.
- La farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos.
- Los síndromes geriátricos.
- Los instrumentos de VGI.
- Los niveles de atención y prevención en geriatría.

Habilidades

Las habilidades se relacionan con las destrezas que desarrollan las personas para ejecutar una acción y, entre éstas se encuentran:

- a. Habilidades duras:
Estas corresponden al conocimiento académico, curricular obtenido durante el proceso formativo formal.
- b. Habilidades blandas:
Las que se definen como la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad y valores adquiridos. La/el enfermera/o gerontogeriatrica posee habilidades características del ser, las que se detallan a continuación:
 - Creatividad, proactividad e innovación.
 - Capacidad de trabajar en equipo.
 - Empatía, calidez y gentileza (la mayoría de las veces las PM sólo esperan ser atendidos con amabilidad).
 - Adaptabilidad
 - Respeto y comprensión, debe tener siempre en cuenta las necesidades de las PM, sus creencias y costumbres.
 - Capacidad de educar teniendo en cuenta los principios de educación en las PM (geragogía), utilizando un lenguaje claro y acorde a situaciones reales.
 - Responsabilidad y capacidad de autocrítica.
 - Compromiso con las PM, la familia, la comunidad y la profesión.
 - Habilidades de comunicación con las PM, la familia, la comunidad y el equipo interdisciplinario.

Actitudes

Las actitudes hacen referencia a las maneras habituales de reaccionar que tienen las personas. Son fruto del conocimiento, las creencias, los sentimientos y las emociones que disponen a obrar de determinada manera. Con las actitudes, las personas muestran lo que piensan de algo o de alguien y al hacerlo, se manifiestan. Las actitudes que debe poseer el/a enfermero/a gerontogeriatría son:

- Tener una actitud de aceptación y respeto por la vejez y por las PM.
- Practicar liderazgo para actuar como agente de cambio y de progreso en otorgar una atención de calidad.
- Actuar de acuerdo con los principios éticos de enfermería.
- Continuar su proceso de crecimiento profesional mediante la educación continua.
- Identificar las fortalezas y limitaciones de las PM.
- Aplicar el proceso de enfermería en forma sistemática durante sus intervenciones.
- Dirigir las actividades gerontológicas al logro del máximo nivel de salud de las PM sanas o enfermas.
- Poseer madurez, estabilidad emocional y juicio crítico para ayudar a las PM a solucionar y encauzar sus dificultades de salud y promover su bienestar.
- Retener y fortalecer las destrezas técnicas y habilidades aprendidas durante su formación básica.

Para organizar el cuidado, el/a profesional de enfermería utiliza el Proceso de Enfermería (PE); definido por la Asociación Americana de Enfermería como «un modelo de pensamiento crítico que promueve el nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las/os profesionales de enfermería y constituye la base de la toma de decisiones» (16).

Además, para desarrollar este proceso utiliza un amplio conocimiento y sustento teórico desde la disciplina de enfermería y de otras ciencias (psicología, sociología, biología, fisiología, entre otras). Por medio de los modelos y teorías de enfermería que aportan a la valoración y a la investigación en la disciplina, el/a enfermero/a contribuye al abordaje interdisciplinar de la atención de las PM; al individualizar los cuidados, identificar las limitaciones funcionales y proporcionar el nivel asistencial más adecuado para la PM (17).

Un modelo de cuidados es la manera de conceptualizar la profesión, articula los valores y las creencias respecto al ejercicio profesional y determina un posicionamiento en la práctica permitiendo a los/as enfermeros/as establecer un diálogo con otros profesionales, de los que se diferencian y también se complementan (18). La aplicación de un modelo de cuidados enfocado en la PM, su familia y cuidador dependerá del contexto y de las competencias del o la profesional de enfermería.

Es importante destacar que al valorar a través de los modelos y teorías de enfermería, se incluyen las líneas generales de la valoración geriátrica integral (VGI).

Consideraciones finales

Los aspectos mencionados anteriormente permiten una visión integral de la PM y se complementan con la mirada de los distintos profesionales que participan en la atención de las PM para contribuir a retardar la dependencia y, mantener o potenciar su capacidad funcional y su autonomía.

La enfermería gerontogeriatría tiene la posibilidad de desarrollar su ejercicio profesional en una

amplia variedad de escenarios, razón por la cual su campo de acción se extiende a través de los diferentes modelos de servicios, la comunidad y las instituciones de más alta complejidad tecnológica. Su principal objetivo es brindar cuidados a las PM a fin de lograr un equilibrio entre las demandas de autocuidado y las capacidades funcionales disponibles que aquellas tengan para realizar las AVD, incorporando en todo momento a la familia y su entorno más próximo (19).

Ideas centrales

- El/a enfermero/a gerontogeriatrico/a se ocupa de la valoración de las necesidades de las PM, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades y, de potenciar sus factores protectores y evaluar su eficacia para el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.
- Es evidente el papel clave de los/as profesionales de enfermería en el liderazgo de la gestión del cuidado en los diferentes niveles de atención y en los dispositivos socio sanitarios existentes y disponibles para las PM.
- En la gestión del cuidado dirigida a las PM, el/a profesional planifica intervenciones considerando las cuatro áreas del rol (gestión, asistencial, educación, investigación) para brindar una atención integral.
- El/La profesional de enfermería al valorar a través de los modelos y teorías que sustentan sus conocimientos incluye las cuatro líneas generales de la VGI.
- El/La profesional de enfermería que aplica la VGI puede analizar qué modelos y teorías sustentan sus conocimientos y desarrollar un proceso de atención centrado en la persona: favoreciendo la continuidad de los cuidados, el desarrollo integral de la PM y, otorgar las mejores condiciones para una muerte digna.

CAPÍTULO 2. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

El envejecimiento, debido a sus múltiples cambios, exige formas de cuidado complejas que se adapten a la situación de cada persona; la comprensión de este momento de la vida y; la construcción de nuevas perspectivas de cuidado.

Desde la visión holística de enfermería existen aportes teóricos que permiten visualizar, planificar e implementar procesos de atención que favorecen el bienestar de las PM: como la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, quien considera la necesidad de asumir la responsabilidad del cuidado de la propia salud, mientras que Virginia Henderson, considera que la meta de la profesión de enfermería es conservar o restablecer la independencia de la persona; el modelo de adaptación de Callista Roy, que promueve la adaptación de la persona con el objetivo de mantener su integridad biopsicosocial y su calidad de vida; la teoría humanista de Jean Watson, quien considera que las metas de enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual y; otros que, en su intención de validar las experiencias y trayectoria de vida de las PM, postulan una atención centrada en la persona y los factores que se relacionan con su transitar en el continuo salud-enfermedad.

Con estas y otras referencias que aportan a un cuidado humanizado, la enfermería puede contribuir a un cuidado integral -que promueva las potencialidades de las PM, más que las pérdidas asociadas a la edad- y al desarrollo de los cuidados en todas las áreas del quehacer, para mantener o mejorar la condición de salud de las PM en el proceso del envejecimiento y, su percepción de bienestar y satisfacción. Todo esto, con la convicción que la PM es titular de derechos, un ser único, total, complejo, trascendente y, el objeto de nuestro quehacer.

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem es una de las principales expositoras y propulsoras de los factores que pueden aportar al desarrollo de la persona. Plantea una teoría general que, a su vez está constituida por la TACL, TDAC y; la TSE (20).

Según Orem, el Autocuidado (AC) es el conjunto de acciones intencionales que realiza la persona para controlar factores internos o externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior y; también, permiten alcanzar los Requisitos de Autocuidado (RAC) presentes en situaciones de salud y enfermedad, descritos como los requisitos universales, que permiten el mantenimiento de la estructura y el funcionamiento humano, los cuales son comunes a todos los individuos; los requisitos del desarrollo que se refieren a las condiciones de maduración y a los nuevos eventos en el ciclo vital y los requisitos ante los desvíos de la salud que se presentan cuando hay enfermedad o lesión, y deben mantenerse bajo tratamiento (20).

Orem parte de la premisa que toda persona es capaz de satisfacer su AC a través del poder de cuidar de sí misma -ya sea de manera autónoma o con ayuda de otros- y; en relación con factores condicionantes como la edad, el sexo, el momento del ciclo vital, el estado de salud, la disponibilidad de recursos, el nivel educacional, el sistema familiar y la orientación sociocultural (20).

Cuando existe el DAC en las PM, el profesional de enfermería puede compensarlo por medio del Sistema de Enfermería (SE) que, puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo educativo. El tipo de sistema dice el grado de participación de la persona para ejecutar su AC y, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Lo anterior, de acuerdo al nivel de funcionalidad o autonomía que tenga. Una persona o grupo puede pasar de un SE a otro en cualquier circunstancia o,

puede activar varios sistemas al mismo tiempo (20).

En conformidad con lo anterior, el rol del profesional de enfermería es ayudar a la persona a responsabilizarse de su AC a través de cinco modos de asistencia: i) actuar por otro; ii) guiar; iii) apoyar; iv) procurar un entorno para el desarrollo de la persona y; v) enseñar y con ello, actuar en coherencia con el marco del «envejecimiento saludable» (21).

Virginia Henderson y las necesidades humanas

Otro modelo de cuidados de alta aceptación en distintos contextos de la enfermería es el de Virginia Henderson. Esta teoría considera a la persona como la figura central y le otorga un papel activo en su proceso de salud. El modelo es totalmente compatible con el proceso de enfermería (PE) en cualquier momento del curso de vida: en situación de salud o enfermedad, en el proceso de muerte y en colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados (22).

Esta teoría –que toma como referencias las 14 necesidades humanas básicas descritas por Virginia Henderson– permite determinar de manera ordenada la condición de salud de las PM y con ello, definir planes de cuidados individualizados, tendientes a la satisfacción de dichas necesidades y con participación de la propia persona y/o del equipo de salud (23).

El modelo de Virginia Henderson permite a los profesionales de enfermería trabajar desde un plano propio, como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras; al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de salud, en suplencia o ayuda de las acciones que la persona de edad avanzada no puede realizar (22).

En este contexto, los profesionales de enfermería requieren de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades que les permitan comprender costumbres sociales, prácticas religiosas y/o espirituales a fin de ayudar a las PM a satisfacer las 14 necesidades básicas, desarrollarse y aumentar sus capacidades de autocuidado y autonomía, de manera de alcanzar el potencial más alto de satisfacción (22).

La valoración que realiza la enfermería permite conocer las respuestas de las personas a sus procesos vitales –comportamientos que son más o menos comunes a todas las personas– y; de igual forma, identificar los problemas reales o potenciales de salud para llegar a los diagnósticos de enfermería (24).

Marjory Gordon y los patrones funcionales

Marjory Gordon propone realizar la valoración de enfermería utilizando 11 patrones funcionales que contemplan a la persona de forma holística y recogen la información necesaria de ésta, su familia y entorno. Dichos patrones son configuraciones del comportamiento, contruidos desde la descripción de la persona y las observaciones del profesional de enfermería, con lo que se obtienen datos relevantes del usuario y se detectan posibles anomalías o riesgos de alteración (25). Los 11 patrones funcionales se orientan a:

- a. Percepción del manejo de la salud
- b. Patrón nutricional–metabólico
- c. Eliminación

- d. Actividad–ejercicio
- e. Sueño–descanso
- f. Patrón cognitivo–perceptual
- g. Autopercepción–autoconcepto
- h. Rol–relaciones
- i. Sexualidad–reproducción
- j. Adaptación–tolerancia al estrés
- k. Valores–creencias

Con ello es posible la determinación del perfil funcional de la persona, para posteriormente describir la situación a través de los diagnósticos de enfermería (24).

Callista Roy y el “Modelo de Adaptación”

El Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR) explica el proceso de adaptación de los seres humanos frente a diversas situaciones de la vida y ha sido ampliamente utilizado en múltiples contextos y poblaciones de PM con variados problemas de salud. Considera a los seres humanos holísticos, con capacidad de pensar y de sentir, como individuos o miembros de un grupo, quienes escogen la integración con su entorno, activo e interactivo en una realidad multidimensional, dependiente del contexto y condiciones circundantes. Este modelo se centra en el concepto de adaptación de la persona, quien busca continuamente estímulos en su entorno y cuya reacción da paso a la adaptación, la que puede ser eficaz o no (26,27).

La meta de la enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano, buscando mantener la integridad y la dignidad de la PM; contribuyendo a promover, mantener y mejorar su salud, calidad de vida o permitiéndole morir con dignidad. En este modelo, el proceso se desarrolla en dos subsistemas que se relacionan entre sí: el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control y; el subsistema secundario y de efectos (27).

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. En el primero, por medio del modo de adaptación fisiológico donde se «reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos» y; en el segundo, gracias a los modos de adaptación del autoconcepto, la interdependencia y la función del rol, es decir se «reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones» (27).

El hecho de envejecer trae consigo una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales para los cuales las PM no están preparadas; pero donde la edad se comporta como un estímulo contextual que favorece que hagan frecuentes asociaciones entre algunos problemas de salud y la vejez (26).

Jean Watson y el “Cuidado Humanizado”

La teoría de Jean Watson forma parte de las teóricas de la Escuela del Caring (cuidado) y se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y la antropología. Postula que los/as profesionales de enfermería pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones como la espiritualidad y la cultura, integran los conocimientos vinculados a éstas y se orientan a lo existencial, fenomenológico y espiritual (28).

Su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en 10 factores asistenciales.

El primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; que puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y dejar a quien recibe los cuidados satisfecho de la labor.

El segundo propicia inculcar la fe y la esperanza para que la PM adopte conductas saludables ante sus problemas reales o potenciales, logrando su máximo bienestar.

El tercer factor mencionado por Jean Watson dice relación con el cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás, adquirir la habilidad de evaluar y manejar las reacciones emocionales e identificar la manera adecuada de expresarlas y, no fusionar emociones negativas de la vida privada o del trabajo con la atención de salud que brinda a las personas.

El cuarto factor exige del profesional de enfermería una adecuada conciencia emocional, el conocimiento de sus valores y metas, además de la capacidad de comunicación, escucha y respeto por las creencias del otro (28).

En su quinto factor, Jean Watson plantea que los profesionales de enfermería deben estar preparados ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos y convoca a comprender la mutua relación entre pensamiento, emoción y comportamiento, como una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para el/a profesional de enfermería.

En el sexto factor, el llamado es a hacer un uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones y la motivación para la superación constante.

El séptimo factor describe la promoción de la enseñanza-aprendizaje, de la actualización periódica de los conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional (28).

El octavo factor de la teoría de Jean Watson a analizar es que el profesional debe reconocer la influencia del entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas.

El noveno factor de esta teoría (28) es la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí mismo y de la persona sujeto del cuidado.

Como décimo factor, Watson convoca al fomento de las fuerzas existenciales- fenomenológicas, planteando que se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión, más allá de la capacidad técnica y la excelencia académica o intelectual (28).

Según Jean Watson, «La meta del cuidado transpersonal es restaurar la armonía entre la mente-cuerpo y alma en su totalidad. En los contextos profesionales, el cuidado se construye en ocasiones específicas o momentos, cuando la/el enfermera/o y persona experimentan el proceso intersubjetivo de compromiso y armonía. Proceso en el cual las emociones siempre están presentes» (28).

Consideraciones finales

En concordancia con lo anterior, se podría afirmar que la enfermería debe desarrollar el cuidado centrado en la persona y la familia; lo que ha sido definido como un modelo de cuidados que evidencia un alejamiento de la atención con enfoque biomédico. Se estima necesario adoptar un enfoque distinto y complementario al biomédico, toda vez que éste reduce a la persona a su enfermedad. Un enfoque complementario debiese poner énfasis en el diagnóstico integral; en el acercamiento a las experiencias de salud a través del tiempo y en la prestación de los cuidados de manera humana, ética y respetuosa de las preferencias, la cultura y la capacidad de la PM de participar en sus propios cuidados y; en los factores que determinan la situación de salud como una experiencia única, especialmente si se trata de la PM (29).

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) recomienda establecer una relación terapéutica con la persona desde el primer momento de la atención de enfermería; utilizando estrategias de comunicación verbal y no verbal para construir una relación de confianza y respeto, buscando el conocimiento integral de la persona, su significado de salud y sus preferencias de cuidado desde la valoración de la enfermería, promoviendo su participación activa y documentando la información obtenida utilizando sus propias palabras. La planificación debe tener sentido para la persona, como experta en sí misma y en su vida, favoreciendo su participación en la toma de decisiones informadas y su colaboración en la implementación y adaptación de las estrategias de AC. Por su parte, la evaluación debe considerar la retroalimentación de la persona y su percepción respecto de si realmente los cuidados se centraron en su persona. Todo ello es aplicable en el desarrollo de cada una de las áreas del quehacer en enfermería cuando el centro es la PM y, en consecuencia, su trayectoria de vida, experiencias de salud-enfermedad y percepción de bienestar, entre otros factores a considerar (29).

En Chile, en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria y “centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado”. Dicho Modelo ha sido definido como «El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural» (30); todo lo cual se encuentra totalmente alineado con las teorías y modelos expuestos anteriormente.

Ideas centrales

- Desde la visión holística de enfermería existen aportes teóricos que permiten visualizar, planificar e implementar procesos de atención que favorecen el bienestar de las PM, lo que está completamente relacionado con los tres principios centrales de la Atención Primaria de Salud (APS): centrada en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.
- Orem parte de la premisa que toda persona está en capacidad de satisfacer su AC a través del poder de cuidar de sí misma, ya sea de manera autónoma o con ayuda de otros.
- Henderson, con su modelo de las 14 necesidades humanas básicas, permite determinar de manera ordenada la condición de salud de las PM y con ello, definir planes de cuidados individualizados, tendientes a la satisfacción de dichas necesidades y, con participación de la propia persona, comunidad y/o del equipo de salud.
- El modelo de Adaptación de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona, quien busca continuamente estímulos en su entorno y cuya reacción da paso a la adaptación, la que puede ser eficaz o no.
- Watson postula que los/as profesionales de enfermería pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones como la espiritualidad y la cultura, integrando estos conocimientos con las demás disciplinas que fundamentan los cuidados.

CAPÍTULO 3. PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

El uso del proceso de enfermería (PE) se inició en la década de 1960, siendo uno de los avances más significativos en la práctica de cuidados de enfermería. Es empleado para resolver problemas de salud y ofrece una estructura para aplicar los conocimientos y habilidades de una manera organizada y orientada a objetivos. Muy relacionado con el método científico, sirve como piedra angular para la enfermería clínica, proporcionando un método sistemático para determinar los problemas de salud del usuario, diseñar un plan de cuidados que establezca y resuelva estos problemas, implementar un plan y evaluar su eficacia (31).

El PE es la competencia tradicional del pensamiento crítico que permite a los profesionales de enfermería realizar juicios clínicos y llevar a cabo acciones basadas en la razón. El PE sirve como modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel de cuidados competentes (32).

El razonamiento clínico de los/as enfermeros/as desde la perspectiva de la teoría dual del proceso, considera que el razonamiento clínico es una herramienta de trabajo importante para el enfermero/a, ya que sustenta el PE y la gestión del cuidado. Además, favorece la identidad, visibilidad y fiabilidad de la enfermería como profesión sanitaria. El razonamiento clínico involucra dos componentes del procesamiento de la información, mediante procesos de reconocimiento de patrones, juicio, interpretación, análisis, resultados y justificación de las decisiones tomadas, que dan validez y rigor científico al cuidado de enfermería (33).

El PE es el núcleo esencial de la práctica para una atención holística, centrada en la persona, es el hilo común que une las diferentes visiones de los profesionales de enfermería independientemente de las áreas de trabajo en que se desempeñen. A nivel mundial el PE ha sido aceptado como el marco de la práctica para garantizar cuidados de enfermería idóneos y, su objetivo principal es establecer una estructura de intervención mediante actividades y acciones que resuelvan las necesidades reales o potenciales del usuario, las cuales una vez aplicadas y evaluadas, permiten la retroalimentación para redireccionarlas en función de alcanzar una mayor efectividad.

En este capítulo se verán algunas conceptualizaciones relacionadas con el PE y los aspectos claves para su aplicación en las PM, sus familias y comunidades.

Conceptualización del proceso de enfermería

El PE es una forma estructurada del cuidado de enfermería, un enfoque que proporciona una guía y base para la realización de acciones sistemáticas de cuidado y, un marco aplicable en cualquier entorno. Ha sido parte integral de la práctica de la enfermería y se ha utilizado desde entonces en el mundo; siendo objeto de revisiones, refinamientos y revisiones (34). Es el método tradicionalmente utilizado en la relación de ayuda en el cuidado.

El PE está enfocado en la solución de problemas y la satisfacción de las necesidades de la enfermería en atención a la salud de las personas. Varios autores establecen los pasos del PE de diferentes maneras, pero sus componentes comunmente citados son: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación (35).

El PE es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados: es el marco que debe guiar el pensamiento del profesional de enfermería diariamente (36).

Propósito y beneficios del proceso de enfermería

El propósito del proceso es diagnosticar y tratar las respuestas humanas producto de los procesos de salud y enfermedad. Sus beneficios son (31):

- Enfocar las respuestas humanas ante los problemas de salud específicos de la persona; no en la enfermedad (31). Busca promover, mantener o recuperar la salud, es decir, mantener el bienestar de la persona, su familia y comunidad en un nivel óptimo.
- Identificar los problemas de salud mejorando la comunicación, proporcionando una lista común de problemas reconocidos.
- Promover el logro de resultados positivos del cuidado y estimular la independencia del usuario, mediante su participación y el cumplimiento de acciones de cuidado consensuadas de acuerdo a sus capacidades.
- Proporcionar una estructura profesional consistente y ordenada que promueve la responsabilidad, que fomente las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia y en la evaluación continua para la excelencia de los cuidados, seguros y de calidad.
- Gestionar los cuidados y mejorar la satisfacción y reflexión acerca de cómo cuidar para lograr el bienestar de la persona; con cuidados personalizados, holísticos y basados en la ciencia del cuidado humano.
- Unificar el lenguaje profesional mediante terminología clínica que facilite la comunicación.
- Fomentar la coordinación con el equipo de enfermería, la continuidad de los cuidados y la delimitación del campo de acción del equipo de salud.
- Evitar la rutinización, promoviendo la flexibilidad y el pensamiento crítico.
- Contar con registros de datos e información del proceso, que faciliten la investigación y el trabajo de enfermería basada en la propia práctica.
- Facilitar la docencia y la formación de los futuros profesionales, a través de una práctica profesional metódica, dinámica e independiente; conectando la teoría con la práctica (37). metódica, dinámica e independiente, es un puente que conecta la teoría con la práctica (37).

Propiedades del proceso de enfermería

El PE tiene ocho propiedades (32). Estas son:

- Focalizado: dirigido a un objetivo según la respuesta humana de la persona, su familia y comunidad.
- Sistemático: utiliza un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico: presenta continuos cambios, es evolutivo, lo que garantiza la atención personalizada.
- Interactivo: a partir de las relaciones entre el/la profesional de enfermería/ persona/ familia y comunidad.
- Flexible: se adapta a la práctica en cualquier contexto de atención, abierta como cerrada.
- Creativo: requiere un proceso de actualización, innovación y creatividad.
- Con base teórica: posee una amplia base de conocimientos aplicable a cualquier teoría o modelo de enfermería.
- Humanizado: centrado en la persona y su dignidad, con una concepción holística y unitaria, considerando los intereses, creencias, valores, cultura, prácticas personales o grupales de cuidados.

Etapas del proceso de enfermería

El PE se ha separado en distintas etapas, pero en la práctica no es necesariamente secuencial dado que no siempre requiere que termine una fase antes de pasar a la siguiente; sus etapas están interrelacionadas y son interdependientes. Por ejemplo, los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación y; a su vez, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación. En la Tabla 3.1 se presenta una descripción de cada una de las etapas.

TABLA 3.1. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

ETAPAS	DESCRIPCIÓN	SUBETAPAS
Teoría /ciencia de la enfermería/	Se agrega a las etapas del PE tradicional e implica la selección de una base teórica que permita sustentar las otras etapas del proceso. Todas las etapas siguientes requieren el conocimiento de los conceptos subyacentes de la ciencia de enfermería antes de poder identificar los patrones en los datos clínicos y hacer los diagnósticos precisos.	<p>Seleccionar una base teórica que sustente su aplicación.</p> <p>Detallar el razonamiento clínico crítico para diferenciar lo normal de lo anormal según patrones basales del paciente, y fundamentar tanto las hipótesis diagnósticas, como las acciones de cuidado.</p>
VALORACIÓN	Es un proceso organizado y sistemático de recogida deliberada de datos para determinar el estado de salud actual del usuario y, para evaluar necesidades y patrones de adaptación presentes y pasados. Cabe destacar que el modelo DIKW (datos, información, conocimiento y sabiduría) hace énfasis en la necesidad de un marco de conocimientos que permite actuar con sabiduría y compasión. Lo anterior implica una valoración no sólo de datos fisiológicos, sino también factores psicológicos, socioculturales, espirituales, económicos y de estilo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recogida de datos ▸ Validación de los datos ▸ Organización de los datos según patrones, necesidades u otros factores según la teoría o modelo seleccionado. ▸ Registro de los datos en documentos
PLANEACIÓN	<p>Diagnóstico: Es un juicio o razonamiento crítico de análisis e interpretación de los datos para la identificación de los problemas, la confirmación de los hallazgos y la deducción de una explicación sobre el estado de salud de la persona/familia o comunidad. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de las personas.</p> <p>Resultados de enfermería: Se establecen los resultados esperados del cuidado, con metas medibles y alcanzables a corto y largo plazo para la persona.</p> <p>Se redactan los objetivos de cuidado, estableciendo los resultados esperados e indicadores actuales y los indicadores diana para comparar el logro en la fase de evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificación de alternativas ▸ Identificación del tipo de diagnósticos (enfocados en el problema, de riesgo, de promoción de salud o síndrome) ▸ Identificación de problemas interdisciplinarios y de diagnósticos de riesgo de complicaciones (RCde) o bifocales. ▸ Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados. ▸ Fijar resultados con la persona para corregir, reducir el mínimo o evitar los problemas. ▸ Redactar los objetivos, resultados esperados, indicadores y

ETAPAS	DESCRIPCIÓN	SUBETAPAS
En la fase de planeación / planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería, se determinan los resultados esperados e intervenciones y, las acciones de cuidado.	Intervenciones de enfermería: Las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos. Corresponden a un grupo de actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir las intervenciones y actividades de enfermería que permitirán el logro de los resultados propuestos. Elaborar el plan de cuidados: ¿qué intervenciones/ actividades se prescribirán? • Documentación del proceso: ¿Escribirá un plan de cuidados o adaptará un plan normalizado para responder a la situación específica del usuario?.
IMPLEMENTACIÓN O EJECUCIÓN	Se llevan a cabo las acciones planificadas y comunicadas en el plan. La ejecución incluye también el registro del cuidado en los documentos adecuados en la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación que valora el estado actual de la persona antes de actuar. • Intervención/actividades / acciones de cuidado, controlando a la persona e introduciendo los cambios necesarios . • Documentación o registro.
RE-EVALUACIÓN CONTINUA	Es la comparación planificada, continua y sistemática entre el estado de salud de la persona y los criterios de resultado esperados. Permite decidir si se han logrado los objetivos, si las intervenciones han sido efectivas y si es preciso introducir cambios. Se deberá cambiar o finalizar el plan según esté indicado.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la respuesta actual. • Comparar las respuestas actuales del usuario con los criterios de resultado o resultados esperados establecidos (actuales versus diana). • Documentación o registro.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (32).

Aplicación estandarizada del PE para el cuidado de las PM

Etapa de valoración de enfermería

Es importante considerar que el envejecimiento es un proceso natural del curso de vida, siendo determinado por factores multidimensionales y complejos que implican cambios fisiológicos; como el aumento de los problemas de salud que, pueden producir consecuencias físicas, mentales o sociales. Entre las principales consecuencias físicas en la PM están las condiciones crónicas, las caídas, la disminución de la funcionalidad y, los cambios en el sistema nervioso, cardiovascular y musculoesquelético. Todo lo anterior, genera demandas de cuidados relacionadas a la disfunción de los patrones o respuestas humanas (38).

La valoración en la persona debe ser exacta (para una atención personalizada de calidad); precisa (facilita el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas); completa (proporciona base sólida para las otras etapas del proceso); actualizada; relevante y oportuna.

La etapa de valoración consta de tres subetapas o componentes esenciales:

- Recogida de datos
- Validación de los datos
- Organización y registro de los datos en documentos en papel o electrónico.

Para cada una de estas etapas es necesario considerar que:

- La prioridad de la recogida de datos está determinada por la situación o necesidades inmediatas de la persona.
- El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo; y en él interviene la PM, el profesional y/o el familiar.
- Se debe poseer conocimientos, manejar estándares, desarrollar competencias y tener aptitudes (39).

En la valoración inicial se deben buscar datos sobre los problemas de salud detectados en la PM y aquellos factores que contribuyan a éstos. Para las valoraciones posteriores, ya sea secundaria o concurrente, se necesita confirmar los problemas de salud que se hubiesen detectado; analizar y comparar el progreso o retroceso de la PM; determinar la continuidad del plan de cuidados establecido y; obtener nuevos datos que informen el estado de salud de la PM. Las capacidades interpersonales, de comunicación y escucha activas son imprescindibles para una valoración satisfactoria.

Etapas de planeación - diagnóstico de enfermería

En la etapa de planeación se determinan los diagnósticos, los resultados esperados, las intervenciones y las actividades de enfermería.

El diagnóstico de enfermería analiza y sintetiza la información para la identificación del problema; implica la emisión de un juicio clínico acerca de la respuesta humana frente a un estado de salud o enfermedad. Un diagnóstico de salud involucra un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad (40). Las subetapas del diagnóstico son:

- Procesamiento de datos
- Formulación del diagnóstico
- Validación
- Documentación

A continuación, en la Tabla 3.2 se muestran los componentes de un diagnóstico de enfermería.

TABLA 3.2. COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO	
ETIQUETA/ ENUNCIADO/ DIAGNÓSTICO/ NOMBRE	Nomenclatura del problema o estado de salud de una persona, familia o comunidad; es decir, proporciona un nombre al diagnóstico. Corresponde a un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.
DEFINICIÓN	El etiquetar implica asignar un nombre al problema de salud que tiene o puede presentar la PM. Generalmente, el enunciado tiene una definición diagnóstica que proporciona una descripción clara y precisa, delinea el significado del diagnóstico y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico; por ejemplo, signos y síntomas. Son características o claves observables de la persona, la familia o la comunidad. Corresponden a evidencias clínicas que describen una serie de conductas o signos y síntomas (datos objetivos o subjetivos) que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
FACTORES RELACIONADOS (F/R) que orientan las intervenciones y actividades de enfermería para aminorar la causa del problema o favorecer una respuesta humana. Por eso, es relevante la articulación con la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).	Son las causas o factores contribuyentes (factores etiológicos) Los factores relacionados están presentes cuando el diagnóstico de enfermería es focalizado en el problema. Son aquellas situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema.
FACTORES DE RIESGO	Son influencias como los factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos, que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable. Corresponden a signos, informe verbal o atributo contextual que indica un problema potencial o situación de riesgo.
POBLACIONES EN RIESGO	Grupo de personas que comparten una característica que hace que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana particular; como los datos demográficos, los antecedentes familiares/de salud, las etapas del crecimiento y desarrollo, la exposición a ciertos eventos o experiencias. Son características no modificables por el profesional de enfermería.

Fuente: Elaboración del equipo de personas mayores en base a (40).

Planificación o planeación del proceso de enfermería

La planificación en el PE consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o; para evitar, reducir o corregir aquellas respuestas de la persona que fueron identificadas en el diagnóstico de enfermería. Si se toma como un anteproyecto a corto o mediano plazo, se puede verificar si lo ejecutado tiene relación con lo planificado y facilitar los compromisos de gestión registrados en papel o en digital.

La planificación cuenta con las subetapas de:

- Establecimiento de prioridades
- Elaboración de objetivos
- Planeación de intervenciones de enfermería
- Documentación o registro

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones son un conjunto de actividades o acciones de cuidado, necesario para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana no deseada. Son un conjunto de tareas específicas que deben dirigirse a satisfacer las necesidades de salud de una persona (el usuario, familia, o comunidad); basarse en evidencia; considerar el costo/beneficio de las intervenciones; permitir la obtención de un resultado final y; aplicarse mediante el uso de una serie de recursos.

Planes de cuidados

Actualmente se utilizan los planes de cuidados de enfermería fundamentados (NCP por sus siglas en inglés de Nursing Care Plan). Estos pueden ser: el plan informal (estrategia de acción que existe en la mente del profesional de enfermería); el plan formal (guía escrita o computarizada del cuidado); el plan de cuidados estandarizados (especifica los cuidados para grupos de pacientes con necesidades específicas, un tipo de problema de salud y una trayectoria clínica similar) y; el plan de cuidados individualizados (plan estandarizado que particulariza intervenciones según la persona). Los NCP incluyen el diagnóstico de enfermería, los problemas de salud, los resultados esperados y, las intervenciones de enfermería y sus fundamentos.

En la etapa de planeación se formulan los diagnósticos de enfermería con NANDA (Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica) Internacional Taxonomía II. La taxonomía es la investigación y ciencia de cómo clasificar e identificar los diagnósticos de enfermería y; la organización NANDA Internacional creó en la década de 1970 un sistema conceptual para clasificar los diagnósticos que evolucionó hasta la actual taxonomía multiaxial (NANDA Internacional- II) que, considera siete ejes para la formulación del diagnóstico. Los ejes sirven para formular enunciados diagnósticos en las situaciones clínicas considerando la etiqueta diagnóstica. No siempre es necesario utilizar los siete ejes para la formulación de los diagnósticos de enfermería. Es necesario el uso del pensamiento crítico y reflexivo para seleccionar los ejes que más representan la trayectoria clínica de la persona, familia y/o comunidad. La Tabla 3.3 muestra los siete ejes junto a su descripción.

TABLA 3.3. EJES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

EJES DESCRIPCIÓN	
EJE 1. CONCEPTO DIAGNÓSTICO O NÚCLEO	Elemento principal, parte esencial, el origen o diagnóstico propiamente tal. Consiste en uno o más sustantivos como, por ejemplo “integridad cutánea”.
EJE 2. SUJETO DEL DIAGNÓSTICO	Población específica para la cual un diagnóstico de enfermería es determinado (persona, familia, grupo y comunidad).
EJE 3. JUICIO	Es el descriptor o modificador que limita o especifica el núcleo de un diagnóstico de enfermería, por ejemplo: anticipado, bajo, comprometido, defensivo, deficiente, desequilibrado, desorganizado, desproporcionado, deteriorado, disfuncional, disminuido, disposición para, efectivo, excesivo, incapacitado, infectivo, interrumpido, mejorado, organizado, percibido, retraso situacional.
EJE 4. LOCALIZACIÓN	La localización describe las partes corporales y las funciones relacionadas entre tejido, órgano o estructura anatómica; los valores son: auditivo, cardiopulmonar, cerebral, cinestésico, cutáneo, gastrointestinal, gustativo, intestinal, intracraneal, membranas mucosas, neurovascular periférico, olfatorio, oral, renal, táctil, vascular, periférico y visual.
EJE 5. EDAD	Se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico (eje 2); los valores son: feto, neonato, lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto medio, adulto mayor.
EJE 6. TIEMPO	Describe la duración del concepto diagnóstico (eje 1). Los valores de este eje son: agudo (<6 meses), crónico (>6 meses), intermitente (intervalos, ciclos o períodos) o continuo (sin interrupción).
EJE 7. ESTADO DEL DIAGNÓSTICO	Se refiere a la temporalidad, si es una problema actual o potencial, como también si se trata de un problema de promoción de salud.

Fuente: Elaborado por el equipo de personas mayores en base a (40).

Clasificaciones de intervenciones en enfermería o “Taxonomía NIC (Nursing Intervention Classification)”

Es importante tener en cuenta que la implementación y uso de NIC -aún cuando se seleccionen las mejores intervenciones y las actividades más representativas para un paciente o persona en particular-, no reemplazan la supervisión y el control de las estrategias llevadas a cabo en la etapa de ejecución.

Si consideramos la ciencia del cuidado humano desde la mirada de la Dra. Jean Watson, en la fase de planificación se debe asegurar el bienestar personal y la seguridad de la PM; por lo cual se recomienda (28):

- Reconocer el rol de la persona en la determinación de los resultados esperados y éxito de las intervenciones.
- Creer en la recuperación y transmitir un sentido de esperanza.
- Ofrecer a la PM todas las opciones para resolver el problema.
- Estar abierto a ideas o alternativas ofrecidas por la persona y su familia.
- Usar una modalidad de cuidado/sanación para la PM, que considere la mente, cuerpo, espíritu y el ambiente.
- Ofrecer medidas de bienestar a la PM, de manejo del dolor u otras necesidades que se presenten.

- Asegurar que la toma de decisiones para la resolución de los problemas identificados esté basada en la evidencia.
- Comprometerse con la entrega de información personalizado, de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Garantizar un ambiente seguro para la PM, manteniendo la habitación ordenada, libre de riesgos.
- Comunicar en forma sucinta y advertir lo necesario al profesional de salud a quien se entregue el cuidado de la PM, para asegurar la continuidad de la referida actividad.

Etapas de implementación o ejecución

En la etapa de ejecución, el profesional de enfermería no solo requiere hacer sino que debe: valorar el estado actual de la PM antes de actuar; realizar actividades/acciones de cuidado, controlando cuidadosamente la evolución del estado de salud de la persona e introduciendo los cambios del estado e; informar y registrar, teniendo siempre en consideración la excelencia, seguridad y evidencia de las actividades de cuidado, la prevención de eventos adversos, manejo del ambiente, los recursos necesarios, costo de la atención y el tiempo de ejecución realista y pertinente a la condición de salud de la persona.

Esta etapa incluye las subfases de preparación, intervención y documentación o registro.

En esta etapa, el profesional de enfermería puede asignar tareas o delegar la atención basándose en las necesidades del usuario y el conocimiento y habilidad del prestador seleccionado; pero no puede delegar su responsabilidad.

Se deben registrar todas las actividades/acciones de cuidado en forma completa y en registros vigentes de la unidad o centro de salud, ya sean gráficas narrativas orientadas al problema o registros computarizados.

En la fase de ejecución o implementación según la ciencia del cuidado de la Dra. Jean Watson, es necesario tener claridad para caminar con la PM, considerar (28):

- Ser socio de la persona y la familia logrando acuerdos mutuos sobre los objetivos y, realizando nuevos objetivos emergentes en este viaje de sanación.
- Ser un coach o entrenador de salud, animando y reforzando los esfuerzos de la PM.
- Aclarar expectativas de la PM sobre los procesos y objetivos del día.
- Asegurar, en la entrega de turno, espacios de reflexión sobre las necesidades y requerimientos de la PM.
- Revisar el cruce de actividades con otros integrantes del equipo para asegurar una adecuada cohesión y coordinación del cuidado, con mirada integral.
- Narrar su cuidado para tranquilizar a la PM, de manera de incluirlo en el proceso de cuidado.
- Respetar el espacio personal de la PM como si se tratara de su hogar, respetar ese espacio sagrado de sanación.
- Agrupar los cuidados y organizar los tiempos, dejando espacios para los registros, de manera que no coincidan con los espacios de atención directa.
- Crear un ambiente de sanación, estando atento a las experiencias sensoriales.

Etapa de evaluación

La evaluación, consiste en hacer un juicio o estimación de algo o alguien, debe ser deliberada, planificada, sistematizada, detallada, continua y con objetivos claros, permitiendo concluir si las intervenciones de enfermería deben continuarse, suspenderse, cambiarse etc. La persona, la familia y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación. Siempre es importante indagar cuál es la opinión del usuario respecto al logro de los objetivos y analizar en conjunto los factores que dificultaron y los que estimularon los progresos.

Algunos consejos de la ciencia del cuidado de la Dra. Watson para ser la voz de los usuarios en la evaluación son (28):

- Nuestra percepción acerca de las personas debe ser contrastada con su realidad.
- Revisar con frecuencia para evaluar si el plan es todavía efectivo.
- Tomar una pausa para validar con la persona la comprensión de lo enseñado.
- Celebrar los resultados positivos y reconocer la participación de la PM en este logro.
- Enfatizar con la PM y su familia que compartan sus preocupaciones e invitarlos a co-crear soluciones a sus preocupaciones, empoderándolos para el seguimiento del plan de cuidados.
- Agradecer a la PM y su familia por permitirle entrar en su espacio sagrado de cuidados y sanación.
- La evaluación sistemática y continua tiene implicancia en el aseguramiento de la calidad de la atención y; son un factor clave para la mejora continua de los procesos, ya que permite comparar los logros en base a estándares o normas definidas.

Consideraciones finales

En este contexto, el PE es un instrumento que ofrece un apoyo en la toma de decisiones al momento de brindar cuidados individualizados y; en la formulación de las políticas públicas para la organización del trabajo en el campo de la salud y calificar la formación de enfermeras/os y regularla.

Ideas centrales

- El PE proporciona una guía y base para la realización de acciones sistemáticas de cuidado y proporciona un marco aplicable en cualquier entorno.
- El PE es la competencia tradicional del pensamiento crítico que permite a los profesionales de enfermería realizar juicios clínicos y llevar a cabo acciones.
- El propósito del PE es diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante los procesos de salud y la enfermedad.
- El PE se compone de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- Cada una de las etapas del PE están relacionadas y son dinámicas, lo que permite realizar cambios según la evolución de la PM y los recursos existentes.

CAPÍTULO 4. ROL DE LA ENFERMERA/O EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Dada las características especiales que tienen las PM, las que incluyen cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento, mayor comorbilidad (sobre todo crónica), presentación atípica de la enfermedad, presencia de síndromes geriátricos, mayor riesgo de discapacidad y dependencia, se requiere realizar un abordaje integral a través de la “Valoración Geriátrica Integral” (VGI). Dicha herramienta permite realizar una aproximación diagnóstica, planes de cuidados y ajuste de tratamientos, siendo la funcionalidad un aspecto fundamental de la valoración y el indicador más representativo de la salud de las PM (41).

La VGI es un proceso dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la PM, de su cuidador, familia y entorno. La evaluación considera cuatro dimensiones o esferas: clínica, funcional, mental y social. A partir del enfoque holístico de la disciplina de enfermería, la/el enfermera/o planifican el cuidado de la PM preocupándose no tan sólo de la enfermedad que le afecta, sino también de la respuesta humana de la persona y cómo la enfermedad afecta la realización de sus actividades de la vida diaria (AVD) de manera independiente, considerando además la dimensión espiritual de la PM.

Las dimensiones o esferas de la VGI configuran la imagen de la PM e interactúan entre sí. Es decir, cada cambio que ocurre en una dimensión o esfera repercute en las demás; considerando que la dimensión funcional es el punto central de la evaluación geriátrica (41). Para el logro de una visión integral de la PM se recomienda siempre valorar la diada PM/cuidador, PM/familia y PM/entorno. Para esto, es fundamental la participación de un equipo interdisciplinario coordinado compuesto por: enfermera/o, terapeuta ocupacional, kinesióloga/o, médico/a, trabajador/a social, técnico/a de enfermería, odontólogo/a, nutricionista, psicólogo/a, químico/a farmacéutico/a, entre otros. Cada uno de los integrantes del equipo aporta su visión y filosofía profesional, siempre teniendo en cuenta que cada uno ha de tener un objetivo en común: que la PM logre su mayor funcionalidad (4), (41).

FIGURA 4.1. RELACIÓN ENTRE LAS ESFERAS DE LA VGI Y LA PM, SE INCLUYE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL



Fuente: Elaborado por del equipo de personas mayores en base a (4), (41),(43).

La VGI es la herramienta por excelencia para la evaluación de la PM, la que debe adecuarse según:

- La tipología de la PM: sanas, enfermas o con una condición crónica, frágiles o de riesgo, dependientes o en la etapa final de la vida. Las PM frágiles y/o con síndromes geriátricos son las que más se benefician con la aplicación de la VGI (44).
- Los recursos disponibles, tanto materiales como humanos. Puede ser realizada por un equipo interdisciplinario o en forma individual por un profesional con experiencia y conocimiento en un enfoque multidimensional (44).
- El nivel asistencial y sociosanitario en el que se encuentra la PM, ya sea en unidades intrahospitalarias, SAPU, CESFAM, CECOFS, ELEM, CEDIAM o en su domicilio.

TABLA 4.1. TIPOLOGÍA DE LA PM

TIPOLOGÍA DE LA PERSONA MAYOR	
PM Sana	Aquella que no presenta enfermedad crónica ni compromiso funcional.
PM enferma o con condición crónica	Aquella con enfermedad crónica, pero no dependiente.
PM frágil o de riesgo	Aquella que puede tener una dependencia, pero es potencialmente reversible.
PM dependiente de carácter transitorio o permanente	Aquella en que la dependencia ya se encuentra instalada y con escasa posibilidad de revertir.
PM al final de la vida	Aquella que presenta múltiples morbilidades y alta dependencia. Con pronóstico vital, por lo general menor a 6 meses.

Fuente: Elaborado por el equipo de persona mayores en base a (45).

Es relevante considerar algunas recomendaciones al momento de realizar la VGI:

- Siempre llamar a la PM por su nombre y evitar términos de infantilización como “abuelita/o”.
- Solicitar a la familia los artefactos de apoyo sensorial que la PM usa habitualmente.
- Procurar que el lugar donde se realice la entrevista sea un lugar tranquilo, iluminado y reservado, para favorecer la comodidad de la PM y del entrevistador.
- Estar ubicado a la misma altura de la PM, sentada, mirándole a los ojos al hablar, con un tono de voz grave, con un volumen de voz normal (sin gritar); en caso de que la PM no logre entender, repetir la pregunta usando palabras diferentes u otros medios para lograr comunicarse, hablar modulado y lento. No olvidar, utilizar un lenguaje adecuado evitando tecnicismos.
- Las PM necesitan más tiempo para reflexionar y responder las preguntas, por lo que se debe considerar un tiempo mayor para la entrevista.
- Estar atentos a signos de cansancio de la PM, se aconseja realizar la VGI en distintos momentos.
- La información o los datos que se recogen se obtienen de la PM, sin embargo, cuando esto no sea posible (por estado físico o mental de la PM), se tendrá que recurrir a otra persona como su cuidador, familiar o informes clínicos previos.
- Respetar SIEMPRE el principio de autonomía de la PM.

Otro aspecto a tener en cuenta al realizar la VGI es la utilidad de los instrumentos estándares de valoración (escalas de valoración), que facilitan la detección y el seguimiento de los problemas de la

PM. Estos instrumentos proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales que participan en la atención. Es importante que los instrumentos cumplan con las siguientes propiedades: validez y fiabilidad, reproducibilidad, aplicabilidad o viabilidad, sensibilidad al cambio, fuentes de información (PM, familiar o cuidador) y el contexto asistencial (46).

Esferas de la “Valoración Geriátrica Integral (VGI)”

Esfera funcional (46)

La valoración funcional incluye la recogida de información sobre el estado de funcionalidad que presenta la PM. Dicha evaluación abarca la capacidad que tiene la PM para realizar las actividades habituales de manera independiente, entre las cuales se encuentran las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): es la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas esenciales y propias de la vida diaria. Éstas se evalúan a través de instrumentos que consideran acciones como: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, asearse y la capacidad de continencia. El índice de Barthel es uno de los instrumentos más utilizados en Chile, mide la dependencia o independencia total o parcial de la PM. Evalúa 10 ABVD y su puntuación va de 0 a 100 puntos, con puntos de corte para diferentes grados de funcionalidad.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades que permiten que la PM se adapte a su entorno y mantenga su independencia en la comunidad. Las AIVD incluyen: cocinar, comprar, lavar la ropa, cuidado de la casa, utilizar el transporte y el teléfono, manejo del dinero y capacidad para controlar el tratamiento médico. Dichas actividades son usualmente evaluadas por la Escala de Lawton y Brody (1969) que evalúa ocho acciones, midiendo la independencia o dependencia de la PM.

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): estas actividades son especialmente complejas ya que son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social de la PM. Permiten disfrutar de una excelente calidad de vida, mantener una buena salud mental y un rol social. Entre estas actividades se encuentran: realizar algún deporte, actividades sociales, planificar un viaje o desarrollar aficiones. Éstas no son indispensables para llevar una vida autónoma; sin embargo, se relacionan de manera positiva con funciones cognitivas y afectivas, así también con la calidad de vida (46).

Movilidad: es un punto muy relevante dentro de la evaluación de la funcionalidad ya que depende en gran medida de la mantención de la movilidad y la capacidad de traslado. La detección temprana de la incapacidad en esta área posibilita la intervención de la rehabilitación (47). La evaluación de la movilidad en la PM depende de la coordinación, el equilibrio, el sistema nervioso y osteoarticular, el funcionamiento de los órganos de los sentidos como la agudeza visual y auditiva y, el estado nutricional de la PM (48). Las pruebas a realizar en esta área incluyen la evaluación con el Time Up and Go (TUG); Estación Unipodal o la Evaluación de la marcha y equilibrio como Tinetti; la evaluación de la masa muscular; entre otros.

Esfera clínica

La valoración de la esfera clínica o física puede considerarse como la más complicada de cuantificar por la presentación atípica e inespecífica de la enfermedad en las PM; es decir, puede haber ausencia

de síntomas, como la fiebre y el dolor; enfermedades que se presentan de manera similar o; desarrollar los síndromes geriátricos como única expresión de una enfermedad de base (49).

Esta esfera permite obtener una historia de salud completa. Sus principales componentes son: motivo de evaluación o control, signos o síntomas, historia del problema de salud actual, historia clínica anterior, historia de salud familiar, antecedentes de ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas (determinar si estos produjeron alguna repercusión funcional o mental), hábitos de eliminación y tóxicos, alergias a fármacos y alimentos, tratamiento farmacológico (presencia de polifarmacia) y no farmacológico, la administración de vacunas como la antiinfluenza y la neumocócica.

En el examen físico siempre se debe resguardar la intimidad de la PM; procurando contar con los materiales necesarios, un ambiente bien iluminado, ventilado y con una adecuada temperatura. Se comienza con la exploración general que incluye: el estado de consciencia (grado de atención y orientación), constitución física, postura, aspecto, cuidado, aseo, colaboración en la exploración. Posteriormente, continua con la exploración segmentaria, haciendo énfasis:

- En el estado de hidratación de la piel y mucosas, coloración de la piel, presencia de lesiones cutáneas, vasculares o infecciones dérmicas.
- En la cavidad oral, la búsqueda de caries, inflamación de las encías, caída de dientes y estado de la prótesis dental. Dichas alteraciones pueden estar afectando la dimensión física (dificultad para triturar los alimentos o tener una adecuada alimentación), afectiva o social de la PM.
- En las extremidades inferiores, la búsqueda de callosidades, deformidades óseas y enfermedades de las uñas que comprometen la marcha y el equilibrio de la PM.

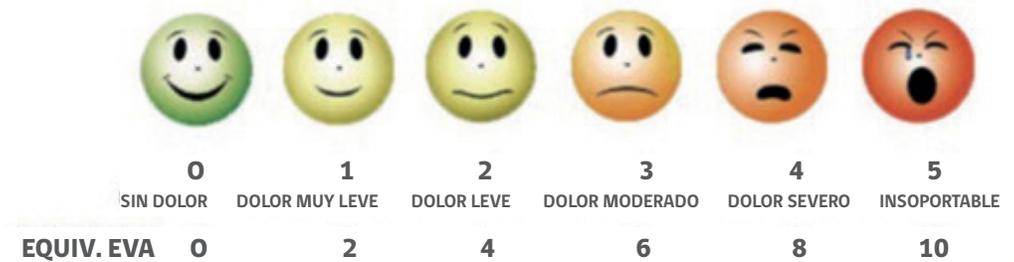
En este punto se incluye el Control de Signos Vitales (CSV), como la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y dolor. Existen algunas consideraciones a tomar en cuenta al realizar el CSV en las PM:

- Presión arterial: realizar el control de presión arterial tanto en posición sedente como en bipedestación (o en decúbito supino a sedente en PM en situación de dependencia severa) para detectar hipotensión ortostática (considerar esperar 2 minutos entre un control y otro, que el brazo quede a la altura del corazón y utilizar un medio de apoyo que evite contraer la musculatura del brazo). Se considera hipotensión ortostática cuando la presión arterial sistólica (PAS) cae 20 mmHg. y/o la presión arterial diastólica (PAD) cae 10 mmHg. También, hay que considerar las metas diferenciadas para las PM hipertensas menores de 79 años, que corresponde a una PA <140/90 mmHg y; en los mayores de 80 años, que corresponde a una PA < a 150/90 mmHg y > a 120/60 mmHg (50).
- Frecuencia cardíaca: se debe tomar al mismo tiempo en forma palpatoria y por auscultación para detectar trastornos de conducción como fibrilación auricular o extrasístoles (51). Se considera bradicardia menor a 60 latidos x minuto, normocardia de 60-100 latidos x minutos y taquicardia mayor a 100 latidos x minutos.
- Temperatura: debido a la disminución de la eficacia hipotalámica -producto del proceso de envejecimiento-, es frecuente la ausencia de fiebre; aunque ello no descarta la posibilidad de un proceso infeccioso. Por otro lado, la presencia de fiebre elevada expresa una mayor gravedad en la PM (52). En el procedimiento del control de temperatura se debe ubicar y sujetar adecuadamente el termómetro, puesto que la marcada atrofia muscular a nivel axilar puede disminuir el contacto con la piel. Se considerará anormal cualquier elevación de más de 1.3 °C de la temperatura habitual basal de la PM (independiente del sitio), siempre y cuando se tenga registros actualizados de la temperatura (53). Se considera hipotermia

menor a 35°C, normal entre 36,0°C y 36,9°C, subfebril entre 37,0°C y 37,2°C, fiebre sobre 37,2°C y fiebre alta mayor a 40°C.

- Frecuencia respiratoria: se debe considerar que el proceso de envejecimiento de por sí no modifica la frecuencia respiratoria (54). Los valores normales de frecuencia respiratoria son similares a los adultos medios y maduros, es decir de 12 a 18 respiraciones por minuto.
- Dolor: uno de los obstáculos en la valoración del dolor en la PM es considerarlo como algo propio del proceso de envejecimiento, lo que se traduce en que la persona no lo reporta o, cuando lo hace es severo y limita su capacidad funcional. Por otro lado, el umbral del dolor en las PM se encuentra aumentado comprometiendo la función de advertencia del dolor ante un daño tisular (55). Por los profesionales de la salud generalmente es infra diagnosticado, por tal razón, es importante otorgar un tiempo suficiente para valorar el dolor desde un punto de vista integral y utilizando instrumentos que permitan objetivar el grado dolor. Entre las escalas más utilizadas se encuentra: Escala Analógica Visual (EVA) y la Escala de Dolor Facial (Figura 4.2). En el caso de las personas con demencias, se pueden utilizar algunas escalas como PANAIID (56).

FIGURA 4.2. ESCALA DE EVA Y DE DOLOR FACIAL



Fuente: Adaptado de (55)

La evaluación del estado nutricional tiene un lugar muy especial dentro de esta esfera debido a que los trastornos nutricionales forman parte de los síndromes geriátricos (42). Las mediciones antropométricas -como el peso, la talla y la masa corporal-, sufren cambios importantes con la edad, por lo que es recomendable utilizar herramientas como el Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) que ha sido validado en cinco países latinoamericanos incluido Chile (57). Este instrumento permite la evaluación del estado nutricional clasificándolo como normal, en riesgo de malnutrición y en malnutrición. Entre los aspectos evaluados en este instrumento se encuentra: cantidad de comida ingerida en los últimos 3 meses, pérdida de peso reciente (menos de 3 meses), grado de movilidad, enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses, presencia de problemas neuropsicológicos y datos antropométricos (Índice de Masa Corporal (IMC) o Circunferencia de Pantorrilla (CP)).

En relación a las pruebas de laboratorio, permiten una evaluación completa de la PM y se recomienda al menos un control anual. Cabe destacar que, los hallazgos pueden ser atribuidos al proceso de envejecimiento y otros pueden corresponder a procesos patológicos. En el caso del electrocardiograma, pueden existir alteraciones difusas del segmento ST y de onda T, extrasístoles, arritmias auriculares y distintos bloqueos que son frecuentes en PM asintomáticos (58).

Esfera social

La valoración de la esfera social permite identificar situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de incidir en la evolución clínica, funcional o mental de la PM. Para utilizar de una manera óptima los recursos sociales y familiares de la PM para el mantenimiento o mejora de su calidad de

vida, se indagará sobre los siguientes aspectos (46):

- Si la PM vive sola o acompañada.
- Accesibilidad a la familia, amigos y comunidad.
- Si tiene a alguien a quién recurrir en caso de necesidad.
- Persona que se haría responsable en caso que la PM quedara incapacitada para tomar decisiones.
- Situación ocupacional e ingreso económico.
- Condiciones del ambiente y de la vivienda en que reside.
- Evaluar la percepción de salud de la PM y de su entorno.
- Posibilidades de desarrollo humano de su potencial.
- Pesquisar situaciones de maltrato, abandono y sobreprotección.
- Ingreso económico, previsión de salud y social.

Resulta prioritario realizar visitas domiciliarias a las PM que son frágiles, definidas como aquellas que presentan mayor vulnerabilidad biomédica, riesgo funcional y/o algún grado de dependencia, para una evaluación más exhaustiva que permita intervenciones lo más óptimas y cercanas a la realidad de la PM, su cuidador y familia.

Entre los instrumentos de valoración de la esfera social se pueden mencionar los siguientes: genograma, apgar familiar, ecomapa, escala de MOS o Duke UNC-11 para evaluar apoyo social percibido. También es fundamental incorporar la evaluación del estrés del cuidador a través de la Escala de Zarit, validada en la población chilena (59).

Esfera mental

La valoración de la esfera mental se ve influida por múltiples factores como la edad, el sexo, el género, el nivel educativo, la integridad y envejecimiento del sistema nervioso central, el cociente intelectual previo, los estresores biológicos (comorbilidad, alteraciones de los órganos de los sentidos, dificultades motoras) y psíquicos (depresión y ansiedad), el lugar y el ambiente de la evaluación y, otros condicionantes sociales.

Dicha esfera está compuesta por un componente cognitivo y afectivo de la PM. Para iniciar la valoración se debe partir con una entrevista semiestructurada para recoger antecedentes relevantes y estar atento al aspecto externo y la presentación de la PM, a su nivel de actividad, la capacidad de introspección, la percepción, el pensamiento, su lenguaje, la afectividad y el estado cognitivo.

La valoración cognitiva incluye las siguientes áreas neuropsicológicas: atención, memoria, lenguaje oral y escrito, funciones visuoespaciales, sistemas ejecutivos y capacidades frontales, concentración, cálculo y orientación (46). El evaluar y conocer el grado de deterioro cognitivo de la PM nos permite estimar la calidad de la información que aporta la PM sobre sí mismo y su enfermedad, valorar su capacidad para comprender la información que recibe y permite detectar el nivel cognitivo a lo largo del tiempo.

Se puede complementar la esfera mental con la información otorgada por el cuidador principal de la PM o familiar que lo acompaña, quienes aportan información fundamental acerca de los cambios observados en la situación funcional, cuidado e higiene personal, en el área social y mental como cambios en el carácter y la aparición de trastornos del comportamiento, entre otros.

Algunos instrumentos utilizados para evaluar la esfera mental:

- *Área cognitiva:* Mini Mental Modificado para la población chilena (60), Mini Mental Abreviado y Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (del informante) – Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer.
- *Área Afectiva:* Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 preguntas (61).

La VGI es una herramienta de valoración versátil y está asociada a las competencias de nivel asistencial respectivo, por lo que se puede adaptar al nivel de profundidad y tipo de información requerida en la entrevista.

Es importante destacar que se deben evaluar todos los aspectos de riesgos identificados en cada una de las esferas y cómo se retroalimentan entre sí; por ejemplo: cómo los aspectos médicos influyen en los aspectos social y, los aspectos sociales influyen en lo funcional.

Rol de la enfermera/o en la VGI: APS

La Orientación Técnica para la Atención en Salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria (2014), aprobada por la resolución exenta N° 92, de 2014, del Ministerio de Salud, destaca los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: “centrados en la persona”, involucran la “integralidad de la atención” y “la continuidad del cuidado”. Dichos aspectos se relacionan directamente con el enfoque de la VGI revisado anteriormente, sobre considerar las necesidades, los intereses y las expectativas de la PM, su familia o cuidador. También, el respeto de sus derechos, el involucrar los niveles de prevención (con énfasis en la promoción), los sistemas asistenciales (primario, secundario y terciario) y de cuidados (CEDIAM y ELEAM), permitiendo así la continuidad de la atención de la persona y mantener o mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

En la APS el inicio del proceso de atención de una PM es a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que, contribuye a la pesquisa oportuna de los factores de riesgo, problemas de salud y pérdida de la funcionalidad. Este proceso, denominado “Valoración Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor en Atención Primaria”, es «el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales de la PM, mediante una evaluación clínica, mental, social y funcional, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente»(62).

El EMPAM considera la valoración de las esferas de la VGI en la PM; incluye la evaluación de la salud integral y la funcionalidad de la PM e identifica y controla los factores de riesgo, permitiendo clasificar a la PM como autovalente, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia. Las PM con algún grado de dependencia se les aplica el índice de Barthel y se les clasifica según el grado de dependencia (leve, moderado y total) permitiendo objetivar y cuantificar, el nivel de dependencia, los recursos sociales y familiares para enfrentar tal situación. A partir de la particularidad de la PM y su diagnóstico funcional, se organizan los recursos humanos y materiales para realizar las intervenciones necesarias.

Para la realización del EMPAM en la APS, además de contar con un profesional debidamente capacitado en la VGI, es necesario y fundamental considerar el tiempo requerido para dicha prestación (que tiene un rendimiento de una hora). Por otro lado, la aplicación de los instrumentos requiere de condiciones óptimas para una adecuada evaluación y comunicación con la PM y/o su cuidador, en los casos que sea necesario.

Rol de la enfermera/o en la VGI: Atención intrahospitalaria

La atención intrahospitalaria de una PM debe estar enfocada en evitar o disminuir el riesgo del deterioro funcional, discapacidad y/o dependencia como consecuencia de las condiciones biomédicas que justifican la hospitalización y los efectos de la hospitalización misma en cuanto factor de desfuncionalización en sí. Sin embargo, estos conceptos pueden ser desconocidos por gran parte de los equipos de salud que mantienen un modelo con enfoque biomédico centrado en la recuperación del cuadro médico que originó el ingreso, sin considerar los efectos negativos que produce la hospitalización en la PM y su entorno (63).

Debido al aumento de consultas de PM a los servicios hospitalarios, existe una necesidad creciente de contar con equipos de salud preparados para abordar a esta población con un enfoque multidimensional y con un trabajo interdisciplinario. Es fundamental identificar a las PM frágiles y diseñar planes de cuidados que tengan una continuidad y seguimiento en los distintos niveles de atención.

Uno de los dispositivos que se ha propuesto formar a nivel intrahospitalario son las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) que, constituyen un nivel asistencial de la geriatría inserto en un hospital de alta complejidad. La orientación de la UGA es la recuperación de la condición aguda, la prevención de la dependencia y la recuperación funcional inicial de las PM frágiles, utilizando como herramienta básica la VGI para la toma de decisiones sobre la salud de la PM y prevenir complicaciones producto de la hospitalización y el encamamiento (64).

El abordaje del Modelo de Atención Geriátrica Integral en las UGA utiliza la VGI al ingreso, durante la hospitalización y previo al egreso realizado por el equipo de atención; lo que permite un plan terapéutico interdisciplinario que considere desde el primer día la preparación del alta de la PM. Es decir, el enfoque del equipo es recuperar la máxima funcionalidad de la PM para que pueda volver a realizar sus actividades de la vida, reincorporándose a su vida familiar y comunitaria. Además, este enfoque permite disminuir los días de hospitalización y los re-ingresos hospitalarios (63).

Rol de la enfermera/o en la VGI: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)

El documento de “Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, Protocolos SENAMA 2019” es una contribución al marco regulatorio de los ELEAM (65) y establece los lineamientos de la atención integral hacia las PM que residen en estas instituciones.

Los ELEAM tienen como objetivo «buscar mejorar la calidad de vida de las PM con dependencia física o psíquica moderada o severa, a través de un ambiente protegido y cuidados diferenciados, que permitan prevenir y mantener la salud, mantener y estimular la funcionalidad, además del refuerzo constante de las capacidades remanentes» (65).

A partir de lo anterior, para alcanzar este gran objetivo es fundamental la realización de la VGI a todas las PM que ingresan a los ELEAM, considerando los siguientes principios básicos definidos en la elaboración de los protocolos:

- Enfoque de derechos.
- Cultura de no utilización de sujeción física y farmacológica.
- La residencia es un hogar para la PM.
- Los protocolos son un apoyo.
- Debe existir flexibilidad ante la realidad territorial.

- Respetar la singularidad y autonomía de la PM.
- La atención es integral.
- Las PM son protagonistas.

La VGI que se realiza a las PM que ingresan a un ELEM consta de una primera parte que se denomina “evaluación de ingreso” y su propósito es “pesquisar aspectos críticos” que el equipo de atención debe conocer. Dicha evaluación debe ser realizada por la enfermera/o quién complementará la información con la ficha de postulación al establecimiento, además debe ser completada dentro de las primeras 24 horas de permanencia de la PM. Posteriormente, dentro de las 2 semanas desde el ingreso se incorporará la evaluación de instrumentos por el profesional más idóneo en las esferas o dimensiones de la VGI (65).

Cabe destacar la importancia que tiene el incorporar a la VGI las observaciones que realiza el personal técnico y asistente, pues son quienes brindan la atención directa a las PM o residentes. Nunca se debe olvidar que debe existir una comunicación directa y clara con la PM, quién es parte central en este proceso.

Consideraciones finales

La utilización de la VGI otorga una serie de beneficios para la PM, su familia y cuidador/a: mejorar la precisión diagnóstica (orienta a un diagnóstico cuádruple), planifica cuidados adecuados y previene complicaciones. Es importante destacar que para el logro de estos beneficios debe existir una continuidad de los cuidados, un seguimiento y evaluación periódica de éstos y, asegurar una transición coordinada entre los diferentes niveles asistenciales: APS, atención especializada, hospitales de agudos, centros socio sanitarios o ELEM(66).

Ideas centrales

- La VGI es un proceso dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la PM, de su cuidador, familia y entorno, considerando la evaluación de cuatro dimensiones o esferas: clínica, funcional, mental y social.
- Las dimensiones o esferas de la VGI configuran la imagen de la PM e interactúan entre sí; es decir, cada cambio que ocurre en una dimensión o esfera repercute en las demás.
- La dimensión funcional es el punto central de la evaluación geriátrica.
- Es fundamental la participación de un equipo interdisciplinario que funcione de manera coordinada, considere las particularidades de cada disciplina y tenga en cuenta su objetivo común: que la PM logre su mayor funcionalidad.
- La VGI es un instrumento que se puede utilizar en todos los niveles socio sanitarios donde se encuentre la PM.

REFERENCIAS

- [1]. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/1>. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- [2]. OMS. INFORME MUNDIAL DE ENVEJECIMIENTO 2015 [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- [3]. Pontificia Universidad Católica de Chile, Condeza AR, Bastías G, Pontificia Universidad Católica de Chile, Valdivia G, Pontificia Universidad Católica de Chile, et al. Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. Cuadernos.info. 2016;(38):85-104.
- [4]. Es necesario la interdisciplinariedad para la atención gerontologica [Internet]. [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger152d.pdf>
- [5]. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA MAYOR HOSPITALIZADO | Lector mejorado de Elsevier [Internet]. [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019301154?token=0E4B2ACB6B8EA747D3CB3E8AEE3424404179848D9E271DFF3111B5D2106BA5CC096544F5E05EB39AF36F52AF94104409&originRegion=us-east-1&originCreation=20210709121427>
- [6]. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 17 de mayo de 2016;33(2):311.
- [7]. Abades Porcel M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos. diciembre de 2007;18(4): 18-22.
- [8]. CSP26/27 - Informe de la reunión de los Ministros de salud y de Medio Ambiente de las Américas (MSMAA) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/csp2627-informe-reunion-ministros-salud-medio-ambiente-americas-msmaa>
- [9]. Envejecimiento_Positivo.pdf [Internet]. [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
- [10]. Garcia, Torres. Temas de Enfermería Gerontológica. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 1999.
- [11]. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1993. Editor Anzola Pérez, E. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica.
- [12]. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2002. "Documento técnico N° 1: Competencias de la Enfermera en las Residencias de Ancianos" [Internet]. [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <http://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/COMPETENCIAS.pdf>
- [13]. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Glob [Internet]. junio de 2010 [citado 9 de julio de 2021];(19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- [14]. Unigarro Gutiérrez MA. Un modelo educativo crítico con enfoque de competencias [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2017 [citado 11 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/dotr/article/view/1833>
- [15]. Vernet Aguiló F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos. junio de 2007;18(2): 24-30.
- [16]. Rosalinda Alfaro Le fevre. El pensamiento crítico de enfermería, un enfoque para la práctica. España; 2011.
- [17]. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M, Valverde Sánchez M del M. Valoración enfermera geriátri-

ca: Un modelo de registro en residencias de ancianos. Gerokomos [Internet]. junio de 2007 [citado 9 de julio de 2021];18(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- [18]. Castillo AB, Bassols CS. Cap. 5- Enfermería geronto-geriátrica: concepto, principios y campo de actuación. En: Temas de enfermería gerontológica, 1999, ISBN 84-605-9668-0, págs 101-113 [Internet]. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 1999 [citado 9 de julio de 2021]. p. 101-113. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7662547>
- [19]. Mastrapa YE. De la enfermera general a la enfermera geriátrica. Revista Cubana de Enfermería, Vol. 32, N°4; 2016.
- [20]. López Díaz AL. Cuidando al adulto y al anciano. Aquichan. 2009; 1-5.
- [21]. Leiton ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enferm Univ. 29 de julio de 2016;13(3): 139-41.
- [22]. Bellido J, Lendínez F. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera Ed. 2010. 217 p.
- [23]. Arteaga-Hernandez M, Segovia-Diaz de León M, Pérez-Rodríguez M, Cruz-Ortiz M. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. 2015;23: 17-26.
- [24]. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2002. Proyecto N.I.PE Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Capítulo 4: Metodología aplicable a las normas de NE IG. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
- [25]. Álvarez-Bolaños E. Diagnósticos Enfermeros prevalentes en pacientes mayores con úlceras por presión: estudio transversal. 2019; 23.
- [26]. Alvarado A, Salazar Á. Adaptation to chronic benign pain in elderly adults. Invest Educ Enferm. 2015;33(1): 138-47.
- [27]. Blanco Enríquez FE, Caro Castillo CV, Gómez Ramírez OJ, Cortaza Ramírez L. José, una mirada al ser: análisis de una narrativa de enfermería de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy. Ene. 2019;13(1):13110.
- [28]. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cuba Enferm. 2015; 31 3.
- [29]. RNAO. Cuidados centrados en la persona y familia. Investén ISCIII. 2015; 115.
- [30]. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica para la atención de salud de las Personas Adultas Mayores en la Atención Primaria de Salud. Vol. 1. 2015.
- [31]. Gersch, C., Heimgartner, N., Rebar, C., Willis, L. Enfermería Medicoquirúrgica (Colección Lippincott Enfermería). 2017, 4ª edición, ISBN 9788416781607. Editorial WOLTERS KLUWER.
- [32]. Alfaro-Le Fevre, R., Aplicación del Proceso Enfermero 2011. Pp.3). 2014.
- [33]. QUARESMA, Adrieli; XAVIER, Daiani Modernel; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual [Nurses' clinical reasoning: a Dual Process Theory approach] [Razonamiento clínico del enfermero: un enfoque según la Teoría del Proceso Dual]>. Acesso em: 08 out. 2021. /reuerj.2019.37862.ISSN 0104-3552. v 27:e37862,.
- [34]. Fertelli TK, Tuncay FO. The Effect of Peer Assessment Method on the Perception of Nursing Diagnosis and Academic Self-Efficacy in Nursing Process Teaching. International Journal of Caring Sciences. 2020, volume 13, Issue 2, Page 812. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_1_ferteli_original_13_2.pdf
- [35]. Hinkle y Cheever - 2018 - Brunner y Suddarth enfermería medicoquirúrgica. Vo.pdf [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/BRUNNER%20Y%20SUDDARTH%20ENFERMERIA%20MEDICOQUIRURGICA%E2%80%9A%20%20Vols./9788417370350>

- [36]. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. Capítulo 1: perspectiva general del proceso enfermero, el razonamiento clínico y la práctica enfermera en la actualidad. 2014 [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/APLICACION%20DEL%20PROCESO%20ENFERMERO%E2%80%9A%20Fundamento%20del%20razonamiento%20cl%C3%ADnico/9788415840763>
- [37]. Ramós Garzón X. Reflexiones sobre el proceso de Enfermería. Desafío para estudiantes, docentes y profesionales de la práctica clínica. *Metas de Enfermería* jul/ago 2017; 20(6): 75-78. [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81110/reflexiones-sobre-el-proceso-de-enfermeria-desafio-para-estudiantes-docentes-y-profesionales-de-la-practica-clinica/>
- [38]. Oliveira SM de, Fernandes WAA de B, Fernandes M das GM. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos distúrbios do sono em idosos em serviço geriátrico. *Enferm Bras.* 27 de octubre de 2020;19(4): 280-9.
- [39]. Elsevier. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración [Internet]. Elsevier Connect. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion-2>.
- [40]. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 - 1st Edition [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2018-2020/kamitsuru/978-84-9113-449-7>.
- [41]. Rodríguez JRR, Tabares VZ, Jiménez ES, López RS. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. 2014; 9(1): 8.
- [42]. Caballero García JC, Benítez Rivero J. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Majadahonda, Madrid: Ergon; 2011.
- [43]. INTERDISCIPLINARIEDAD: DESAFÍO PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y LA INVESTIGACIÓN. Luna Azul [Internet]. 12 de septiembre de 2010 [citado 7 de septiembre de 2021];(31). Disponible en: <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=576>
- [44]. MANUAL DE GERIATRÍA PARA MÉDICOS, 2019 [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
- [45]. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
- [46]. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711002459>
- [47]. Aguilar, S. & Hernández, C. (2014). Evaluación geriátrica global. *El Manual Moderno*. 3a. Ed., Mexico; 2019. pp. 34.
- [48]. Pérez, N., Mateos del Nozal, J. Valoración Geriátrica Integral. *Manual del Residente de Geriatria Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Madrid; 2011. (pp. 15-23).
- [49]. Marín, P.P., Barnett, C. & Borzutzky, A. Evaluación del paciente geriátrico. En Marín, P.P (Ed.). *Manual de Geriatria y Gerontología*. 3a. Ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.; 2006. [63-75] p.
- [50]. Recomendaciones GRADE [Internet]. #CuidémonosEntreTodos. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/hipertension-arterial-primaria-o-esencial-en-personas-de-15-anos-y-mas/recomendaciones/>
- [51]. Morales, F., Martínez, A. & Hernández, P. Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias en el anciano. En *Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores*. En Barcelona, España: Elsevier; 2015. p. pp. 24.

- [52]. María del Carmen García Peña , Luis Miguel Gutiérrez Robledo y Victoria Arango Lopera. Geriatria para el médico familiar. Editorial-El-Manual-Moderno; 2021.
- [53]. María Victoria García López, Catalina Rodríguez Ponce, Angela María Toronjo Gómez. Enfermería del anciano. 2008; 71-91.
- [54]. María Victoria García López, Catalina Rodríguez Ponce, Angela María Toronjo Gómez. Valoración geriátrica. Difus Av Enferm. 2008;
- [55]. Andrés A, Acuña B, Olivares S. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2014;25: 674-86.
- [56]. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X13001388>
- [57]. Lera L, Sánchez H, Ángel B, Albala C. Mini Nutritional Assessment short-form: Validation in five Latin American cities. SABE study. J Nutr Health Aging. octubre de 2016;20(8): 797-805.
- [58]. Soler PA. Medicina geriátrica: Una aproximación basada en problemas. Elsevier Health Sciences; 2020. 338 p.
- [59]. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Médica Chile. mayo de 2009;137(5): 657-65.
- [60]. Quiroga L P, Albala B C, Klaasen P G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev Médica Chile. abril de 2004;132(4): 467-78.
- [61]. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Aten Primaria. 1 de diciembre de 2015;47(10): 616-25.
- [62]. Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. 2014. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- [63]. Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos [Internet]. 2018. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>
- [64]. La valoración geriátrica como indicador de calidad asistencial en un hospital de agudos [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538210704258>
- [65]. Libro_Estandares_de_Calidad_ELEAM_2019_FINAL.pdf [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Libro_Estandares_de_Calidad_ELEAM_2019.
- [66]. Orientación técnica para la atención de salud en la atención primaria [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAYOR.pdf.

PARTE 2. GESTIÓN DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA RED DE SALUD

En esta parte del manual se abordará la gestión del cuidado de enfermería según el nivel asistencial en que se encuentre la persona mayor, considerando las 4 áreas del rol y las esferas de la VGI.

Incluye los siguientes capítulos:

- **Capítulo 5. Gestión del cuidado de las PM y su entorno directo en el nivel primario de atención**
- **Capítulo 6. Gestión del cuidado de las PM y su entorno directo en el nivel secundario de atención**
- **Capítulo 7. Gestión del cuidado de las PM y su entorno directo en el nivel terciario de atención.**

CAPÍTULO 5. GESTIÓN DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES Y SU ENTORNO DIRECTO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

La APS se caracteriza por mantener un enfoque de atención integral de salud familiar y comunitaria, el cual considera tres principios fundamentales que sustentan su accionar: atención centrada en los usuarios, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

El objetivo del modelo de la APS es que los miembros del equipo de salud consideren al sujeto de cuidado como un todo, es decir, no solo centrarse en las eventuales necesidades de salud, sino que también abordar la atención asumiendo que el sujeto cumple un rol dentro de la familia y es parte de una comunidad donde desempeña un rol social.

Mantener esta mirada facilita la identificación de las problemáticas reales o potenciales que podrían afectar el proceso salud/enfermedad de una persona y su familia. Planificar y concretar intervenciones que se ajusten a la realidad de cada PM es la clave para generar verdaderos cambios en salud. Para esto la APS utiliza diversas herramientas que buscan el bienestar de la salud, potenciando –a diferencia de los otros niveles asistenciales en salud– ámbitos como la promoción y la prevención de enfermedad (1).

La enfermería que se desarrolla actualmente en la APS es el producto de los múltiples cambios que se han suscitado a nivel nacional e internacional sobre el concepto de salud en los últimos años. Torres, Dandicourt y Cabrera describen que «Dichos profesionales han tenido una actitud consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como Promotor del desarrollo humano...» (2). Lo anterior, genera cuidados de salud a partir de la reestructuración de la forma en la que vivimos nuestra propia salud, generando nuevos valores que repercuten de forma positiva en el mejoramiento de la salud de las personas.

La APS representa el primer nivel de contacto de las personas, familias y comunidades con los sistemas sanitarios del sistema público de salud en Chile. En este contexto, el rol principal del profesional de enfermería está vinculado directamente con la gestión del cuidado, definida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados (3). Estos cuidados se caracterizan por ser oportunos, seguros e integrales, asegurando de esta manera la continuidad de la atención de forma planificada. El proceso considera la gestión de los recursos disponibles, fijando metas y objetivos terapéuticos que sean acorde a lo que el usuario necesita, en coexistencia con lo que el equipo de salud sugiere (4).

El profesional de enfermería en la APS puede desempeñarse en cualquiera de los establecimientos que constituyen el nivel primario de salud en el país, teniendo en cada uno distintas funciones y roles asociados. En la APS el proceso de enfermería se lleva a cabo durante las prestaciones de salud que se realizan al usuario y su familia, tanto en el centro de salud como en aquellas atenciones que sean realizadas en el domicilio.

Cuidados de enfermería en la APS según establecimientos y áreas del rol

Centro de Salud Familiar (CESFAM) y Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)

Los CESFAM son centros creados para una población estimada de 30 mil personas y en ellos se realizan atenciones para toda la población a lo largo del curso de vida, acompañando a la familia en el proceso de salud y enfermedad, con un enfoque promocional y preventivo (5). El profesional de enfermería es el encargado de realizar diversas prestaciones en salud, tanto en el propio CESFAM como

en el domicilio de la persona.

Por su parte, en los CECOSF se realizan prestaciones similares a un CESFAM, pero están pensados para satisfacer las necesidades de salud de una menor cantidad de usuarios, estimada en 5 mil usuarios (5). El rol del profesional de enfermería en los CECOSF está muy relacionado a lo que realizan los enfermero/as en los CESFAM.

A continuación, la Tabla 5.1 presenta las orientaciones sobre los cuidados de enfermería según las áreas del rol de los CESFAM y CECOSF:

TABLA 5.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APS SEGÚN ÁREAS DEL ROL: CESFAM Y CECOSF

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN	
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de reuniones de sector donde se trabaja la salud familiar como pilar fundamental del trabajo del equipo de salud. • Gestionar las atenciones de las PM en el centro de salud y en el domicilio, según las necesidades de cada persona. • Supervisar permanentemente al equipo de enfermería, en la aplicación de las normativas y orientaciones vigentes de MINSAL para la atención de PM en este nivel asistencial. • Supervisar la administración de las vacunas según la normativa vigente y, asegurar su correcto almacenamiento y la mantención de la cadena de frío. • Gestionar el proceso de vacunación del PNI: planificar, ejecutar y rendir cuenta de los resultados al MINSAL y a los Servicios de Salud.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar las atenciones de salud de las PM de acuerdo a los programas de salud del CESFAM y/o CECOSF. • Realizar atenciones preventivas en salud (tales como el EMPAM aplicando conceptos de la VGI), utilizando instrumentos de medición tales como: el EFAM, índice de Barthel para la clasificación de dependencia en las PM, escala Mini Mental para la evaluación cognitiva, escala de depresión geriátrica Yesavage. • Con la información resultante de la valoración antes mencionada, generar un plan integral de intervención que, mediante una adecuada coordinación permita trabajar en forma interdisciplinaria en las problemáticas individuales y familiares que sean identificadas en el control. • Realizar visitas domiciliarias asociadas al programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, a personas pertenecientes al programa de cuidados paliativos o que requieran la valoración en terreno de un profesional de enfermería. • Realizar procedimientos de enfermería en el centro de salud y en el domicilio, tales como: curaciones avanzadas, fleboclisis, cateterismo, administración de medicamentos, oxigenoterapia..
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar docencia a alumnos de enfermería y TENS que estén cursando prácticas clínicas en el centro de salud. • Realizar consejerías individuales y familiares en box o en el domicilio, según las problemáticas detectadas. • Realizar educación en salud a la comunidad, promoviendo estilos de vida saludables, envejecimiento activo y mantención de funcionalidad, como en clubes de PM, centros de madres, juntas de vecinos. • Realizar educación en salud centrado en la mejora de los cuidados de la persona a cuidadores/as domiciliarios/as de personas con dependencia severa y/o limitaciones de funcionalidad y, a nivel de los ELEM del territorio de la institución.

INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Realizar y/o participar activamente de las instancias de investigación que puedan surgir en el centro de salud o desde algún organismo externo al centro, con el objetivo de mejorar continuamente los cuidados de salud dirigidos a las PM y contribuir al desarrollo de la disciplina.
----------------------	--

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (6).

Posta de salud rural

De acuerdo a lo definido en el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por decreto N° 140, de 24 de septiembre de 2004, del Ministerio de Salud (7), las postas rurales de salud son establecimientos de atención ambulatoria que desarrollan acciones de fomento y protección, ejecutan actividades curativas de bajo nivel de complejidad y derivan a establecimientos de mayor complejidad las situaciones que no pueden atender con sus medios. La posta rural está a cargo de un auxiliar paramédico permanente, capacitado para desempeñarse en estas funciones y que actúa bajo la supervisión de un equipo profesional de salud (7).

El profesional de enfermería o su equipo realizan atenciones de salud a la población rural, las que principalmente se centran en acciones de fomento y protección de salud, promoción y trabajo comunitario. Al mismo tiempo, se realizan atenciones de salud y la derivación a otros niveles asistenciales de ser necesario (5).

En este contexto y asociado al proceso de atención (5), el profesional de enfermería desarrolla principalmente las áreas del rol: asistencial, educación y gestión. A continuación, la Tabla 5.2 presenta las orientaciones sobre los cuidados de enfermería según las áreas del rol en postas rurales.

TABLA 5.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APS: POSTA RURAL SEGÚN ÁREAS DEL ROL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN AREA DEL ROL - POSTA SALUD RURAL	
GESTIÓN	<p>A lo anteriormente señalado a propósito del rol del profesional de enfermería en los CESFAM y CECOSF, se suma:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniones con el equipo de encargados de la red asistencial. Monitorizar la población en riesgo para comprobar el cumplimiento de las recomendaciones de prevención y tratamiento. Planificar las rondas rurales. Recopilar, organizar y consolidar información estadística asociada a la población de referencia y los resultados de las atenciones realizadas.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar rondas rurales junto a los equipos definidos. Fomentar la salud de la comunidad a través del fomento de estilos de vida saludables. Determinar el apoyo de la familia, amigos y comunidad a conductas que induzcan a la promoción de la salud. Monitorizar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas. Realizar atenciones de salud según las necesidades de la comunidad. Intervenir en aquellos problemas considerando los recursos disponibles en insumos, personal y las capacidades de su propia población . Colaborar en el desarrollo de programas comunitarios para enfrentar los riesgos conocidos y propios de la comunidad. Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de los estilos de vida saludables.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Identificar problemáticas (esfera física, social, mental) asociadas a la población de referencia y las potenciales habilidades de la misma para abordarlas. Apoyar de manera continua al/la cuidador/a principal. Identificar el nivel educacional de la población a cargo para planificar el nivel de las capacitaciones. Educar a la población sobre autocuidado, medidas de prevención y control de enfermedades. Desarrollar materiales educativos escritos para la adecuada comprensión de la comunidad. Utilizar medios audiovisuales y tecnologías informáticas para la enseñanza a distancia. Realizar capacitación continua al personal de enfermería (existen postas rurales atendidas exclusivamente por un Técnico de Enfermería de Nivel Superior (TENS)) sobre: manejo de urgencias, procedimientos de enfermería según el nivel asistencial y, actualización en normativas y programas ministeriales.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (8).

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)

Los SAPU atienden urgencias de menor complejidad, en particular aquellas atenciones de urgencia que no cumplen los criterios de gravedad para ser llevados a un servicio de urgencias del nivel terciario. Son el primer contacto de atención de urgencia de la población y trabajan en coordinación con las unidades de emergencia hospitalaria (5).

Los SAR son dispositivos similares a los SAPU, pero ofrecen una mayor resolutiveidad. Entregan atención de urgencia con una mayor capacidad de atención y resolución, ya que cuentan con servicios complementarios tales como: toma de muestra y laboratorio clínico, imagenología y unidades de apoyo diagnóstico. A su vez, estos centros cuentan con una mayor dotación de personal respecto de un SAPU (9).

A continuación, la Tabla 5.3 presenta las orientaciones sobre los cuidados de enfermería según las áreas del rol en los SAPU y en los SAR del país.

TABLA 5.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APS SEGÚN ÁREAS DEL ROL: SAPU Y SAR

ÁREA	CUIDADOS
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinar y facilitar el traslado de la PM desde el SAPU/SAR hasta el servicio de urgencia del nivel terciario correspondiente. ▸ Mantener el correcto equipamiento del carro de paro (medicamentos, insumos y equipos), durante el turno. ▸ Supervisar la labor de los equipos técnicos de enfermería en la atención directa de la PM. ▸ Supervisar permanente del equipo de enfermería, en la aplicación de las normativas y orientaciones vigentes del MINSAL para la atención de PM en este nivel asistencial. ▸ Realizar la notificación de los accidentes corto punzantes y de otros tipos de accidentes laborales que ocurra al personal. ▸ Coordinar el ingreso de PM acorde a normativas de gendarmería, personas institucionalizadas, que requieran coordinación con el intersector.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar y supervisar la VGI de las PM que consultan. ▸ Categorizar según condición clínica. ▸ Realizar procedimientos de enfermería tales como: curaciones avanzadas, fleboclisis, cateterismo, toma de electrocardiograma. ▸ Administrar vacunas según normativa vigente, además de asegurar el correcto almacenamiento y mantención de la cadena de frío.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar activamente en la identificación de temáticas que pudiesen ser abordadas en capacitaciones para los equipo de salud y personal adosado al SAPU-SAR. ▸ Realizar capacitaciones al equipo de salud y personal asociado, programadas o incidentales, cuando se identifique alguna falencia en el proceso de atención o en el desempeño de la función. ▸ Realizar docencia a estudiantes de enfermería y TENS que realizan sus prácticas clínicas en el centro de salud.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Dependerá de las instancias de investigación que se presenten y la posibilidad de participar según carga asistencial.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (9).

Consideraciones finales

Independiente del establecimiento del nivel primario de atención en el que se desempeñe el profesional de enfermería, todas las intervenciones deben estar dirigidas a desarrollar, potenciar y aplicar el Modelo de Salud Familiar centrado en las necesidades de las personas. En este contexto, fortalecer el rol del/la enfermero/a en el análisis, discusión y desarrollo de la situación de salud de las PM presentes en su población de referencia y, detectando los grupos vulnerables o frágiles y sus factores de riesgo. Esto permite conocer en profundidad la dinámica particular de cada PM y cómo esta se enmarca en un sistema familiar y comunitario.

Lo anterior contribuye a visibilizar aspectos de un grupo etario con problemáticas y necesidades particulares, la detección de las necesidades educativas y, la elaboración de intervenciones cercanas y pertinentes, centradas en los recursos propios o la capacidad intrínseca de cada PM y en las características de su red de apoyo directo.

Por último, en el nivel primario de atención de salud adquiere un especial significado el trabajo interdisciplinario, la incorporación del rol profesional de la enfermería y un enfoque en los determinantes sociales de la salud. Esto permite ofrecer una atención de salud más cercana, accesible, preventiva y promotora de derecho, actuando como asesor y consultor en materia de salud de las PM, las familias y las comunidades.

Ideas centrales

- La AP, representa el primer nivel de contacto de las personas, familias y comunidad con los sistemas sanitarios del sistema público de salud en Chile. En este contexto, el rol principal del/la profesional de enfermería está vinculado directamente con la gestión del cuidado.
- Los CESFAM son centros creados para una población estimada de 30 mil personas y donde se realizan atenciones a toda la población a lo largo del curso de vida, acompañando a la familia en el proceso de salud y enfermedad, con un enfoque promocional y preventivo; diferenciándose de los CECOFs por su población asignada que se estima en 5 mil usuarios.
- Las postas rurales de salud son establecimientos de atención ambulatoria, que desarrollan acciones de fomento y protección, ejecutan actividades curativas de bajo nivel de complejidad y derivan a establecimientos de mayor complejidad las situaciones que no pueden atender con sus medios.
- Los servicios primarios de urgencia (SAPU y SAR) atienden urgencias de menor complejidad, en particular aquellas atenciones de urgencia que no cumplen los criterios de gravedad para ser llevados a un servicio de urgencias del nivel terciario. Los SAR tienen mayor capacidad de atención y resolución que los SAPU, ya que cuentan con servicios adicionales tales como: toma de muestras, imagenología y telemedicina.
- El desafío está en evolucionar desde una atención esencialmente clínica de las PM, a ser garantes y promotores de una salud autónoma, familiar y comunitaria en las PM, fomentando la colaboración interdisciplinaria e intersectorial en la gestión de los cuidados de salud de este grupo de la población.

CAPÍTULO 6. GESTIÓN DEL CUIDADO DE LAS PM Y SU ENTORNO DIRECTO EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN

El nivel secundario de atención de salud corresponde a la atención ambulatoria de especialidad y, se ubica como un nivel resolutivo intermedio entre la APS y la atención cerrada de los hospitales. Según el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N°, aprobado por decreto N° 140, de 24 de septiembre de 2004, del Ministerio de Salud, este nivel de atención se desarrolla en dos tipos de establecimientos: Centros de Referencia de Salud (CRS) y Los Centros de Diagnóstico y Terapéutico (CDT) (3).

Cuidados de enfermería en el nivel secundario según establecimientos y áreas del rol

Centros de referencia de salud (CRS)

Los CRS son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a personas referidas por los centros de APS. Se crean en aquellos lugares en que es necesario aumentar la capacidad resolutiva del nivel secundario de atención ambulatoria, con el objetivo de solucionar problemas de salud de la población de ese nivel de atención (3).

Los CRS realizan acciones correspondientes a especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía, además de especialidades de alta demanda ambulatoria, tales como: dermatología, oftalmología, fisiatría, cirugía infantil, otorrinolaringología, neurología, odontología u otras que el Director del Servicio de Salud respectivo estime necesarias para satisfacer la demanda de salud de la población beneficiaria. Cuentan con unidades de apoyo para la entrega de las prestaciones de las distintas especialidades (3).

Centros de diagnóstico y terapéutico (CDT)

Los CDT son establecimientos de atención abierta de alta complejidad adosados a hospitales que atienden en forma ambulatoria preferentemente a personas referidas por los CRS y los Centros de APS y, a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual están adosados. Estos Centros cuentan al menos con pabellones y/o salas de procedimientos para las diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja.

La cartera de servicios de estos establecimientos se pueden clasificar en cuatro líneas de intervención: actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos. Estos centros de atención ambulatoria de especialidades son establecimientos de alta producción de productos intermedios y finales como consultas de especialidad médica, consultas de otros profesionales, exámenes y procedimientos de mayor complejidad y de cirugía ambulatoria menor y mayor (3).

A continuación, la Tabla 6.1 presenta orientaciones sobre los cuidados de enfermería según áreas del rol los CDT y CRS del país.

TABLA 6.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CDT-CRS SEGÚN ÁREAS DEL ROL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREA DEL ROL: NIVEL SECUNDARIO CDT-CRS	
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar y publicar periódicamente la distribución de funciones de enfermeras/os y TENS a cargo. ▸ Supervisar y aplicar pautas de cotejo de procedimientos, según necesidades del servicio. ▸ Actualizar los manuales, protocolos e instructivos de procedimientos de enfermería del centro. ▸ Supervisar la preparación del box de consulta médica y procedimientos. ▸ Determinar las necesidades del centro a cargo y realizar periódicamente el pedido de insumos en formato institucional. ▸ Determinar stock mínimo de insumos para el box de consultas y la sala de procedimientos, llevando un registro escrito de esto. ▸ Determinar brechas de equipamiento y mobiliario que requiera el servicio clínico para el año próximo y enviarlo por escrito a la jefatura directa. ▸ Gestionar la lista de espera de prestaciones relacionadas al centro o servicio. ▸ En conjunto con el área de satisfacción usuaria, realizar el análisis semestral de los reclamos y felicitaciones y, desarrollar un plan asociado de intervención y mejora. ▸ Coordinar con unidades de apoyo y otros servicios clínicos la resolución a los requerimientos del usuario y derivar las consulta que no están en su ámbito de responsabilidad. ▸ Coordinar el ingreso de la PM acorde a normativas de gendarmería, personas institucionalizadas, que requieran coordinación con el intersector.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Velar por el cumplimiento de las normativas de calidad e IAAS de la Unidad, de manera individual y transversal. ▸ Realizar contrarreferencia asistida entre profesionales de enfermería de especialidad y el equipo de enfermería de atención primaria, con el fin de mantener la continuidad de cuidados de la población usuaria. ▸ Realizar la atención de enfermería en sala o enlace; que corresponde a la atención otorgada por el/la profesional enfermero/a de la atención ambulatoria de especialidad y en las unidades de hospitalizados o urgencias, con el fin de contactar, evaluar o realizar seguimiento a un paciente y coordinar en conjunto con el/la enfermero/a de la unidad la intervención de enfermería y el plan de cuidado correspondiente. ▸ Efectuar la consulta nueva o control de enfermero/a, que corresponde a la atención otorgada a los usuarios que lo requieran en el nivel secundario de atención para gestionar su cuidado, tanto en el fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Comprende actividades tales como: valoración, diagnóstico, determinación del plan de acción, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. ▸ Realizar procedimientos e intervenciones de enfermería según lo establecido en el protocolo local de cada centro o servicio.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar al usuario y su familia cuando lo requiera, sobre cuidados de enfermería de su patología y/o tratamiento. ▸ Realizar la inducción a los alumnos del centro, dejando registro firmado en la hoja formato tipo institucional. ▸ Realizar preevaluación en pauta del centro formador en la mitad del internado o práctica. ▸ Identificar las necesidades de aprendizaje del personal y planificar un plan de capacitación anual. ▸ Capacitar al personal de acuerdo a la planificación realizada.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Dependerá de las instancias de investigación que se presenten y la de posibilidad de participar según la carga asistencial.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (9).

Consideraciones finales

En el nivel secundario se observa la aplicación del rol de enfermería en sus distintas áreas. En particular destacan las áreas asistenciales, donde existen algunos polos de desarrollo más especializados y, la gestión; por lo cual adquiere importancia la capacidad del profesional de enfermería en cuanto agente promotor de la atención continua.

Este nivel de atención en muchas oportunidades resulta ser la puerta de entrada a la atención terciaria. Al mismo tiempo, si existe una oferta bien gestionada de atenciones en el CDT o CRS asociado, representa un apoyo al hospital adosado. Al igual que en la APS, el desafío está en evolucionar desde una atención esencialmente clínica, a ser garantes y promotores de una salud autónoma, familiar y comunitaria en las PM.

Ideas centrales

- El nivel secundario de atención de salud corresponde a la atención ambulatoria de especialidad y, se ubica como un nivel resolutivo intermedio entre la APS y la atención cerrada de los hospitales.
- Según el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud, este nivel de atención se desarrolla en dos tipos de establecimientos: CRS y CDT.
- Los CRS son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a personas referidas por los centros de APS.
- Los CDT son establecimientos de atención abierta de alta complejidad adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a personas referidas por los CRS, Centros de APS y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual están adosados. Estos centros cuentan al menos con pabellones para las diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja.

CAPÍTULO 7. GESTIÓN DEL CUIDADO DE LAS PM Y SU ENTORNO DIRECTO EN EL NIVEL TERCIARIO DE ATENCIÓN

La base histórica de la atención sanitaria a las PM en el ámbito hospitalario data de la época medieval. Los monasterios servían de lugares donde se asilaban personas muy enfermas y mayores en busca de buenos cuidados y alimentación, un estilo de cuidados especiales. Posteriormente, entre los años 1597 y 1602 se promulgó en el Reino Unido la “Poor Law”, cuyo objetivo era prevenir la vagancia y la pobreza en las calles, proveyendo lugares de asilo también a quienes estaban severa y/o crónicamente enfermos, huérfanos o personas solas (10).

Actualmente en Chile, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N° 140 del 07 de marzo del 2005, este nivel de atención se desarrolla en el hospital. El hospital es un establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y, colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Dentro del ámbito de su competencia, otorgará las prestaciones de salud que el Director del Servicio de Salud le asigne de acuerdo con las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, la complejidad del establecimiento y el mapa de la Red de su territorio (3). Asimismo, el hospital debe propender al fomento de la investigación científica y, al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Es responsabilidad del hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de sus funcionarios y, la difusión de la experiencia adquirida y del conocimiento acumulado (3).

En general, las PM hospitalizadas con patologías médicas o quirúrgicas aguda presentan una alta incidencia de deterioro funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a los pocos días de ingresar (10). El origen del deterioro funcional durante un proceso de hospitalización es multidimensional, influyendo factores como la reserva fisiológica de la persona, los estados de inflamación crónica de bajo grado, la enfermedad que motiva el ingreso y el proceso de atención hospitalaria durante éste (10).

Como predictores de deterioro funcional se han señalado: la edad avanzada, el sexo femenino, la situación funcional previa, el deterioro cognitivo, el delirium, el diagnóstico médico, la experiencia vivida en la hospitalización y la institucionalización previa (10).

El deterioro funcional como consecuencia de una hospitalización tiene consecuencias para la PM (derivadas de la pérdida de independencia y del riesgo de institucionalización), para el cuidador (por la consiguiente sobrecarga de cuidar a una persona previamente independiente) y, para el sistema de salud (ante la prolongación de los días de estada, la necesidad de rehabilitación, el uso de otros sistemas de atención y el aumento del costo sanitario) (11).

Unidades de emergencia: Una de las puertas de entrada a la atención hospitalaria

La UEH es una unidad de atención ambulatoria, de tránsito, donde se realiza el proceso de atención de paciente, considerando los subprocesos clínicos de selección de demanda, diagnósticos y tratamiento, y los subprocesos no clínicos de soporte administrativo. Esta unidad debe resolver todas las atenciones de urgencia y emergencia, definida como cualquier consulta espontánea o derivada que llega a dicha unidad. El proceso de atención finaliza sólo cuando el médico da resolución del problema de urgencia, definiendo la salida de este proceso como alta

El Sistema Público de Salud de Chile otorga la atención de urgencia bajo tres principios fundamentales (12):

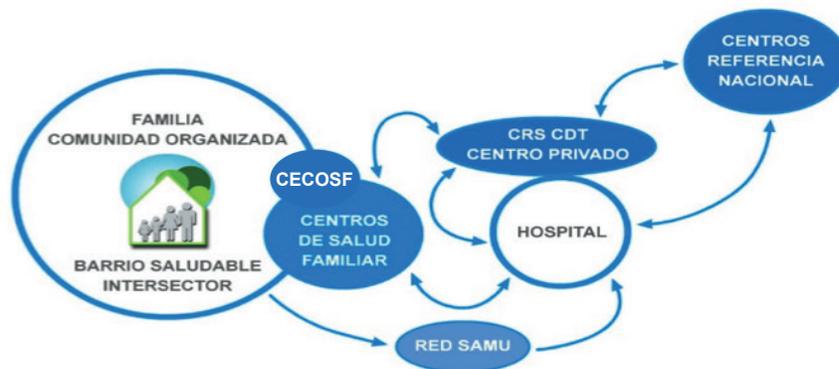
- La respuesta sanitaria se organiza según nivel de complejidad de la intervención.
- El sistema da respuesta continua, 24 horas y los 7 días de la semana.
- El sistema asegura el cumplimiento de las garantías establecidas en la Ley N° 19.966 (AUGE) en todo lo relacionado a la patología de urgencia (12).

Estos principios se operacionalizan en el Modelo de Gestión de Red que consta de dos componentes:

- Las unidades de urgencia y emergencia hospitalaria, cualquiera sea su nivel de complejidad (SAPU, SAR, Servicio de Urgencia en Hospital o Clínica).
- El sistema de atención pre hospitalario.

Estos dos componentes funcionan articuladamente generando mecanismos de comunicación y derivación, entregando un acceso expedito y oportuno a todos los usuarios (Figura 7.1).

FIGURA 7.1. MODELO DE GESTIÓN DE RED



Fuente: Elaboración propia en base a (12).

En Chile existen distintos centros que componen la red de urgencias que, se diferencian según el nivel de complejidad de las atenciones que resuelven (12).

- **Servicio de APS en Urgencias (SAPU):** otorga atención de urgencia de baja complejidad. Entre sus objetivos se encuentran: aumentar la capacidad resolutive del nivel primario; aumentar la cobertura de atención del centros de atención primaria; mejorar la accesibilidad a la atención médica; disminuir las consultas de urgencia en los niveles superiores (hospitales); disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia y; disminuir costos por traslados (12).
- **Servicio de Alta Resolución (SAR):** otorga atención de urgencia y derivación de pacientes graves y de aquellos que requieren hospitalización en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH). Tiene una mayor capacidad resolutive que el SAPU e incorpora telemedicina, unidades de apoyo diagnóstico (radiología simple, en algunos casos ultrasonido) y pruebas rápidas de laboratorio.
- **Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU):** otorga atención prehospitalaria de urgencias en el lugar del evento y durante el traslado del paciente a las unidades de emergencia hospitalaria.
- **Servicios de Urgencia (SU):** Los Servicios de Urgencia o Unidades de Emergencia hospitalarias (UEH) son servicios clínicos del hospital, de atención ambulatoria, de tránsito, donde se realiza el proceso de la atención del paciente, considerando los subprocesos clínicos de selección de la demanda, diagnósticos, y tratamiento y los subprocesos no clínicos

de soporte administrativo. Esta unidad debe resolver todas las atenciones clínicas de urgencia y emergencia, definida como cualquier consulta espontánea o derivada que llega a dicha unidad situándose en un lugar visible y de acceso directo. El proceso de atención de urgencia finaliza sólo cuando el médico da resolución al problema definiendo la salida de este, como egreso del proceso.

A continuación, la Tabla 7.1 presenta orientaciones sobre los cuidados de enfermería según áreas del rol en los dispositivos de atención de urgencia antes señalados.

TABLA 7.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA SEGÚN ÁREAS DEL ROL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREA DEL ROL: SERVICIOS DE URGENCIA	
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar las gestiones para la ejecución del plan de cuidados de enfermería gestionar los recursos físicos –herramientas, insumos, programas de telemedicina, sistema online de resultados de laboratorio, etc.– y humanos –profesionales del Sistema Nacional de Servicios de Salud– para brindar una atención de salud oportuna, resolutive, efectiva, digna y de calidad a los usuarios. ▸ Complementando con la resolución médica. ▸ Dar prioridad a las PM considerando la categorización por condición clínica. ▸ Finalizada la atención de urgencia, para el resguardo de la continuidad en la atención, recomendar a la PM realizar la conexión con el intersector y; enlazar para un posterior control con su Centro de APS (público o privado). ▸ Coordinar con el intersector en caso de ser necesario. ▸ Evaluar constantemente la aplicación del Ciclo de Deming¹, tanto del espacio físico y del proceso de atención.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar a la PM, aplicando el instrumento de categorización de acuerdo con protocolo nacional. ▸ Ahondar en una buena historia clínica con paciencia y obtener una mirada biopsicosocial de la PM, colocando especial cuidado en: <ol style="list-style-type: none"> a) Motivo de consulta (tener una visión integrativa del estado de salud de la PM). b) Presencia de enfermedades crónicas. c) Tratamiento farmacológico y no farmacológico habitual y; adherencia al tratamiento. d) Grado de dependencia (si corresponde). e) Uso de automedicación (respetando en todo momento creencias). f) Presencia de redes de apoyo (cuidador o familia presente). g) Examen físico desde cefálico a caudal. Este debe ser rápido, eficaz y detallado, con especial énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Capacidad funcional, fundamentalmente en las esferas física y mental. ▸ En PM institucionalizadas o con dependencia severa, evaluar la presencia de lesiones por presión. ▸ Signos sugerentes de maltrato o negligencia en el cuidado. ▸ Consideraciones para el control de signos vitales y antropometría en la PM: cuando se mide presión arterial, el manguito debe estar de acuerdo con el diámetro del brazo de la PM. ▸ Evaluar el estado nutricional (en particular su peso), lo que será un importante indicador para la prescripción de algunos tratamientos y evaluar la condición de la PM.

1. Ciclo de Deming: metodología utilizada para mejorar problemas y ejecutar sistemas de mejora continua, su nombre se relaciona con unos de sus principales exponentes (13).

	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas PM acuden las unidades de urgencia y emergencia por una descompensación de sus condiciones crónicas, por lo que el profesional de enfermería debe realizar una intervención educativa breve y efectiva considerando: conocimientos previos del usuario, la epicrisis médica y el plan de cuidados de enfermería post alta, reforzando: <ul style="list-style-type: none"> a. Importancia de la adherencia a los tratamientos de base. b. Signos y síntomas de descompensación de sus condiciones crónicas . c. En el contexto actual de pandemia por COVID-19, reforzar las medidas de prevención y manejo del contagio, además de la identificación precoz de signos y síntomas sugerentes de la enfermedad. • Entregar información de contacto: teléfonos disponibles, horarios de atención, correo electrónico institucional y todos los canales de información oficiales que tenga el servicio. • Enlazar con su Centro de APS (público o privado) para continuar el cuidado de su salud. • Durante todo el proceso de solicitud y entrega de información será crucial incluir a familiares, personas significativas y/o cuidadores de la PM. • Realizar capacitaciones al equipo de salud y personal asociado, programadas o incidentales, cuando se identifique alguna falencia en el proceso de atención o en el desempeño de la función. • Realizar docencia a estudiantes de enfermería y TENS que realizan prácticas clínicas en la urgencia. • Participar activamente en la identificación de temáticas que pudiesen ser abordadas en la capacitación al equipo de salud y personal adosado a la urgencia.
<p>INVESTIGACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependerá de las instancias de investigación que se presenten y la posibilidad de participar. • Se sugiere investigar sobre calidad, seguridad, proceso de urgencia, las patologías más prevalentes, las mejoras en el cuidado específico para la PM, la importancia de la humanización en el cuidado, más aún en servicio de urgencia y, por sobre todo, de la efectividad de las intervenciones educativas a nivel local, comunal y nacional sobre el funcionamiento de las prestaciones de salud en los servicios de urgencias.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (12), (14).

Debido a las distintas complejidades de estos centros y a las atenciones que otorgan, un desafío permanente para los equipos de salud es que la población sepa acudir al centro de urgencia adecuado, según su condición de salud y gravedad. Lo anterior, permite hacer un uso eficiente de los niveles asistenciales y evita la saturación de los servicios de urgencia (principalmente hospitalarios); recintos a los que las personas mayormente concurren, independientemente de si su estado es o no de riesgo vital.

Atención hospitalaria: Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)

La UGA se representa como un polo de demostración que promueve un modelo de atención integral e integrado a las PM. Una vez resuelta la condición aguda, la unidad procura la correcta inserción de la PM en el nivel asistencial o dispositivo que requiera para asegurar la continuidad de los cuidados de la PM. Para esto la UGA debe estar coordinada con las otras unidades y servicios del hospital donde esté inserta, así como con los dispositivos de otros niveles asistenciales, (15).

El año 2018 se publica la Orientación Técnica de Atención integral para PM frágiles en UGA (15), documento dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales de alta complejidad, donde están insertas las UGA. Al mismo tiempo, esta orientación técnica busca aportar información referencial sobre los requerimientos de recursos y los flujos administrativos en la implementación de las UGA a los gestores y encargados administrativos de las instituciones de salud.

El factor diferenciador del Modelo de Atención Geriátrica Integral en la red de las UGA es la reducción de los días de hospitalización de las PM y, a través de un abordaje interdisciplinario, la disminución del impacto de las posibles alteraciones funcionales asociadas a la condición aguda de enfermedad y la hospitalización per se (15).

Este modelo requiere del trabajo interdisciplinario de profesionales para detectar oportunamente los compromisos funcionales exacerbados por el o los cuadros agudos en curso y; explorar también en la esfera física, mental y social. Como resultado de esta evaluación, se obtiene el plan terapéutico interdisciplinario de intervención para la PM frágil que ingresa a la unidad.

Este modelo pregoniza el modelo de atención en red, en especial con la APS, el nivel de especialidad u otro nivel de atención cerrada (por ejemplo, UPC). Lo anterior, incluso una vez que la persona es dada de alta mediante la implementación de programas específicos que aseguren y promuevan un sistema de cuidados continuo e integrado de corresponsabilidad entre los profesionales, la familia y comunidad (16).

Cuidados de enfermería según áreas del rol para PM que se encuentran hospitalizadas en las Unidades Geriátrica de Agudos u otra unidad funcional.

El/la profesional de enfermería es responsable de la gestión del cuidado que se centra en la continuidad de los cuidados, basado en la coordinación de servicios y recursos para las personas y sus familias; lo que asegura y facilita el logro de los resultados, los costos clínicos, la calidad de la atención y; una intervención en los puntos claves para que cada persona afronte y resuelva sus problemas (17).

El rol de el/la enfermero/a responsable de la gestión de los cuidados, consiste en apoyar al personal que otorga los cuidados. Es responsable de realizar el monitoreo de la PM, identificando sus necesidades desde el ingreso con el fin de ir preparando el alta de manera paulatina y anticipatoria, estableciendo una relación de ayuda con la familia y/o principal cuidador, favoreciendo la continuidad del cuidado y el seguimiento posalta. Además, debe incorporar acciones de referencia y contrarreferencia, un conocimiento acabado del territorio y una comunicación permanente con todos los niveles asistenciales.

En las siguientes tablas se presentan orientaciones sobre los cuidados de enfermería relacionados con el desempeño del/la profesional de enfermería clínico que se desempeña en una UGA. Se consideran los perfiles de enfermero/a gestor de casos y enfermero/a clínico. Para facilitar la revisión, se presentan los cuidados de enfermería respecto del ingreso, durante la hospitalización y al egreso de

la PM de la UGA. Por último, se mencionan los cuidados de fin de vida asociados.

TABLA 7.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UGA SEGÚN ÁREAS DEL ROL: GESTOR/A DE CASOS

ÁREA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinar con la unidad de gestión de camas, (ingresos, egresos y disponibilidad). ▸ Coordinar y asegurar el funcionamiento de la unidad (solicitud de horas, exámenes e interconsultas). ▸ Participar en la coordinación de traslados de otras instituciones y la aceptación de ingresos para resguardar el cumplimiento de los criterios definidos para la unidad. ▸ Apoyar en la preparación y coordinación del alta de la PM. ▸ Informar las altas y enviar oportunamente la información en coordinación con la red socio sanitaria. ▸ Realizar la gestión de los casos, el seguimiento telefónico precoz posalta y favorecer la continuidad de los cuidados de salud. ▸ Registrar el nombre y teléfono del cuidador principal (apoderado) y entregarle información clara del funcionamiento de la unidad, protocolos, horarios y firmas de consentimientos.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar periódicamente en visitas de enfermería (que puede ser en la entrega de turno); ésta debe ser en la sala donde se encuentran las unidades de las PM hospitalizadas, según la normativa interna y la condición clínica. ▸ Participar en visita multidisciplinaria y la evaluación de la VGI. ▸ Participar durante el ingreso de la PM en la entrevista con la familia y/o el principal cuidador para conocer las necesidades educativas de éstos en relación al cuidado de la PM y planificar un programa educativo individualizado.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Dependerá de las instancias de investigación que se presenten y la posibilidad de participar. ▸ Los proyectos de investigación deben estar orientados a demostrar la importancia de instaurar cuidados diferenciados para las PM en las unidades clínicas especializadas para dicho fin. Se recomienda mostrar los resultados obtenidos en términos de disminución de días de hospitalización, recuperación de capacidad funcional, entre otros.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar a la PM y a su principal cuidador, sobre los cuidados específicos de su condición de salud, con énfasis en la importancia de la continuidad del cuidado en el nivel primario y en el domicilio. ▸ Participar activamente en la identificación de temáticas que pudiesen ser abordadas en las capacitaciones de los equipos de salud y del personal adosado a la UGA. ▸ Realizar capacitaciones al equipo de salud y personal asociado, programada o incidentales, cuando se identifique alguna falencia en el proceso de atención o en el desempeño de la función. ▸ Realizar docencia a estudiantes de enfermería y TENS que realicen prácticas clínicas en la UGA.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (16),(18),(19).

La Tabla 7.3 presenta recomendaciones para el profesional de enfermería que se desempeña como enfermero/a clínico en una UGA al momento del ingreso de la PM:

TABLA 7.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UGA: ENFERMERO/A CLÍNICO/A (SEGÚN ESFERAS DE LA VGI)

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el ingreso de enfermería considerando: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de salud, médicos y quirúrgicos; - Tratamiento farmacológico de uso habitual: nombre, dosis y horarios; - CESFAM de referencia, adherencia a controles de salud y carnet, en lo posible; - Información contenida en el último EMPAM, en especial el resultado del último EFAM o índice de Barthel aplicado en APS; - Adherencia al tratamiento médico no farmacológico y farmacológico; - Vacunas recibidas y; - Si retira y consume los productos del programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM). • Realizar la entrevista y el examen físico considerando el estado de conciencia cualitativo y cuantitativo, signos vitales, IMC, estado de la piel y fanéreos, deambulaci3n y postura. • Valorar la capacidad de la PM de satisfacer aut3nomaente sus necesidades de alimentaci3n (salud bucal), eliminaci3n, deambulaci3n, actividad, sueño y descanso y, termorregulaci3n. • Valorar el riesgo de desarrollar lesiones por presi3n, utilizando escalas como Braden o Norton. • Elaborar planes de enfermería individualizados con énfasis en la protecci3n del estado basal de la PM. • Identificar la presencia de síndromes geriátricos. • Realizar y actualizar diariamente los diagn3sticos de enfermería, priorizando los que tienen alcance terapéutico en la unidad.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la utilizaci3n de ayudas técnicas, cómo y cuándo las utiliza, uso de lentes, audífonos y/o prótesis dental. • Valorar la capacidad de la PM de satisfacer aut3nomaente sus necesidades de vestir y desvestirse, actividad y recreaci3n, higiene corporal y protecci3n de la piel, evitar los daños del entorno y, evitar dañar a los demás. • Aplicar Índice de Barthel, si corresponde. • Valorar el riesgo de caídas utilizando escalas como Time up go y Downton.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir antecedentes sobre el comportamiento cognitivo de día y noche, considerando los cambios en los últimos meses o días. • Valorar la capacidad de la PM de satisfacer aut3nomaente sus necesidades de comunicaci3n, de expresar sus emociones, de participar en actividades recreativas, de pertenecer a un grupo y, de cultivar sus creencias o valores personales. • Valorar su dependencia a un familiar u objeto significativo y que, pueda ser útil y/o terapéuticamente favorable para la PM durante el proceso de hospitalizaci3n. • Identificar factores predisponentes para desarrollar el síndrome confusional agudo (aplicar escala CAM). • Coordinar con enfermero/a gestor/a de casos y con APS de los resultados de los test: minimental, Folstein, Pfeiffer, con una antigüedad de al menos 15 días previos al ingreso. • Aplicar la escala de depresi3n geriátrica de Yesavage.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la caracterizaci3n socioeconómica familiar, si es que no lo realizó el trabajador social • Valorar de forma coordinada y colaborativa con el/la trabajador/a social del equipo la existencia de apoyo social, familiar, organizacional y comunitario. • Valorar la estructura y dinámica familiar. • Valorar la participaci3n social de la persona mayor. • Valorar la sobrecarga del cuidador/a en caso de dependencia.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (16),(18),(19).

La Tabla 7.4 presenta recomendaciones de cuidados para el/la enfermero/a clínico/a en una UGA durante la hospitalización:

TABLA 7.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UGA: ENFERMERO/A CLÍNICO/A:

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar de forma continua las necesidades de las PM y de sus cuidadores: se debe observar el vínculo familiar, signos de apego y/o maltrato. ▸ Evaluar en el examen físico el estado de conciencia cualitativo y cuantitativo, signos vitales, IMC, estado de la piel y fanéreos, deambulación y postura. ▸ Valorar la capacidad de la PM de satisfacer autónomamente sus necesidades de alimentación, eliminación, deambulación, actividad, sueño y descanso, termorregulación. ▸ Valorar el riesgo de desarrollar lesiones por presión, utilizando escalas como Braden o Norton. ▸ Realizar cuidados de enfermería personalizados y humanizados a la PM y su familia, de acuerdo con el modelo de atención geriátrica integral establecido en su institución y orientado a disminuir los riesgos asociados al proceso de hospitalización. ▸ Realizar registro completo, considerando los días de hospitalización y días de antibióticos, inicio de algún tratamiento nuevo y sus efectos, tolerancia al régimen, tolerancia a la rehabilitación motora, realización de procedimientos, descripción de curación y sus avances (si corresponde), patrón de eliminación, comportamiento frente a familiares y de estos con la PM. ▸ Supervisar la ingesta de agua, administración correcta de laxantes y horarios prescritos para mantener un adecuado patrón eliminatorio. ▸ Planificar actividades para el equipo de enfermería, según particularidades de la PM, en base al resultado de la valoración al ingreso. ▸ Supervisar el cumplimiento del plan de atención de enfermería derivado del diagnóstico, tratamiento médico y evaluación de enfermería de las PM bajo su cuidado. ▸ Supervisar el cumplimiento de las normas definidas para los procedimientos de enfermería. ▸ Evaluar y gestionar las necesidades clínicas y administrativas de las PM hospitalizadas en la unidad. ▸ Coordinar permanentemente con otros servicios clínicos y de apoyo para mejorar la oportunidad de atención de las PM.

<p>FUNCIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a la PM y/o familiares: lentes, prótesis dentales, audífonos y alguna ayuda técnica que la PM utilice, favoreciendo siempre una adecuada comunicación y relación de la PM con el entorno. • Fomentar la mantención y/o mejora de la capacidad funcional perdida por el cuadro agudo en curso. • Colaborar en el trabajo de los distintos profesionales del equipo interdisciplinario: Recepción y entrega de turno según protocolo régimen, con énfasis no solo en el avance clínico, sino en el de la rehabilitación. • Enfatizar en la mantención y vigilancia de las ABVD (en un trabajo colaborativo con la o el terapeuta ocupacional del equipo) como, por ejemplo: • Incontinencia funcional: rehabilitación de vejiga a través de técnicas de mejoramiento de piso pélvico, programar por horario ida al baño, facilitación de dispositivos tipo chata, pato o baño portátil si es que no pudiese ir al baño. Si puede, siempre privilegiar el uso del baño, no permitir el uso indiscriminado e inadecuado del pañal, este debe ser el último recurso a considerar. • Educar permanentemente a la PM, familiares y/o cuidador sobre cuidados específicos relacionados con la mantención o mejora de la capacidad funcional. • Incorporar al cuidador y familia en el proceso de atención integral, educando en el apoyo a la realización de ABVD, uso correcto de dispositivos invasivos, manejo de signos y síntomas de alguna patología, entre otras. • Evaluar y registrar cada día los avances o retrocesos, tanto a nivel cognitivo como funcional, estimulando de forma permanente la realización de las ABVD, según la condición clínica de la PM.
<p>MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el riesgo de desarrollar síndrome confusional agudo, utilizando escala CAM. • Si existen problemas para la comunicación verbal, se debe mantener el contacto visual, hablándole lentamente y realizar preguntas que requieren respuestas cortas, con reconocimiento de su frustración, y mostrarle honestamente nuestras limitaciones acerca de la capacidad de comprensión que de él tenemos. • Se recomienda hablar con un volumen de voz de bajo a normal y darle tiempo para responder, haciendo silencios y contacto físico si la comunicación verbal falla; utilizar el “panel de comunicación individualizado”. • Garantizar la luminosidad del ambiente adecuada a la hora del día. • Facilitar que relojes y calendarios se mantengan en el campo de visión de la PM y actualizados. • Incentivar actividades como el jugar a las cartas, leer periódicos, ver programas de televisión apropiados que permitan la orientación de la PM en cuanto al tiempo, espacio y persona. • Orientar de manera repetitiva por parte del personal, presentarse con nombre y cargo. • Llamar a la persona siempre por su nombre, utilizando un tono de voz adecuado. • El lenguaje debe ser sencillo y claro, evitando el exceso de información.
<p>SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el recinto tiene patio y si la PM tiene autorizado salir con familiares, dar las facilidades, ya que fomentan la mejoría de la PM mejorando el estado de ánimo. • Considerar el estado del clima para tomar las precauciones de abrigo. • Propiciar contacto permanente con la familia a través de tecnologías de la comunicación en el caso de que no se pueda dar el contacto presencial. • Propiciar espacios de diversión en la medida que se den las condiciones. Para esto es importante evaluar los riesgos que pueden correr las PM, riesgos de caídas por ejemplo. El equilibrio entre riesgo y emoción es clave en la descarga de adrenalina lo que puede ayudar en el proceso de recuperación.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (16), (18) y (19).

A continuación en la Tabla 7.5, se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería para el momento del alta de la PM de una UGA, dirigidas al profesional de enfermería que se desempeña como enfermero(a) clínico (a).

TABLA 7.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UGA: ENFERMERA(O) CLÍNICA/O SEGÚN ESFERAS DE LA VGI

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ El egreso debe ser coordinado y preparado con tiempo. Dentro de este proceso se considera la elaboración de un documento que contemple: <ul style="list-style-type: none"> a. Datos generales: días de hospitalización, unidad, servicios, traslados. b. Motivo de ingreso y egreso. c. Resumen de los días de estada, realizando énfasis en lo más importante. d. Organización horaria de la terapia farmacológica y no farmacológica. ▸ Supervisar la entrega de los medicamentos necesarios para favorecer la recuperación en el domicilio. ▸ Considerar la edad de la PM y del cuidador ya que en ocasiones también pertenece a este grupo etario, por lo cual las indicaciones se deben entregar de una manera clara, precisa y concisa, abarcando todas las esferas en el que la PM necesita ayuda para mantener su funcionalidad y prevenir declives o cambios desfavorables en éste. ▸ La educación debe ser individual y específica, centrada en la PM y no en su patología. ▸ Entregar pautas, trípticos, fotos, etc. Son de gran ayuda, las que se deben ajustar a la capacidad de entendimiento que tenga el cuidador y/o familia. ▸ Incluir una pauta que incorpore en detalle los cuidados hacia la PM, en cuanto a sus patologías y por sobre todo síndromes geriátricos, manejo y prevención de estos mismos. Este punto también va dirigido si la PM egresa con algún dispositivo invasivo. ▸ Explicar y detallar tratamientos farmacológicos, anotando horarios, dosis, si se pueden administrar con alimentos, ayunas etc. ▸ Registrar la evaluación de la educación. Si hay necesidad de entregar un informe de un cuidado específico, como por ejemplo una curación, redactar un informe de evolución y manejo para ser entregado en APS o asegurarse que vía interna llegue a la APS.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar el impacto de la hospitalización en esta esfera a través de una entrevista, de manera de conocer la percepción del momento. ▸ Coordinar y derivar según la evaluación al ingreso, durante la hospitalización y al egreso de la unidad, con el nivel de atención y profesional competente.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar índice de Barthel si corresponde, para comparar con el de ingreso y tomar las medidas correspondientes al momento de capacitar y reforzar indicaciones. ▸ Realizar resumen de los días de estada, describir estado funcional previo, durante la hospitalización y al egreso, se puede registrar evolución del índice de Barthel, si corresponde. ▸ Detallar el nivel de satisfacción de manera autónoma de las necesidades de alimentación, eliminación, vestir y desvestirse, actividad, descanso y deambulaci3n, mantenimiento de la higiene corporal y protecci3n de la piel, evitar los da1os del entorno y evitar da1ar a los dem1as. ▸ Coordinar valoraci3n con hospitalizaci3n domiciliaria para definir si la PM necesita continuidad de los cuidados en el domicilio.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Indicar actividades sociales, de contacto con la familia en forma progresiva y secuencial. ▸ Indicar actividades de ocio que la PM disfrute, escuchar radio, ver televisi3n, revisar revistas. ▸ Establecer conversaciones con la PM sobre actualidad, mirar o escuchar noticiarios y escuchar sus opiniones al respecto.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (16), (18) y (19).

Cuidados de fin de vida de la persona mayor en las UGA

El modelo de atención en las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) considera un acompañamiento inicial integral a la PM, familia y entorno de apoyo de la persona que requiere cuidados de fin de vida. Esta intervención considera una consejería permanente y breve, de acuerdo a la necesidad de cada grupo familiar, realizada de preferencia por el médico geriatra o internista de la unidad. El equipo multidisciplinario debe estar disponible para contestar dudas e inquietudes en relación al proceso que vive la PM, siguiendo un continuo de la consejería y acompañamiento.

Ideas centrales

- Las PM hospitalizadas, con patologías médicas o quirúrgicas agudas, presentan una alta incidencia de deterioro funcional para la realización de las ABVD a los pocos días de ingresar.
- El deterioro funcional originado como consecuencia de una hospitalización tiene consecuencias para la PM, derivadas de la pérdida de independencia y del riesgo de institucionalización, y también para el cuidador, por la consiguiente sobrecarga de cuidar a una persona previamente independiente.
- La Unidad de Emergencia Hospitalaria es una de las puertas de entrada al nivel terciario de atención. La UEH es una atención ambulatoria.
- En Chile, existen distintos centros que componen la red de urgencias, los cuales se diferencian según el nivel de complejidad de las atenciones que resuelven (SAR, SAPU, SAMU, SU)
- La UGA se representa como un polo de demostración que promueve un modelo de atención integral e integrada a las PM. Una vez resuelta la condición aguda, la unidad procura la correcta inserción de la PM en el nivel asistencial o dispositivo que requiera para dar continuidad a los cuidados que la persona requiera.
- Este modelo pregoniza el modelo de atención en red, en especial con la APS u otro nivel hospitalario, en especial una vez que la persona es dada de alta, con el fin de asegurar y promover los cuidados continuos e integrados, que promuevan sistemas de continuidad de cuidados en la familia y comunidad, con la implementación de programas específicos y la corresponsabilización de los profesionales.

Atención hospitalaria: Unidades de Tratamiento de Accidentes Cerebrovasculares (UTAC)

En Chile, el ACV es una de las principales causas de muerte, con 8.284 defunciones el año 2017 (DEIS 2019). Al revisar la evolución temporal de ACV en el mundo, se observa una disminución significativa en cuanto a la mortalidad por ACV, pasando de una tasa de 59,33 por 100.000 habitantes el año 2007 a 41,37 por 100.000 habitantes el año 2017 (tasas ajustadas por edad y sexo). También es la primera causa específica de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en mayores de 74 años y la quinta entre 60 y 74 años. En Chile, la segunda causa de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares (20).

Reconocimiento e instauración de una clave o código ACV

Todo el proceso se inicia en el primer peldaño que es la identificación temprana de un ACV, realizado generalmente por el profesional de enfermería o por el personal del equipo de enfermería a través de un triage efectivo. Se entiende como triage a la clasificación del estado de salud de la persona en función de los síntomas y signos referidos por la misma persona o de un acompañante (21).

La escala más conocida, de rápido y fácil manejo para el reconocimiento temprano de un ACV con un alto grado de especificidad y sensibilidad corresponde a la Escala de Cincinnati (basada en la escala de NIHSS)². La cual mide tres parámetros (21):

1. **Parálisis facial:** se le pide a la persona que muestre los dientes y sonría; se asigna 1 punto si se observa asimetría facial.²
2. **Paresia de brazos:** se le pide a persona que extienda los brazos, palmas hacia abajo, ojos cerrados; se le asigna 1 punto si el brazo cae o no se mantiene al mismo nivel del otro.
3. **Habla:** se le pide al persona que repita una frase; se le asigna 1 punto en caso de alteración del lenguaje o afasia.

La presencia de uno de estos signos presentes debe hacer sospechar la presencia de ACV en curso con lo cual hay que actuar inmediatamente activando la alerta de ACV (Código ACV) (22).

Cuando se logra reducir el tiempo entre el inicio de síntomas y la activación del código o clave de emergencia neurológica se logra incrementar el número de personas tratadas a tiempo con terapias como trombolisis venosa o con terapia de revascularización intervencional y así mejorar el pronóstico y desenlace del curso de esta enfermedad.

De acuerdo a la evidencia internacional, las intervenciones terapéuticas que tienen mayor impacto clínico en el abordaje terapéutico de las personas con ACV, reduciendo la mortalidad y la discapacidad son: la hospitalización en unidades especializadas (UTAC), trombolisis endovenosa y la trombec-tomía mecánica para el AVC inquémico³.

Independientemente que no existan UTAC con equipos multidisciplinarios expertos en neuro rehabilitación precoz en todos los hospitales de Chile, las intervenciones que se presentan a continuación pueden servir de modelo a los profesionales de enfermería que se enfrentan a este tipo de situaciones.

2. Para acceder a la escala, revisar Guía clínica AUGÉ Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más, MINSAL 2013. Pág 92. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>

3. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Neurol%C3%B3gica-en-la-atenci%C3%B3n-de-las-personas-con-ACV.pdf>

Cuidados de enfermería en las Unidades de Tratamiento de Accidentes Cerebrovasculares (UTAC) según áreas del rol.

El presente capítulo pretende aportar y ser una herramienta útil y eficaz para el trabajo diario del profesional de enfermería y así facilitar la tarea unificando criterios a través de protocolos dirigidos y claros para realizar las distintas acciones de enfermería con bajo índice de variabilidad en la atención de nuestras PM.

A continuación en la Tabla 7.6, se presentan los cuidados de enfermería básicos que se deben instaurar, y de manera simultánea dar aviso al médico a cargo o neurólogo para que se inicie la cadena en el manejo.

TABLA 7.6. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INICIALES PARA UNA PM QUE CURSA UN ACV

CUIDADOS DE ENFERMERÍA INICIALES A UNA PM QUE CURSA UN ACV: SERVICIO DE URGENCIA/ SERVICIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	
ÁREA DEL ROL	INTERVENCIONES
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Gestionar evaluación médica lo antes posible ▸ Activar clave ▸ Coordinar traslado según tratamiento
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Controlar signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, glicemia ▸ Monitorizar con monitor multiparámetro. ▸ Instalar vía venosa periférica, ideal N° 18 y no en brazo parético. ▸ Extraer muestra de sangre venosa para exámenes de coagulación, INR y plaquetas.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (23).

Hospitalización de PM en UTAC

Las UTAC son unidades específicas de cuidados intermedios especializadas en el manejo de personas que cursan un ACV agudo, cuentan con un equipo multidisciplinario que incluye médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y profesionales de enfermería capacitados, los que se desempeñan en un área delimitada del hospital que cuenta con protocolos específicos cuyo fin es optimizar el uso de recursos y el pronóstico funcional y resultados de muerte de las personas atendidas (24). Los criterios de ingreso, de exclusión y de egreso de estas unidades están debidamente protocolizados y se muestran en la Tabla 7.7

TABLA 7.7. CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y EXCLUSIÓN DE LA UTAC

CRITERIO DE INGRESO/EGRESO Y EXCLUSIÓN A UTAC	
INGRESO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Fase aguda (<48 horas evolución). ▸ Déficit neurológico leve o moderado, incluido el AIT. ▸ No hay límite de edad. ▸ HSA, HIC, TVC en fase aguda ▸ ACV post terapia de reperfusión.
EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Daño cerebral irreversible. ▸ Demencia o dependencia previa. ▸ TEC grave agudo. ▸ Indicación de hospitalización en UPC.
EGRESO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Paciente con la fase aguda superada (post 72 horas). ▸ Neurológicamente estable. ▸ En tratamiento médico y rehabilitador. ▸ Familia informada. ▸ Situación clínica desfavorable, sin posibilidad de mejora.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (20).

Cuidados de enfermería en PM con un ACV agudo en UTAC

Los cuidados que se otorgan en estas unidades se clasifican en dos:

- Cuidados dirigidos a personas que recibieron terapias avanzadas.
- Cuidados dirigidos a personas que fueron sometidos a terapias conservadoras.

En ambos grupos los cuidados van a ir orientados en mantener los valores hemodinámicos dentro de parámetros aceptados según tratamiento del ACV, edad y comorbilidades. La diferencia radica en la frecuencia de aplicación de escalas de evaluación neurológica (NIHSS), utilizadas en el grupo de personas que fueron sometidos a trombolisis, las que se realizan sistemáticamente para la detección precoz de complicaciones asociadas al riesgo de sangrado en las primeras 24 horas.

Cuidados de enfermería a PM que reciben tratamiento de trombolisis EV

A continuación en la Tabla 7.8 se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería para PM que reciben tratamiento con trombolisis EV.

TABLA 7.8. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM EN TRATAMIENTO CON TROMBOLISIS ENDOVENOSA EN UTAC

ÁREA	INTERVENCIONES
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinar con los servicios de apoyo (imagenología, laboratorio, farmacia, unidades críticas) para optimizar los tiempos y calidad de la atención. ▸ Elaborar y actualizar protocolos de: <ol style="list-style-type: none"> a. Aumento de déficit neurológico incluyendo compromiso de conciencia. b. Nutrición en PM con trastornos de la deglución. c. Manejo hipotensión, hipertensión. d. Manejo de la hipoglicemia, hiperglicemia. e. Manejo de la hipertermia. f. Manejo hiponatremia. g. Manejo agitación psicomotora. h. Prevenciones de lesiones por presión. i. Prevenciones de caídas.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Preparar y administrar la infusión vía EV, se utiliza rtPA EV (factor activador del plasminógeno y actualmente en algunos centros se está utilizando tenecteplasa) dosis 0,9 mg/Kg de peso (dosis máxima 90 mg), 10% bolo en 2 minutos, el resto de la infusión de manera continua por 1 hora. ▸ Monitorizar con doppler trans craneal durante todo el procedimiento. ▸ Controlar presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación y temperatura: <ol style="list-style-type: none"> a. Cada 15 minutos durante la infusión hasta las dos horas posterior a la infusión. b. Cada 30 minutos de 2 a 8 horas posterior a la infusión. c. Cada 60 minutos de 8 a 24 horas posterior a la infusión. d. Mantener presiones arteriales sobre 185/105 mm/hg las primeras 72 horas. e. Aplicar escala de NIHSS: <ol style="list-style-type: none"> f. Cada 15 minutos, para valorar evolución neurológica. g. Cada 30 minutos de 2 a 8 horas posterior a la infusión. h. Cada 60 minutos de 8 a 24 horas posterior a la infusión. ▸ Mantener reposo absoluto. ▸ Mantener posición de 15 a 30 grados. ▸ Corregir glicemias >200 mg/dl, evitando que sean <140 mg/dl, cada 6 horas. ▸ Mantener infusión continua de solución fisiológica al 0,9% (1500–2000 cc/24 horas). ▸ Detener la infusión en caso de sospecha de sangrado frente a la presencia de las siguientes manifestaciones: cefalea súbita, vómito HTA grave y aumento de NIHSS. ▸ Comprobar signos y síntomas de aumento de la PIC: cambios en signos vitales como pulso respiración, presión, evaluar pupilas, controlar estado neurológico mediante escalas (NIHSS, Glasgow), evaluar presencia de vómitos, cefaleas, cambios conductuales, ambas disponibles en sección de anexos. ▸ Evaluar signos y síntomas de retención urinaria o estreñimiento. ▸ Valorar signos y síntomas neumonía (disnea, aumento frecuencia respiratoria, fiebre, escalofríos, tos, dolor).

ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evitar punciones arteriales, instalación de sondas y otros dispositivos invasivos. ▸ Vigilar que no se administren anticoagulantes ni antiagregantes, ni HBPM, hasta indicación médica y control con TAC para descartar hemorragia cerebral, luego inicio antiagregación y HBPM según protocolo. ▸ Colaborar en la realización del test de deglución cada 12 horas, se recomienda Prueba del Vaso de Agua. ▸ Prevenir lesiones por presión. ▸ Movilizar precozmente.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sobre importancia de la movilización precoz, objetivos de la hospitalización en la unidad y sobre prevenir el riesgo de caídas.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (20), (21),(25).

El control de signos vitales es una actividad frecuente del equipo de enfermería, pero en PM que se encuentran cursando un ACV es considerada una de las principales intervenciones del plan, ya que indican de manera precoz alguna descompensación y/o complicación. Para poder identificar a tiempo las complicaciones es necesario tener una vigilancia activa sobre estos parámetros además de los signos y síntomas que podamos asociar a una descompensación y/o complicación. Frente a las siguientes situaciones es vital guiarse por los protocolos de la unidad y dar aviso inmediatamente al neurólogo de turno.

TABLA 7.9. SITUACIONES VITALES QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA DE LA PERSONA

ENTRE LAS 0-72 HORAS AVISAR AL NEURÓLOGO SI:	
SATURACION O2	Si es bajo 92% administrar oxígeno y avisar.
T° AXILAR >37,5° C	Si es sobre 37,5°C administrar paracetamol oral o EV según protocolo y avisar.
SI PA >185/105 MM HG	Iniciar tratamiento para la hipertensión según protocolo y avisar.
SI PAD <100, SI PAM ES <130 MMHG	Iniciar tratamiento para la hipotensión según protocolo (uso de drogas vasoactivas) y avisar.
SI GLICEMIA >200 O <140 MMHG	Iniciar tratamiento de la hiperglicemia según protocolo y avisar.
AUMENTO EN LA ESCALA NIHSS	Aumento en uno o más puntos dar aviso.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (20),(21).

Cuidados de Enfermería en PM cursando un ACV que reciben tratamiento conservador

Corresponde a los cuidados de enfermería dirigidos a PM que, por distintos motivos fueron excluidos de la terapia trombolítica, ya sea por contraindicación o por un NIHSS muy leve o un NIHSS regresivo rápidamente, lo cual los deja fuera de ser candidatos de esta terapia. En la Tabla 7.10 se presentan recomendaciones para PM que reciben tratamiento conservador en la UTAC.

TABLA 7.10. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PM QUE RECIBEN TRATAMIENTO CONSERVADOR EN UTAC

ÁREA DEL ROL	INTERVENCIONES
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los servicios de apoyo (imagenología, laboratorio, farmacia, unidades críticas) para optimizar los tiempos y calidad de la atención. • Elaborar y actualizar protocolos de: <ol style="list-style-type: none"> a. Aumento de déficit neurológico incluyendo compromiso de conciencia. b. Nutrición en pacientes con trastornos de la deglución. c. Manejo hipotensión, hipertensión. d. Manejo de la hipoglicemia, hiperglicemia. e. Manejo de la hipertermia. f. Manejo hiponatremia. g. Manejo agitación psicomotora. h. Prevención de lesiones por presión. i. Prevención de caídas.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación y temperatura: <ol style="list-style-type: none"> a. Las primeras 24 horas: cada 1 hora, excepto hipo o hipertensión se programará cada 15 min o SOS hasta su estabilización, seguir protocolos. b. Posterior a las 24 horas: P/A: cada 6 horas, inicio de tratamiento según protocolo si PA >185/110 mm/ hg ACV isquémico. Y si PA es >180/110 mm/hg en ACV hemorrágico. c. Temperatura y saturación: cada 6 horas y manejo según protocolo con temperaturas >37.5°C. • Aplicar escala de NIHSS cada 12 horas. • Mantener reposo absoluto, primeras 24 horas, posterior a las 24 horas inicio movilización progresiva, inicio rehabilitación precoz. • Mantener posición cabecera elevada 30-45° para evitar aspiración. • Corregir glicemias >200 mg/dl, evitando que sean <140 mg/dl, cada 6 horas. • Mantener régimen cero, primeras 24 horas, en diabéticos según protocolo. • Mantener infusión continua de solución fisiológica al 0,9% (1500-2000 cc/24 horas). Luego de las 24 horas iniciar alimentación oral según deglución, nivel conciencia, si la PM es diabética importante guiarse por protocolo de nutrición. • Controlar glicemias cada 6 horas con esquema de insulina según protocolo, excepto en caso de hipo o hiperglicemia con control cada 4 horas y manejo según protocolo o cifras >400 mg/dl o <60 mg/dl avisar de inmediato. • Instalar vías venosas evitando brazo parético, evitar sondas y dispositivos invasivos innecesarios para prevenir infecciones. Revisar permeabilidad VVP cada 12 horas. • Colaborar en la realización del test de deglución cada 12 horas, se recomienda Prueba del Vaso de Agua. • Prevenir lesiones por presión. • Movilizar precozmente. • Disminuir riesgos de caídas. • Luego de las primeras 24 horas:

ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Administrar tratamiento: <ol style="list-style-type: none"> a. Antiagregante/anticoagulante en PM con ACV isquémico (suspensión antiagregantes/anticoagulantes en hemorragia cerebral). b. HBPM en dosis profilácticas. c. Atorvastatina 80 mg al día en PM con ACV isquémicos. ▸ Reiniciar tratamiento habitual. ▸ Prevenir complicaciones médicas o neurológicas.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sobre importancia de la movilización precoz, objetivos de la hospitalización en la unidad y sobre prevenir el riesgo de caídas.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (20),(21),(22),(26).

En PM con ACV hemorrágicos, no olvidar que alrededor de un 1/3 de estos casos vuelven a sangrar en las primeras horas, por lo cual, además de compartir los mismos cuidados antes descritos a su ingreso, podrían rápidamente necesitar de intervenciones urgentes; en general, requiriendo el apoyo de neurocirugía y de una cama de unidad de paciente crítico. Este manejo debe estar protocolizado para disminuir los tiempos de acción y así optimizar el resultado y, mejorar el pronóstico de la PM (27).

Complicaciones más frecuentes que se pueden presentar en PM con ACV

A continuación, en la Tabla 7.11 se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería dirigidos a prevenir las complicaciones secundarias a la hospitalización de las PM que ingresan a una UTAC.

TABLA 7.11. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA HOSPITALIZACIÓN DE PM EN UNA UTAC

COMPLICACIONES SISTEMICAS	
COMPLICACIONES	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN
TEP (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Elevar EEII. ▸ Realizar ejercicios pasivos. ▸ Evitar compresión espacios poplíteos. ▸ Hidratar (vía EV). ▸ Realizar compresión neumática o medias compresivas.
COMPLICACIONES CARDIACAS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Monitorizar trazado ECG de manera continua. ▸ Reiniciar tratamiento de base precozmente.
NEUMONÍA Y OTRAS INFECCIONES (ORINA, ESCARAS, FLEBITIS)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar posible aspiración. ▸ Evaluar presencia tos, secreciones. ▸ Evaluar sitio inserción de VVP o central. ▸ Evitar elementos invasivos (vías venosas, catéter urinarios etc.). ▸ Evaluar piel y presencia de heridas.
DESHIDRATACIÓN O HIPERVOLEMIA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar presencia de piel seca y/o fría, oliguria, orina concentrada, sed, calambres, cefalea, alteración de conciencia. ▸ Realizar un estricto balance hídrico, considerando soluciones EV, medicación e ingesta oral, y vigilancia estricta de diuresis (en pañal se recomienda pesarlo), deposiciones.

HIPERGLICEMIA	<ul style="list-style-type: none"> Controlar glicemia en el ingreso y luego por horario según protocolo de manejo.
HEMORRAGIAS	<ul style="list-style-type: none"> Valorar cavidades nasales, orina, encías, en heridas previamente realizadas, o la aparición de hematomas en lugares de golpes o caídas previas. Identificar presencia de taquicardia, hipotensión, agitación u otros cambios en el estado de conciencia.
DELIRIUM	<ul style="list-style-type: none"> Mantener iluminación adecuada luz de día, oscuridad en la noche, evitar ruidos innecesarios, temperatura y ventilación de la sala adecuada, permitir uso de elementos personales para transmitir adecuada seguridad de permanencia, timbre de llamado a mano, mantener un entorno libre, retirar elementos o equipos que puedan poner en riesgo a la PM o provocar una caída. Presentarse siempre antes de hablarle, indicar nombre y cargo, utilizar tono de voz adecuado, permitirle hablar y escucharlo activamente, tener un trato respetuoso, lenguaje simple y claro, no usar diminutivos, valorar necesidad de contacto visual permanente, evitar uso de teléfonos u otros dispositivos que puedan molestar a la PM, no invadir el espacio íntimo sin pedirle su autorización. Promover la orientación: reforzar motivo de ingreso, tiempo de estadía aproximado, recordar día, fecha, hora, evitar traslados en la sala o fuera de ella innecesarios, entregar diarios, revistas, permitir radio o un televisor que permitan actualizarse con noticias que ayuden a su orientación temporal. Favorecer el ciclo del sueño (intentar que no duerma durante el día, revisar las pautas en la administración de medicamentos nocturnos que puedan interferir el sueño, ajustar luces y ruidos en lo posible por la noche). Facilitar el uso de ayudas técnicas que favorezcan la comunicación (audífonos, anteojos). Otorgar un espacio a la familia o persona significativa (la PM se sentirá acompañada, más confiada y tranquila sobre todo en el ingreso, evitar multitud de visitas en la sala para beneficiar el descanso).
COMPLICACIONES POR INMOVILIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Realizar cambios de posición por reloj cada 2-3 horas y evaluar la correcta postura posterior.
DISFAGIA	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un programa de diagnóstico sistemático y el manejo de la disfagia en agudo reduce la ocurrencia de neumonía (grado recomendación A). Colaborar en la realización dentro de las primeras 24-48 horas con una prueba de tamizaje validada (grado recomendación A). La prueba de tamizaje debe ser realizada por fonoaudiólogo, de no contar con el profesional, será realizado por médico o profesional de enfermería debidamente entrenado (grado recomendación B).

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (20),(21).

Para finalizar es importante recordar que la PM hospitalizada en la UTAC, debido a las manifestaciones propias del cuadro, muchas veces no se pueden comunicar con el personal de salud ni con sus familiares o personas significativas, situación que genera mucha angustia. Frente a esto, el profesional de enfermería puede favorecer que exista una comunicación fluida y efectiva. En la Tabla 7.12 se presentan una serie de recomendaciones para favorecer la comunicación entre la PM, el personal de salud y los familiares.

TABLA 7.12. RECOMENDACIONES PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE LA PM, SU ENTORNO DE APOYO Y EL PERSONAL DE SALUD

SITUACIÓN	RECOMENDACIONES
CUANDO INTENTE DECIR ALGO	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas cerradas (que permitan responder con un si/no). • Señalar objetos o lugares. • Realizar gestos. • Usar dibujos, fotos, abecedarios. • Nunca ignorar sus intentos de comunicación. • No hablar en su lugar.
SI NO ENTIENDE QUE LE DECIMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Paciencia (intentar otra estrategia). • Apoyar por la vía visual. • No sirve repetir lo mismo muchas veces. • Evitar ruidos y distracciones mientras se comunican. • No gritar, no está sordo. • Usar frases cortas y sencillas. • Intentar comunicarse cuando esté descansado.
CUANDO SE COMUNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar positivamente en cada intento de comunicación. • No engañarlo con que luego podrá hablar igual que antes. • Si no entendemos decírselo. • Darle tiempo suficiente para responder.
EN LA SALA	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a la PM en las conversaciones y decisiones. • Mirar a los ojos al momento de comunicarse. • No infantilizarlo, tratarlo como adulto. • No insistir en que se comunique con los demás si no lo desea.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (21),(22).

Ideas centrales

- El ACV es la primera causa específica de AVISA ajustados por discapacidad en mayores de 74 años y la quinta entre 60 y 74 años. La segunda causa de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares.
- El proceso de atención se inicia con la identificación temprana de un ACV, realizado generalmente por el profesional de enfermería o por el personal del equipo de enfermería a través de un triage efectivo y activando la alerta de ACV (Código ACV)
- Cuando se logra reducir el tiempo entre el inicio de síntomas y la activación de la clave de emergencia neurológica se logra incrementar el número de personas tratadas a tiempo y así mejorar el pronóstico y desenlace del curso de esta enfermedad.
- Las UTAC son unidades específicas de cuidados intermedios especializadas en el manejo de personas que cursan un ACV agudo, cuentan con un equipo multidisciplinario y, protocolos específicos cuyo fin es optimizar el uso de recursos, el pronóstico funcional y resultados de muerte de las personas atendidas .
- El control de signos vitales es una actividad frecuente del equipo de enfermería, pero en PM que se encuentran cursando un ACV es considerada una de las principales intervenciones del plan, ya que indican de manera precoz alguna descompensación y/o complicación.

Atención Hospitalaria: Unidades de Ortogeriatría

En Chile, de acuerdo a los datos del MINSAL, durante el año 2018 se registraron 7.154 egresos hospitalarios a nivel nacional asociados a fractura de cadera (28). Al realizar una extrapolación de la incidencia existente de fractura de cadera por rango etario, se podría afirmar que para el 2030 existirían unas 20.000 personas con diagnóstico de fractura de cadera al año, asumiendo que el 90% de ellas ocurren en personas de 60 y más años; se estima que al año 2050 existirían más de 20.000 personas con diagnósticos de fractura de cadera solo en la población de 80 y más años (29).

La importancia de este problema de salud radica en las altas cifras de morbilidad y mortalidad asociadas, al número de complicaciones, el gran impacto funcional y a los altos costos sanitarios asociados. Un número importante de PM con fractura de cadera presentan alguna descompensación clínica o de laboratorio al momento del ingreso hospitalario. Sin embargo, la mayoría de ellos se corrigen fácilmente y no deben contraindicar ni retrasar los procedimientos quirúrgicos, considerando que la mortalidad aumenta al diferir la cirugía por más de 72 horas posterior a la fractura. Lo anterior se relaciona, no por la fractura de cadera en sí, si no por complicaciones del sistema respiratorio (neumonía e insuficiencia respiratoria), del sistema cardiovascular (insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio e ictus), sepsis, insuficiencia renal, hemorragias digestivas y trombo embolismo pulmonar, entre otros (29).

Modelo de Atención de Ortogeriatría

El Modelo de Atención de Ortogeriatría (MAO) corresponde a un modelo de atención que se basa en la cooperación entre las especialidades de traumatología, cirugía, anestesia, rehabilitación y de geriatría, donde existe una responsabilidad compartida para la atención oportuna y conjunta de las PM que cursan con una fractura de cadera (FC), otorgando atención integral a la PM desde el ingreso hasta el alta (30).

Existen diferencias de gestión y costos entre el modelo de ortogeriatría y el modelo tradicional de traumatología, las cuales se mencionan a continuación (30):

- Agilización del proceso de hospitalización.
- Reducción de la estancia hospitalaria y disminución de los costos asociados.
- Menor impacto de la hospitalización en la funcionalidad de las PM intervenidas.
- Reducción de complicaciones asociadas al proceso de atención.
- Continuidad del cuidado y articulación con equipos de salud de APS. En el contexto de la “Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)” planteada por la OMS, para continuar el proceso de rehabilitación, visitas domiciliarias, educación a la red de apoyo directo y disminución de riesgos en el hogar.

El manejo efectivo de las PM con FC se traduce en menos complicaciones, lo que ha llevado a la creación de guías clínicas de manejo de personas fracturadas de cadera, las que recomiendan dos tipos de intervenciones complementarias: servicios de ortogeriatría orientados a la recuperación óptima de la funcionalidad y; los servicios de enlace de fracturas (Fracture liaison service) enfocados a la prevención secundaria de fracturas, con seguimiento a dos años, que es el periodo donde más riesgo de eventos adversos se presentan. (Tabla 7.13).

TABLA 7.13. TIPOS DE MODELOS DE ATENCIÓN ORTOGERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS

MODELO DE CUIDADO ORTOGERIÁTRICO	CARACTERÍSTICAS DEL MODELO	IMPACTO EN TASA DE MORTALIDAD	IMPACTO EN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	OTROS RESULTADOS REPORTADOS DEL MODELO
1. Reactivo o modelo tradicional de cuidado	Paciente admitido a cargo de traumatólogo. Evaluación geriátrica según solicitud	Comparado a los modelos de enlace ortogeríátrico y al articulado de cuidado mayores tasas de mortalidad hospitalaria:	Comparado a los modelos de enlace ortogeríátrico y al articulado de cuidado: Aumento del tiempo de hospitalización	Sin otros resultados significativos reportados.
2. Modelo de cuidado de enlace ortogeríátrico	Paciente admitido a cargo de traumatólogo. Evaluaciones geriátricas regulares en el servicio de traumatología con input multidisciplinario sobre los cuidados del paciente.	Comparado al modelo tradicional de cuidado menores tasas de mortalidad hospitalaria:	Comparado al modelo tradicional de cuidado: Menores tiempos de hospitalización	Comparado al modelo tradicional de cuidado: Menor incidencia de delirium Menor tiempo hasta cirugía- Mejoría en el autocuidado del paciente post operatorio, movilidad y síntomas depresivos.
3. Unidad de rehabilitación geriátrica post operatoria	El cuidado postoperatorio es provisto en la unidad de traumatología con traslado precoz postoperatorio a una unidad de rehabilitación geriátrica	Sin hallazgos significativos reportados	Comparado al modelo tradicional de cuidado:	Comparado al modelo tradicional de cuidado: Mayor autonomía en actividades de la vida diaria y movilidad.
4. Modelo de cuidados en co-tratancia	Admisión a una unidad ortopédica dedicada con responsabilidad compartida por el paciente entre traumatólogo y geriatra.	Comparado al modelo tradicional de cuidado menor tasa de mortalidad hospitalaria:	Comparado al modelo tradicional de cuidado: Menor tiempo de hospitalización	Comparado al modelo tradicional de cuidado: Menor tiempo hasta cirugía- Menores tasas de infección postoperatoria y complicaciones en genera.

Fuente: Extraída de (29).

De los modelos mencionados en la tabla anterior, los de enlace ortogeríátrico y de co-tratancia, comparados con el modelo tradicional, han mostrado menores tasas de mortalidad, de tiempo de hospitalización y menores tiempos de ingreso hasta cirugía.

Las Unidades de Ortogeriatría: hacia un modelo transdisciplinar

El éxito de las unidades de ortogeriatría radica en la presencia de protocolos y acciones estandari-

zadas en el manejo de la PM tales como protocolos de curaciones, manejo posicional, trombo profilaxis, entre otros; además del trabajo transdisciplinario en donde cada miembro del equipo de salud aporta desde su propia especialidad en pro del beneficio de la PM (31). Generalmente estos equipos están conformados por geriatras, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos, con un perfil orientado a generar estrategias para disminuir las complicaciones ya sea en el preoperatorio como en el post operatorio, teniendo presente que la gran mayoría de las complicaciones se evitan disminuyendo el tiempo que transcurre entre el ingreso de la PM y la cirugía (32).

Generalmente estos equipos están conformados por geriatras, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos, con un perfil orientado a generar estrategias para disminuir las complicaciones ya sea en el preoperatorio como en el post operatorio, teniendo presente que la gran mayoría de las complicaciones se evitan disminuyendo el tiempo que transcurre entre el ingreso de la PM y la cirugía (32).

Por lo anterior, es fundamental que los profesionales de enfermería tengan conocimientos claros sobre los diagnósticos médicos (tipo de fractura y comorbilidades) y condición clínica de la PM, los exámenes solicitados, realizados y pendientes, así como de su evolución en los días de estada para poder realizar un informe rápido y claro al traumatólogo y al geriatra, y así poder agilizar dichos tiempos.

En general, se puede decir que los objetivos de los cuidados en estas unidades están orientados a:

- Trabajar en conjunto entre especialidades médicas y profesionales (equipo transdisciplinario).
- Elaborar protocolos a fin de estandarizar la atención, sin perder el eje de atención integral de cada PM en base a sus características y necesidades particulares.
- Capacitar constantemente al equipo de salud en temas de ortogeriatría.
- Educar a cuidadores y familiares.
- Garantizar la continuidad de los cuidados a través de seguimientos en controles y derivación efectiva a su centro de APS para seguimiento en la comunidad.

Cuidados de enfermería en ortogeriatría y cirugía según nivel de atención

El manejo de enfermería en este tipo de usuario está inserto dentro de los objetivos terapéuticos desarrollados por un equipo interdisciplinario, para una PM con fractura de cadera y posterior cirugía, con el fin de contribuir a través de su intervención a la recuperación del estado funcional previo a la fractura, tanto desde las ABVD, como de la marcha. Es importante también reducir las complicaciones postquirúrgicas, la mortalidad y posibles reingresos. A continuación en la Tabla 7.14 se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería para una PM con fractura de cadera.

TABLA 7.14. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL ASISTENCIAL EN LA PM CON FRACTURA DE CADERA

ÁREA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar seguimiento a la lista de espera quirúrgica de prótesis de cadera y evaluar posibilidad de realizar rehabilitación. ▸ Gestionar procesos de rehabilitación posterior al alta y sugerir derivación. ▸ Realizar coordinación para rehabilitación integral por medio de equipos interdisciplinarios. ▸ Evaluar la red social de la PM relacionada con domicilio previo al evento de la fractura. ▸ Evaluar la presencia de redes familiares y comunitarias. ▸ Indagar si en el domicilio hay barreras arquitectónicas. ▸ Evaluar posible institucionalización posterior a la cirugía y reinserción comunitaria. ▸ Coordinar con la red primaria a la cual está adscrita. ▸ Realizar controles y seguimientos posterior al alta para continuidad de los cuidados.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar VGI que considere: <ul style="list-style-type: none"> A. Historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Antecedentes médico-quirúrgicos ▸ Tratamiento farmacológico habitual con énfasis en aquellos fármacos que deben ser suspendidos previo a la cirugía y aquellos que pueden tener relación con caída tales como psicofármacos, hipotensores, anti arrítmicos, hipoglucemiantes, diuréticos, etc. ▸ Preguntar por la caída si corresponde: lugar, circunstancias, síntomas, presencia de factores y conductas de riesgo. ▸ Evaluar presencia de adicciones. B. Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar parámetros hemodinámicos, neurológicos, osteomusculares, lesiones cutáneas, evaluación de parámetros nutricionales. ▸ Identificar presencia de síndromes geriátricos. ▸ Interpretar pruebas complementarias relacionadas con la cirugía tales como exámenes de laboratorio, ECG e imagenología (Radiografía extremidad afectada) con el fin de disminuir el tiempo de latencia entre el ingreso y la cirugía. ▸ Evaluar riesgo de lesiones por presión y evaluar uso de colchón anti escaras y otros elementos liberadores de presión. ▸ Evaluar conductas de riesgo de caídas. ▸ Evaluar presencia de alteraciones sensoriales y uso de ayudas técnicas. ▸ Evaluar funcionalidad previa para realizar las ABVD mediante escalas como índice de Barthel y Lawton ya que la evaluación funcional previa es fundamental en el pronóstico funcional tras la cirugía. ▸ Valorar existencia de deterioro cognitivo o demencia previa a través del test Pfeiffer. ▸ Por la alta incidencia de síndrome confusional en PM, se recomienda detección precoz utilizando la escala CAM. ▸ Evaluar alteraciones del ánimo, utilizar escalas tales como Yesavage. ▸ Realizar intervenciones en el post operatorio inmediato: <ol style="list-style-type: none"> a. Vigilar signos y síntomas de alerta a nivel hemodinámico (P/A, PAM, F/R, F/C, saturación, temperatura). b. Evaluar herida operatoria, apósitos y drenajes, calidad y cantidad del exudado. c. Manejar y controlar el dolor, aplicar EVA. d. Realizar cambios de posición según protocolos locales. e. Administrar medicamentos según indicación médica. f. Vigilar el adecuado uso de medias anti trombóticas y/o dispositivos de compresión neumática intermitente. g. Controlar infusión de analgesia vía EV.

<p>ASISTENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> h. Vigilar débito urinario. i. Valorar presencia de globo vesical. j. Proteger zonas de apoyo. k. Valorar orientación temporal, espacial y persona, según protocolos locales. • Realizar intervenciones en el post operatorio mediato: <ul style="list-style-type: none"> a. Vigilar posibles signos de alerta a nivel hemodinámico, respiratorio, neurológico y cardiovascular, con su respectivo manejo. b. Realizar curaciones según técnica aséptica y herida quirúrgica. c. Valorar y controlar el dolor. d. Prevenir lesiones por presión, realizar cambios de posición y manejo postural. e. Facilitar y promover la movilización asistida y precoz de la PM. f. Facilitar y promover la realización de actividades de orientación diaria del usuario como medidas ambientales de prevención del síndrome confusional. g. Facilitar y promover el uso de urinarios y baños según su capacidad y riesgo de caídas. h. Evitar aparición de síndromes geriátricos. i. Facilitar la educación y uso de ayudas técnicas, ya sea tanto las sensoriales (audífonos, lentes ópticos) como las destinadas a mejorar la movilización y marcha (silla de ruedas, bastón, andador). j. Fomentar la autonomía en ABVD durante la hospitalización. • Intervenciones orientadas a la preparación del alta y alta: <ul style="list-style-type: none"> a. Realizar informe dentro de la epicrisis de enfermería respecto a: Herida quirúrgica: estado general de la piel, especificando tipo de curación, drenajes, uso de apósitos bioactivos o interactivos (si corresponde) y frecuencia. Rango de movilidad. Presencia de dolor. Terapia farmacológica y no farmacológica. Grado de satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene) Presencia de signos y síntomas de complicaciones y síndromes geriátricos. b. Especificar fechas de control con traumatólogo y retiro de suturas. c. Realizar entrega de alta con enfoque educativo y lenguaje claro, con énfasis en: Resolver dudas respecto del tratamiento farmacológico indicado al alta. Tratamiento anticoagulante prescrito. Signos de alerta (fiebre, signo de infección de herida quirúrgica, compromiso neurológico, signos de TVP, etc.) Alineación corporal en cama y manejo postural. Acciones orientadas a prevenir síndromes geriátricos d. Asegurar la entrega de exámenes necesarios para control traumatológico (placas radiográficas pre y post operatorias, últimos exámenes de sangre y orina y otros realizados como TAC, etc.).
<p>EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la PM, cuidadores/as y familiares sobre prevención de caídas y reforzar conocimientos respecto a evitar complicaciones post operatorias. • Educar a familiares y cuidadores/as sobre la administración de fármacos, movilización y alineación corporal, así como también modificaciones ambientales destinadas a evitar complicaciones tales como caídas, luxaciones, aflojamiento de material de osteosíntesis, signos de alerta (fiebre, signo de infección de herida quirúrgica, compromiso neurológico, signos de TVP, etc.), prevención de síndromes geriátricos. • Educar en relación a cambios físicos en el ambiente domiciliario para evitar caídas y facilitar la movilización dentro del hogar.

Ideas centrales

- La FC es una patología muy prevalente en las PM.
- La importancia de lo anterior radica en las altas cifras de morbilidad y mortalidad asociadas, como también al número de complicaciones y a los altos costos sanitarios asociados.
- El Modelo de Atención de Ortogeriatría (MAO) corresponde a un modelo de atención que se basa en la cooperación entre las especialidades de traumatología, cirugía, anestesia, rehabilitación y de geriatría, en donde existe una responsabilidad compartida para la atención oportuna y conjunta de las PM que sufren una fractura de cadera (FC), otorgando atención integral a la PM desde el ingreso hasta el alta.
- El éxito de las unidades de ortogeriatría radica en la presencia de protocolos y acciones estandarizadas en el manejo de la PM tales como: protocolos de curaciones, manejo posicional, trombo profilaxis, manejo del dolor, entre otros, además del trabajo transdisciplinario en donde cada miembro del equipo de salud aporta desde su disciplina en beneficio de la PM.

Atención Hospitalaria: Cuidados de enfermería en Personas Mayores con COVID-19

En diciembre de 2019, un grupo de neumonías causadas por un patógeno desconocido se informó por primera vez en Wuhan, una ciudad en la parte central de China. El agente causal de la neumonía, que en un gran número de casos evolucionaba de forma grave con un Síndrome Respiratorio Agudo Severo: era un nuevo coronavirus identificado posteriormente, altamente patógeno, con gran poder de transmisibilidad entre los humanos y se convirtió en corto tiempo en una gran pandemia superando las expectativas al compararla con las pandemias que ha sufrido la humanidad a través de los siglos y que actualmente tiene una mortalidad elevada, sobre todo en pacientes mayores de 60 años y con comorbilidades o enfermedades crónicas no transmisibles asociadas (35). Hasta la fecha, las estadísticas reportan más de 3 millones de infectados en el mundo y las muertes superan ya el medio millón. Se le ha denominado, y así pasará a la historia, como Enfermedad por Coronavirus 2019, con las siglas simplificadas COVID-19 y a la gravedad del cuadro respiratorio que produce como Síndrome Respiratorio Agudo Severo o SARS-CoV-2, por la semejanza reportada con otro nuevo coronavirus que ocasionó la epidemia de 2002 a 2003, también en China, y se le denominó SARS CoV. El virus infectó a 8.098 individuos y causó 774 muertes, con una tasa de letalidad de 10 % (36).

El protagonista principal de la historia es la PM, no el SARS-CoV-2. Las PM tienen mayor mortalidad ante esta infección. Hasta el 15 de abril del 2020 el 66% de fallecidos eran mayores de 60 años, siendo la letalidad en este grupo poblacional de 8,8 mientras que la letalidad general es de 2,2 (37).

Signos y síntomas de COVID-19

Generales: fiebre, tos, astenia, anorexia, disnea, mialgias.

Atípicos en PM o inmunodeprimidas: astenia, disminución del estado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea, hiporexia, delirio confusional y ausencia de fiebre.

Manifestaciones psiquiátricas y neurológicas: ansiedad, depresión, trastornos del sueño, cefaleas, mareos, deterioro del sentido del olfato o el gusto, mialgias, delirio/síndrome confusional, encefalopatías, excitación psicomotora, accidentes cerebrovasculares, lesiones cerebrales isquémicas hipóxicas, convulsiones, coma, meningoencefalitis y síndrome de Guillain Barré. Cabe mencionar que el delirio o síndrome confusional se asocia a un mayor riesgo de muerte.

Delirio como síntoma relevante en PM: se ha evidenciado mayor prevalencia de delirio como síntoma de COVID-19 en PM con fragilidad, por lo cual se sugiere sospechar COVID-19 en PM frágiles con delirio (38).

Síndrome post-COVID-19 o COVID-19 de larga duración: se asocia a un grupo de síntomas crónicos y secuelas de mediano y largo plazo que presentan las personas que cursaron COVID-19 como: astenia, mialgia, disnea, cefalea, síntomas de trastorno por estrés postraumático, dolor, cambio de la voz, tos, disfagia, angustia, trastornos del ánimo, dificultad para concentrarse, alteraciones de la memoria e incontinencia, deterioro en la calidad de vida y dificultades para la realización de ABVD (38), (39).

Actividades de prevención según niveles: primario-secundario-terciario

A continuación, en la Tabla 7.15, se plantea un resumen de actividades asociadas a los distintos niveles de prevención. Cabe destacar que, en todas las actividades que se realicen, siempre se deben resguardar los derechos, aspectos éticos y cuidados humanizados de la PM, independiente de la condición en la que se encuentre, donde la edad cronológica no debe ser criterio independiente para la toma de decisiones clínicas.

TABLA 7.15. ACTIVIDADES TRANSVERSALES POR NIVEL DE PREVENCIÓN EN PM QUE CURSAN CON COVID-19

NIVEL	ACTIVIDADES
PRIMARIO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Incorporar la telesalud como estrategia de educación, gestión de casos, tratamiento, seguimiento y rehabilitación. ▸ Facilitar la vinculación familiar y con redes sociales mediante estrategias de comunicación pertinentes durante el distanciamiento físico. ▸ Independientemente de la gravedad de la enfermedad, se debe contemplar la valoración de síntomas crónicos y deterioro funcional y/o cognitivo, a través de la identificación de la condición previa para tener parámetros de comparación. Para ello es necesario recoger datos de múltiples fuentes de información (PM, familia, fichas clínicas, aplicación de pautas, etcétera). ▸ Fomentar la VGI basal y de seguimiento. ▸ En el caso de que una o más de los signos y síntomas perduren, o si la persona refiere síntomas nuevos o que el cuadro clínico se ha modificado, se deben aplicar protocolos de derivación establecidos. ▸ Realización de pruebas de cribado de COVID-19 en PM a nivel primario, acercando la atención a la comunidad. ▸ La atención debe ser coordinada a nivel de la red y personalizarse en función de las necesidades de los pacientes, por lo cual la gestión de casos es la estrategia sugerida. ▸ Intensificar su control metabólico farmacológico y no farmacológico para prevenir complicaciones en caso de contagio. ▸ Utilizar telesalud para controlar y disminuir la posibilidad de contagio por exposición. ▸ Evitar los niveles de HbA1c elevados, que comprometen el sistema inmunitario, en PM con DM. ▸ En caso de hipertensión arterial y/o dislipidemia, realizar control farmacológico y no farmacológico para evitar descompensación. ▸ Las PM con DM y obesidad presentan un riesgo elevado de problemas respiratorios y complicaciones en caso de contraer COVID 19, por lo que deben ser un grupo de preocupación prioritaria.
SECUNDARIO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar precozmente complicaciones en etapas iniciales y tardías. ▸ Valorar síntomas crónicos y deterioro funcional y/o cognitivo, a través de la identificación de la condición previa para tener parámetros de comparación. Para ello es necesario recoger datos de múltiples fuentes de información (PM, familia, fichas clínicas, aplicación de pautas, etcétera). ▸ Prevenir bronco aspiración en PM con disfagias y derivar a fonoaudiología en caso necesario. ▸ Los pacientes que presentan COVID-19 grave o que se encuentran en estado crítico pueden presentar síndrome post cuidados intensivos. ▸ Manejar la disnea utilizando posiciones, por ejemplo, en decúbito lateral con elevación del torso o en sedestación con inclinación anterior, o mediante técnicas de respiración tales como la respiración con los labios fruncidos y la técnica del cuadrado y derivación a kinesiología en caso necesario. ▸ Considerar acciones de tratamiento y rehabilitación en los distintos niveles de atención en la red de salud: pulmonar y manejo de oxigenoterapia, astenia, debilidad muscular, alteraciones de la memoria, la concentración, estrés, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, dolor crónico.

TERCIARIO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ La rehabilitación debe iniciarse de manera oportuna en base a la evaluación y supervisión integral del equipo interdisciplinario. ▸ Favorecer la autonomía e independencia, junto con el ejercicio de derechos acorde a los contextos y condición de la PM. ▸ Favorecer la recuperación de habilidades de comunicación que se vean afectadas por COVID-19 y sus complicaciones como los trastornos de la voz, habla, deterioro cognitivo u otros.
------------------	---

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (39), (40), (41), (42), (43).

Rol del profesional de enfermería en PM con COVID-19

El Consejo Internacional de Enfermeras el año 2002, plantea que la «enfermería engloba el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas. La promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la configuración de la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la educación son también funciones clave de la enfermería» (44).

La actual pandemia COVID 19, ha demandado una reflexión en la acción sobre la forma de realizar la gestión del cuidado, en un escenario de salud pública incierto, cambiante y con escasa evidencia al inicio, la cual ha ido aumentando progresivamente y ha permitido brindar cuidados basados en evidencia e ir generando nuevas formas de comprender el cuidado (45). Dentro de las intervenciones que más preocupan, están las relacionadas con la rehabilitación y reinserción post-COVID-19, por lo cual la gestión de casos para la gestión del cuidado resultará estratégica.

Para educar respecto de la prevención y manejo de COVID-19, es indispensable desarrollar competencias y conocimientos actualizados, principios educativos y del proceso de enseñanza-aprendizaje según grupo etáreo, junto con estrategias de educación y comunicación para la salud.

A modo de ejemplo, se mencionan actividades de educación dirigidas a las PM, sus familias y la comunidad:

- Informar y educar permanentemente sobre las medidas de prevención emanadas desde la autoridad sanitaria.
- Reforzar medidas de autocuidado como el lavado frecuente de manos y distanciamiento físico.
- Orientación sobre signos y síntomas sugerentes de COVID-19.
- Informar sobre plataformas digitales ministeriales, salud responde y otras que permiten saber cómo acceder a la atención de salud.
- Educar sobre las manifestaciones clínicas de COVID-19, incluidos los síntomas atípicos y la manera de realizar seguimiento de síntomas
- En el caso de una PM afectada con COVID-19, será necesario educar a la PM, su familia, cuidador y/o persona significativa, y equipos en la relevancia de reanudar sus actividades cotidianas con cautela, a un ritmo seguro, en equilibrio con los niveles de energía, capacidad intrínseca afectada y estado general, realizando seguimiento sobre la evolución de los signos y los síntomas, aprendiendo sobre cómo identificar disnea y desaturación en esfuerzo.

Para complementar los cuidados orientados a PM con COVID-19 dirigirse a los documentos elaborados por el MINSAL durante la actual crisis sanitaria⁴.

4. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/RECOMENDACIONES-PARA-LOS-EQUIPOS-2.pdf>

<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ATENCION%CC%81N-DOMICILIARIA-PERSONAS-MAYORES-COVID-19-.pdf>

Consideraciones finales

La actual pandemia ha generado una crisis sanitaria, económica y social de alta complejidad, dado que estas áreas se influyen mutuamente. Por lo anterior las estrategias de salud deben tener un enfoque integral y centrado en las personas, donde nuestro Modelo de Atención Integral es fundamental, pues comprende la salud como un bien social y la red de salud como una acción articulada e intersectorial, además sus principios orientadores centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado resultan altamente pertinentes.

Ideas centrales

- La actual pandemia COVID -19, ha demandado una reflexión en la acción sobre la forma de realizar la gestión del cuidado, en un escenario de salud pública incierto, cambiante y con escasa evidencia al inicio, la cual ha ido aumentando progresivamente y ha permitido brindar cuidados basados en evidencia e ir generando nuevas formas de comprender el cuidado.
- En este contexto, los/las profesionales de enfermería son parte de equipos interdisciplinarios en los distintos niveles de atención, tienen el desafío de brindar cuidados humanizados, continuos, seguros, especializados y de calidad, con enfoque preventivo, gerontológico y de derecho, erradicando el edadismo y favoreciendo la funcionalidad, pues actualmente existen brechas importantes en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en la atención de PM (46), (47) y (48).

Referencias

- [1]. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Médica Chile*. Mayo de 2016;144(5): 585-92.
- [2]. Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cuba Med Gen Integral*. Agosto de 2005; 21(3-4):0-0.
- [3]. Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N° 140. MINSAL. 7 de marzo de 2005;
- [4]. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia Enferm*. Diciembre de 2010; 16(3): 33-9.
- [5]. MINSAL, 2011. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. [Citado 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
- [6]. Atención Primaria de Salud [Internet]. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. [Citado 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://redsalud.ssmsso.cl/atencion-primaria-de-salud/>.
- [7]. Ministerio de Salud. 21 de abril de 2005. Decreto N°140: reglamento orgánico de los servicios de salud. [En línea]. [citado 20 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=237231>
- [8]. C M, Alarcon A, Illesca M. Rol del enfermero/a rural en la región de la araucanía chile: percepción de usuarios y enfermeros. *Ciencia enferm*. 1 de diciembre de 2010; 17: 111-8.
- [9]. Municipalidad de Los Ángeles, Dirección de Salud, 2018. Bases selección de antecedentes cargo enfermera/o sistema de rotación de turnos prestador de servicio para SAR Entre Ríos [Internet]. [Citado 20 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://transparencia.losangeles.cl/app.php/ALMACENAMIENTO/DOCUMENTOS/concursospublicos/2018/N123-04-2018-ENFERMERA-Bases-Cargo-Prestador-de-Servicio-Rotacion-de-Turnos-Enfermera\(o\)-SAR-Entre-Rios.pdf](https://transparencia.losangeles.cl/app.php/ALMACENAMIENTO/DOCUMENTOS/concursospublicos/2018/N123-04-2018-ENFERMERA-Bases-Cargo-Prestador-de-Servicio-Rotacion-de-Turnos-Enfermera(o)-SAR-Entre-Rios.pdf)
- [10]. Hidalgo, J. Sección Geriátrica, Depto. Medicina, HCUCH. ¿Por qué son necesarias unidades geriátricas de agudos en el sistema de salud chileno? [Internet]. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2015; 26: 306 - 13. [Citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Por-qu%C3%A9-son-necesarias-unidades-geri%C3%A1tricas-de-agudos-en-el-sistema-de-salud-chileno.pdf>
- [11]. Rizos LR, Jurado PMS, Soler PA. El anciano en la unidad de geriatría de agudos. *Rev Esp Geriátrica Gerontol Organo Of Soc Esp Geriátrica Gerontol*. 2009; 44(Extra 1): [15-26].
- [12]. Rediseño-al-proceso-de-atención-de-urgencia-de-adulto-en-las-unidades-emergencia-hospitalaria.pdf [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Redise%C3%B1o-al-proceso-de-atenci%C3%B3n-de-urgencia-de-adulto-en-las-unidades-emergencia-hospitalaria.pdf>
- [13]. Medio de discusión y rendición de cuentas, revista_02.pdf [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.aseg.gob.mx/descarga/st/revista_02.pdf
- [14]. Atenciones de Urgencia [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://atencionesurgencia.minsal.cl/Reportes/generador.aspx>.
- [15]. Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos [Internet]. 2018. [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>
- [16]. Menni B. Cuidados de Enfermería [Internet]. 2002 [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2001/03_166_05.htm.
- [17]. Grajales Z, A R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm*. 2004; 13(44-45): 42-6.

- [18]. Gil Gregorio P, González García P, Gutiérrez Rodríguez J, Verdejo Bravo C, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual del residente en geriatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011 [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>.
- [19]. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1993. Editor Anzola Pérez, E. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica.
- [20]. MINSAL, 2020. Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de las personas con ACV [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Neurol%C3%B3gica-en-la-atenci%C3%B3n-de-las-personas-con-ACV.pdf>.
- [21]. Guía Clínica AUGÉ Accidente cerebro vascular isquémico, en personas de 15 años y más, 2013 pdf [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>.
- [22]. Plan-de-accion-acv.pdf [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/Plan-de-accion-acv.pdf>
- [23]. Código ACV Para Servicios De Urgencia MINSAL Chile 2018 - EnfermeriaAPS [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/codigo-acv-servicios-urgencia-minsal-chile-2018>.
- [24]. Lavados PM, Hoppe W A. Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular (UTAC) en Chile. Rev Médica Chile. Noviembre de 2005; 133(11):1271-3.
- [25]. Montaner J, Alvarez-Sabín J. Neurol Barc Spain. Mayo de 2006;21(4): 192-202.
- [26]. ictusescalas.pdf [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.svneurologia.org/fc/ictusescalas.pdf>.
- [27]. OT-ACV-HEMORRAGICO-2019-FINAL.pdf [Internet]. [Citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/OT-ACV-HEMORRAGICO-2019-FINAL.pdf>.
- [28]. Departamento de Estadísticas e Información de Salud [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>.
- [29]. Gallardo P, Clavel O. Fractura de cadera y geriatría, una unión necesaria. Rev Médica Clínica Las Condes. Enero de 2020;31(1): 42-9.
- [30]. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de julio de 2011; 46(4): 193-9.
- [31]. Alberti A. D. La ortogeriatría, una integración eficiente. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2015; 300-5.
- [32]. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. BMJ. 8 de diciembre de 2005; 331(7529): 1374.
- [33]. Pareja Sierra T, Rodríguez Solís J, Alonso Fernández P, Torralba González de Suso M, Hornillos Calvo M. Intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera en el Hospital Universitario de Guadalajara: repercusión clínica, asistencial y económica. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de enero de 2017; 52(1): 27-30.
- [34]. Endoprótesis-para-Artrósis-de-Cadera-65-años-y-más.pdf [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Endopr%C3%B3tesis-para-Artr%C3%B3sis-de-Cadera-65-a%C3%B1os-y-m%C3%A1s.pdf>.
- [35]. CEPAL, 2020. COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/hand->

le/11362/45316/4/S2000271_es.pdf

- [36]. Halpin SJ, Mclvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021;93(2): 1013-22.
- [37]. Vol. 5 Núm. 3 (2021): Julio 2021 - Revista Universitaria con proyección científica, académica y social | Medicinencias UTA [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/issue/view/165/EPUBV5N3>.
- [38]. El delirio es una posible señal clave de la COVID-19 en personas mayores frágiles|Envejecer en positivo, 2020. [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.madrimasd.org/blogs/envejecer-positivo/2020/10/02/2724/>.
- [39]. WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>.
- [40]. Tarazona-Santabalbina FJ, de la Cámara de las Heras JM, Vidán MT, García Navarro JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* 2021;56(1): 47-53.
- [41]. Halpin SJ, Mclvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021; 93(2): 1013-22.
- [42]. Recomendaciones Generales para la Organización de la Atención en Establecimientos de Atención Primaria de Salud en Contexto de Pandemia SARS-CoV-2 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-generales-para-organizacion-atencion-establecimientos-atencion-primaria>.
- [43]. Diabetes y COVID-19 en el adulto mayor, simbiosis nociva [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X20301347>.
- [44]. CIE. Definiciones [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [Citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
- [45]. Coltters C, Güell M, Belmar A. Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2020; 31(1): 65-75.
- [46]. CEPAL, 2020. América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718_es.pdf
- [47]. Milos Hurtado P, Bórquez Polloni B, Larrain Sundt AI. La «gestión del cuidado» en la legislación chilena (ii) estado actual. *Ciencia Enferm.* Diciembre de 2011; 17(3): 23-33.
- [48]. Garcia Uribe JC. Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cult Los Cuid.* 3 de septiembre de 2020; 24 57: 52.

PARTE 3. GESTIÓN DEL CUIDADO EN PERSONAS MAYORES EN CONTEXTO SOCIOSANITARIO

Los contenidos de esta parte del manual constituyen una guía práctica para los/las profesionales de enfermería que se desempeñan en algún dispositivo sociosanitario, quienes desde un enfoque de derechos de las PM, y bajo un modelo de atención centrada en la persona, utilizando el PE podrán realizar una evaluación de las condiciones de quienes ingresan a algunos de los centros, planificar sus cuidados de acuerdo con su nivel de dependencia, en conjunto con el equipo profesional, el residente y su familiar/cuidador.

Esta parte incluye los siguientes capítulos:

- **Capítulo 8. Cuidados de enfermería en ELEAM.**
- **Capítulo 9. Cuidados de enfermería en CEDIAM.**
- **Capítulo 10. Cuidados de enfermería en servicios de cuidados domiciliarios para PM con dependencia funcional.**
- **Capítulo 11. Rol de enfermería en la coordinación entre dispositivos sociosanitarios y la APS.**

CAPÍTULO 8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ELEAM

La creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, bajo la supervisión del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, tiene como finalidad “mejorar la calidad de vida de las PM del país”, haciendo énfasis en aquellas personas que tienen mayor compromiso de salud con requerimientos de atención y cuidados que sus familias no pueden proveerles. Para lo anterior, SENAMA ha dispuesto la creación de ELEAM así como el fortalecimiento y supervisión de aquellos que ya existían a lo largo del país, dotando de normativas que, junto con el Decreto Supremo N° 14, del MINSAL (hoy en actualización), regulan el funcionamiento de los mismos (1).

En el artículo 2° del Decreto Supremo N° 14, se define como ELEAM a «aquél establecimiento en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes». Todos los ELEAM deberán contar con autorización sanitaria para su funcionamiento, de acuerdo con los requisitos exigidos por este decreto, con fiscalización y supervisión de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud» (2).

Breve descripción del “Establecimiento de Larga Estadía para Adulto Mayor”

Un ELEAM debe ser siempre y ante todo un lugar en donde la PM se sienta acogida y segura. En este lugar la PM podrá seguir desarrollando su proyecto de vida, incluso en el caso que necesite de cuidados y apoyo en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) considerando su condición física y cognitiva. También se espera que se le haga partícipe de estos cuidados y se respete su decisión de cómo desea recibirlos, de modo que se le permita continuar teniendo control sobre su vida. El ELEAM debe representar una oportunidad para que la PM pueda recrear un espacio propio y significativo, recibir a su familia y amistades y continúe teniendo contacto con la comunidad, independiente de su raza, origen étnico o social, nacionalidad, idioma, religión/creencia, orientación sexual o identidad de género y opción política, es decir, se le respete su individualidad, sus derechos y se le brinde un trato digno hasta que decida trasladarse a otro lugar para vivir o necesite de cuidados al final de su vida, situación en que también se espera que se respete su voluntad anticipada de cómo desea recibir estos cuidados y exprese los límites de los esfuerzos terapéuticos (3)(4).

Paralelamente un ELEAM, debe procurar ser menos institución y más hogar, organizando su quehacer en concordancia con la normativa sanitaria que en Chile se realiza a través del cumplimiento del Decreto Supremo N° 14. Entre las acciones implementadas para este fin, se espera que a las PM se les trate como “personas residentes” y no como “pacientes o enfermos” evitando los paternalismos, cambiando el enfoque hacia la atención a personas con derechos y, se promueva su autonomía y su participación.

Un área de especial importancia para lograr una atención centrada en las personas corresponde al personal que brinda los cuidados. Los directivos, idealmente, deben tener formación gerontogerátrica y sanitaria, deben ser profesionales de salud o de las ciencias sociales, con competencias en la atención de PM. Los cuidadores/as, por otro lado, que asisten y brindan los cuidados básicos, deben ser capacitados, apoyados, dirigidos y supervisados por el equipo transdisciplinario. Para este fin, se debe contar con instrumentos que faciliten los procesos y se puedan medir, elaborando protocolos, fijando estándares de calidad e indicadores para identificar de forma prematura deficiencias y fortalezas de los procesos de atención. Todas estas acciones lograrán asegurar niveles mínimos de satisfacción y establecer una relación de confianza y cooperación mutua entre la residencia, su familia, tutores y personas significativas para lograr el bienestar óptimo, con el más alto nivel de calidad de

vida posible de las PM residentes (3).

En este contexto, se espera que el ELEAM sea capaz de (3):

- Acoger a la PM considerando sus capacidades cognitivas y funcionales.
- Brindar atención respetando los derechos, individualidad, dignidad y participación.
- Ofrecer atención profesional transdisciplinaria con cuidadores especializados las 24 horas del día, en un ambiente que “parezca y funcione” como una casa.
- Armonizar los servicios ofrecidos con las preferencias, necesidades y valores de la PM.
- Ofrecer atención con la mejor evidencia científica posible.
- Evitar los procedimientos asistenciales rígidos y uniformes.
- Establecer un ambiente y asistencia de buenas prácticas haciendo énfasis en el respeto y buen trato en la relación entre todos los integrantes de la organización.
- Establecer una relación de comunicación permanente y de confianza mutua con la familia y su entorno social.
- Brindar atención y cuidados al final de la vida con fundamentos bioéticos y de respeto a sus voluntades, resguardando siempre su dignidad.

Para su buen funcionamiento, el ELEAM debe organizar su quehacer tomando en cuenta las siguientes obligaciones y recomendaciones (1).

Recomendaciones:

- El modelo de atención centrado en la persona (ACP) recomienda contar con instalaciones de no más de 20 residentes.
- El ambiente debe ser hogareño, acogedor, limpio y sano.
- Idealmente disponer de habitaciones individuales para garantizar la privacidad e intimidad.
- La formación de un Consejo de Residentes podrá canalizar sus inquietudes y propuestas de mejora.
- La PM puede ingresar con su mobiliario y ornamentos de modo que pueda organizar su habitación de acuerdo con sus preferencias, lo que favorecerá su adaptación.
- La familia debe ser educada en cuanto a que debe respetar la autonomía de la PM en los ámbitos en que aún puede ejercerla.
- Los canales de información relativos al funcionamiento del ELEAM, los deberes y obligaciones de la PM, y de su familia o tutor y visitas deben ser en lenguaje claro sin tecnicismos, comprensible, oportuno y cercano.
- Las instalaciones deben permitir el libre desplazamiento de los residentes con señalética clara y en lenguaje comprensible.
- Se debe contar con actividades de recreación y esparcimiento para optimizar la calidad de vida de los residentes (talleres, visitas a museos, asistencia a conciertos, paseos).
- Se debe facilitar la participación e integración de las PM en las actividades y servicios de la comunidad y de la sociedad en general (CESFAM, municipalidad, entre otros).
- Los programas de formación, capacitación, mejora continua, autocuidado y evaluación del personal contribuirán a modificar actitudes y comportamientos.
- Se deberá elaborar estándares e indicadores para fortalecer la Gestión de Calidad.

- Los canales de comunicación deberán ser oportunos y efectivos entre las distintas instancias de atención, directivos, administrativos, servicio de alimentación, profesionales, servicio de lavandería, aseo, seguridad, proveedores.
- Los directivos y el personal se organizarán para formar el comité paritario de higiene y seguridad necesario para actuar en los casos correspondientes.
- La atención de salud deberá contar con un sistema de eliminación de REAS según norma ministerial.
- Para traspasar la experiencia, enriquecer la atención y contribuir con la formación de profesionales se recomienda hacer convenios con universidades e institutos para pasantías y prácticas de alumnos de carreras afines (3).

Obligaciones:

- Tiene el deber de cumplir con las normas legales y sanitarias de funcionamiento.
- El Código del Trabajo explicita la normativa de respeto a los derechos y los deberes del personal.
- Debe elaborar o contar con un Reglamento Interno.
- Las PM deben ingresar en forma voluntaria firmando personalmente un Consentimiento Informado o en su defecto, con el consentimiento firmado por su familia, tutor o persona significativa si es que no está en condiciones de realizarlo. Condiciones de salud física o psíquica (temporal o permanente), pueden limitar a una persona mayor a expresar su voluntad y preferencia, al ocasionar discapacidad física o psíquica.
- En el caso que una persona mayor presente el diagnóstico médico de demencia, el tutor responsable debe realizar la declaración de interdicción, y es este el que deberá firmar el consentimiento informado.
- La familia, tutores y visitas deben tener horario de libre acceso. La experiencia demuestra que la familia se involucra mucho más en los cuidados concurriendo especialmente en horarios de alimentación y cooperando en éstos. También facilita la visita en horarios después del trabajo de los seres queridos.
- Los residentes podrán tener horario libre de salida: solos, con un familiar, tutor o persona responsable a actividades sociales, vacaciones, visitas médicas, salir de compras, entre otros.
- Los horarios relativos a las ABVD deben ser flexibles de modo que apoyen el estilo de vida y rutinas de los residentes.
- Al ingreso de la PM se debe realizar una VGI. Posteriormente se deberá realizar anualmente para determinar el "Plan de Cuidados" que permita apoyar su calidad de vida.
- Una vez realizado el ingreso, elaborar un "Programa de Atención Individualizado (PAI)" consensuado con la PM, el cual se modificará según la VGI periódica.
- Los regímenes y minutas de alimentación serán programados acorde a las necesidades nutricionales en calidad, cantidad y presentación, considerando las comorbilidades y preferencias de los residentes.
- Deben existir espacios comunes en donde se organicen actividades que potencien las relaciones sociales y generen vínculos entre residentes, sus familias y otras personas significativas (jardines, salas de estar, comedores). Se debe tener especial atención a la formación de parejas resguardando que no exista disparidad en el estado cognitivo de ambos para evitar abusos. La familia deberá estar en conocimiento.

- Ante la existencia de abuso de cualquier índole se debe actuar según protocolos.
- El personal en general deberá contar con protocolos de actuación para los diferentes procesos que se deben llevar a cabo (ingreso, administración de medicamentos, sujeciones, fugas, manejo de dinero, caídas, robos, entre otros).
- El sistema de gestión de medicamentos debe funcionar en forma óptima y ser controlado por el/la profesional de enfermería.
- La atención de salud en casos de emergencia debe ser profesional, eficaz y oportuna facilitando el traslado a un centro de salud si la situación lo amerita.
- Las instalaciones e infraestructura deben contar con un programa y planificación periódica en cuanto a la mantención, reparación, aseo, desinsectación y fumigación de las instalaciones.
- La compra de insumos y materiales necesarios para el funcionamiento debe ser con proveedores autorizados y certificados.
- La norma exige contar con un Plan de Evacuación ante desastres y emergencias (sismos, incendios, inundación, entre otros).

VGI en ELEAM

Para llevar a cabo una buena valoración a la PM que ingresa a una residencia, la VGI permite obtener una visión integral del nuevo residente, considerando aspectos biomédicos, sociales, mentales y funcionales, permitiendo visibilizar todas aquellas situaciones que puedan estar incidiendo en su estado de salud (5).

La espiritualidad, la familia, las redes de apoyo, los diagnósticos médicos, los síndromes geriátricos, los déficits económicos, entre otros, son todos aspectos relevantes para valorar en la PM que se institucionaliza. Además, la PM que ingresa a una residencia, en casi todos los casos, presenta una capacidad funcional disminuída, multimorbilidad, presentación atípica de las enfermedades, menor expectativa de vida, polifarmacia y muchas fuentes de disconfort.

Los objetivos de la VGI en el ELEAM son (5):

- Conocer la situación basal del residente al ingreso y durante su estadía.
- Otorgar atención integral y transdisciplinaria al residente.
- Evaluar la repercusión funcional de los problemas biopsicosociales del residente.
- Realizar seguimiento de la respuesta al tratamiento e intervenciones que reciba durante su estadía en la residencia.
- Procurar la proporcionalidad terapéutica.

Por su parte, se identifican los siguientes beneficios de la VGI en el ELEAM (6):

- Intervención y pesquisa oportuna de los problemas biomédicos, mentales, sociales y funcionales.
- Permite mantener y /o mejorar la funcionalidad.
- Disminución de la posibilidad de hospitalización.
- Disminución del consumo innecesario de medicamentos e insumos.
- Permite una mejor coordinación de los cuidados entre la familia y la residencia.

Es imprescindible el trabajo transdisciplinario, la mirada y evaluación de todos los profesionales y cuidadores que trabajan en la residencia. A su ingreso la valoración médica debe ser hecha ideal-

mente por un geriatra, quien evalúa la situación global del nuevo residente, los exámenes de laboratorio, y pruebas complementarias, antecedentes mórbidos y su repercusión en la situación de salud actual; examen físico, presencia de dolor, evaluación farmacológica exhaustiva, pesquisa de deterioro cognitivo o demencia, patología psiquiátrica e identificación de otros síndromes geriátricos, para finalmente determinar la condición de autovalencia/dependencia del residente.

En el momento del ingreso es relevante también la evaluación por parte del profesional de enfermería, para evaluar la condición de funcionalidad, y el grado de apoyo en las ABVD e AIVD, que el/la residente requerirá, uso y/o necesidad de ayudas técnicas, hábitos y horarios de higiene, sueño, alimentación, adicciones como alcohol y/o tabaco, de manera de ir adaptando las rutinas del hogar al nuevo residente. Los antecedentes sociales son de especial interés para el profesional de enfermería, ya que permiten determinar los elementos significativos para la PM, religión o tipo de creencias, actividad laboral previa, recursos económicos con los que cuenta, seguro de salud, red de apoyo familiar y/o personas significativas (5).

En la valoración familiar y/o red de apoyo, es posible encontrar una carga emocional importante; sentimientos de culpa, conflictos y desavenencias internas por dejar a la PM en una residencia. Sus vínculos familiares más cercanos, son generalmente quienes actúan de apoderados o tutores legales, y son estas personas, las que en lo sucesivo mantendrán el contacto con la residencia, ya que en caso de que el nuevo residente ingrese en condición de dependencia, sobre todo, con diagnóstico de demencia, serán con quienes se deba conversar diversas situaciones que vayan apareciendo, y sobre todo determinar los cuidados de fin de vida. En la valoración de enfermería es importante también realizar la anamnesis y un acucioso examen físico de acuerdo a la ficha de ingreso (6).

Para la valoración nutricional, realizada por un profesional nutricionista para evaluar las condiciones en que ingresa el residente, es relevante evaluar el IMC, aunque en la PM este indicador suele no ser del todo útil y debe ser complementado con otros indicadores como circunferencia de pantorrilla y pliegue tricéptico (para evaluar presencia y grado de sarcopenia); la aplicación del test Mini Nutritional Assessment (MNA) es de utilidad, ya que es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a PM desnutridas o en riesgo de desnutrición; niveles de pre albúmina y albúmina. A partir de esta información en conjunto, médico, nutricionista y enfermera(o), determinarán las características del régimen alimentario que recibirá el residente. En casos de PM con trastornos de deglución, será importante la evaluación del profesional fonoaudiólogo (6).

En los primeros días se debe ir completando la valoración con la intervención de otros profesionales de la residencia (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc.) aplicando instrumentos que permitan detectar la presencia de algún síndrome geriátrico. Se debe tener especial consideración en la valoración de los síndromes geriátricos al momento del ingreso de la PM, ya que estos actúan en cascada y la aparición de uno de ellos, condiciona la aparición de otros: «Los síndromes geriátricos son la manifestación (síntomas y signos) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una eficiente prevención de estos (6)».

Recomendaciones para realizar la VGI en un ELEAM

A continuación, en la Tabla 8.1, se detallan las escalas que permiten realizar una valoración estandarizada, que facilite la identificación de las necesidades de cuidado del residente, y los profesionales a cargo de su aplicación, sin embargo, estas pruebas puedan ser aplicadas por otro profesional, diferente al que se sugiere, y que cuente con la experiencia y capacitación para aplicarlas.

TABLA 8.1. CONSIDERACIONES PARA REALIZAR LA VGI EN ELEM

ESFERA	ASPECTOS A EVALUAR	PROFESIONAL RESPONSABLE
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Controlar de signos vitales. ▸ Valorar diagnósticos médicos y quirúrgicos. ▸ Valorar tratamiento farmacológico. ▸ Valorar presencia de adicciones (tabaco, alcohol, otros). ▸ Valorar estado nutricional: <ul style="list-style-type: none"> - IMC. - Circunferencia de pantorrilla. - Pliegue Tricipital. - MNA. ▸ Realizar examen físico segmentario. ▸ Valorar hábitos de vida saludable y poco saludables. ▸ Preguntar por adherencia a controles de salud. ▸ Aplicar escalas de valoración: ▸ Cuestionario de S.D. Epworht. ▸ Escala de Braden. ▸ Escala de Norton. ▸ EVA. ▸ Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF (si aplica) 	<p>TENS Médico y enfermera/o</p> <p>Nutricionista</p> <p>Médico y enfermera/o</p>
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar escalas de valoración: <ul style="list-style-type: none"> - Mini-mental state Examination. - Cuestionario de Pfeiffer. - Yesavage. - Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg. - MOCA. - Cuestionario de expectativas de PMen la residencia. 	Enfermera/o y psicóloga/o
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar escalas de valoración: <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel. - Índice de Katz. - Escala de Lawton y Brody. - Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer. - Escala de Downton. - Time up and go. - Estación unipodal. - Escala de Tinetti. - Escala de dismovilidad de Dinamarca. 	Kinesiólogo, terapeuta ocupacional y enfermera/o
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar escalas de valoración: <ul style="list-style-type: none"> - Genograma. - Apgar familiar. - Escala Evaluación de Calidad de Vida (EQ5D). - Cuestionario Zarit si aplica. 	Asistente social y enfermera/o

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (2), (5), (8).

Los cuidados que se desarrollan a continuación tienen como objetivo dar una atención integral a las PM desde una mirada preventiva y asistencial, teniendo en cuenta la normativa vigente en nuestro país.

TABLA 8.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PM QUE RESIDEN EN UN ELEM, SEGÚN ÁREAS DEL ROL

ÁREA	CUIDADOS
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Elaborar y revisar periódicamente los protocolos asistenciales de enfermería. ▸ Colaborar en la elaboración de protocolos de funcionamiento de la residencia. ▸ Participar en reuniones de planificación, programación y organización de tareas asistenciales del equipo transdisciplinario y de enfermería (técnicos de enfermería y los cuidadores). ▸ Participar, junto con el equipo transdisciplinario, en los comités de ética. ▸ Aplicar instrumentos de medición de la calidad de la atención usuaria. ▸ Establecer la comunicación interna entre el personal registrando la información necesaria para garantizar la continuidad de la atención en el ELEM. ▸ Velar por el acceso de los residentes y sus familias a recursos sanitarios públicos disponibles. ▸ Derivar al nivel de atención adecuado, cuando la condición de salud del residente lo amerite, garantizando una correcta atención sanitaria, de acuerdo a los protocolos establecidos en la residencia. ▸ Coordinar las acciones de los profesionales externos a la residencia que concurran a prestar servicios a los residentes en materias sanitarias y sociales. ▸ Actualizar datos asistenciales de las historias de salud de cada residente. ▸ Velar por el mantenimiento de las condiciones higiénicas de la residencia, los residentes y el personal. ▸ Colaborar en los procesos de mejora continua del centro, en conjunto con el equipo transdisciplinario. ▸ Supervisar al personal de atención directa: técnicos de enfermería nivel superior y cuidadores, de procedimientos relacionados con el cuidado directo de los residentes. ▸ Controlar y supervisar el uso de equipos sanitarios, materiales e insumos clínicos informando oportunamente a la dirección sobre su mantención. ▸ Supervisar las pautas nutricionales de los residentes y su ajuste según las pautas de alimentación indicadas según grupo etario o patologías concomitantes. ▸ Velar por el cumplimiento de las normas de confidencialidad de los residentes y el respeto a la intimidad. ▸ Intervenir en el proceso de acogida, recolectando y aportando información sobre los aspectos funcionales en el ámbito de enfermería que deben conocer para facilitar la integración y adaptación al centro, tanto de los residentes como de sus familias. ▸ Realizar la VGI a los residentes a su ingreso, reevaluando, al menos, una vez al año. ▸ Velar, junto con el equipo transdisciplinario, por la correcta adaptación de los residentes y de la familia, respecto a sus costumbres individuales, necesidades afectivas y su diversidad cultural. ▸ Ejecutar técnicas de enfermería. ▸ Preparar, distribuir y supervisar la correcta administración y mantención de los medicamentos. ▸ Valorar de manera continua la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria de los residentes.

ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Implementar medidas de prevención de complicaciones, tales como: lesiones por presión, caídas, incontinencias, estreñimiento, etc., velando por la mantención de su seguridad, dando protección y apoyo a los residentes. ▸ Identificar la progresión de una enfermedad y ofrecer el máximo confort, ayuda e información en situaciones de fin de vida, incluyendo al residente, su familia y a los equipos de cuidados paliativos. ▸ Velar por la atención del residente, evitando el encarnizamiento terapéutico, de acuerdo con las voluntades anticipadas del residente y su familia. ▸ Participar en reuniones destinadas a la elaboración, seguimiento y evaluación del plan de atención integral de cada residente, aportando la valoración propia desde el ámbito de la enfermería; fijando en forma consensuada con el equipo transdisciplinario y los residentes, los objetivos destinados al mantenimiento o la recuperación del estado de salud y la autonomía funcional y cognitiva. ▸ Entregar información precisa y oportuna sobre el estado de salud de los residentes, a sus familias, apoderados y/o responsables legales.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar en las actividades de formación continua del equipo transdisciplinario. ▸ Colaborar con la formación de los estudiantes en práctica. ▸ Proporcionar educación sanitaria a la PM, su familia y/ o red de apoyo y al personal de atención directa.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar en la elaboración de estudios y trabajos, facilitando los datos relativos al ámbito de su competencia. ▸ Elaborar y participar en proyectos de investigación, docencia y gestión en el ámbito de la enfermería

Fuente: Elaborado por equipo personas mayores en base a (9), (10), (11).

Protocolos de ingreso a ELEM

Los ELEM deben contar con diferentes protocolos que orienten la acción de los profesionales y trabajadores. Por ello, hay protocolos generales para la operación de la residencia; protocolos básicos de atención a los residentes y protocolos complejos dentro de los cuales están los relacionados con los cuidados de fin de vida (8).

Consideraciones finales

La aplicación de la VGI en una residencia no es distinta de lo que se realiza en otro contexto, sin embargo, cabe mencionar que en algunos casos y dependiendo del residente, resulta necesario poner énfasis en un aspecto más que en otro, pero siempre desde una perspectiva integral, identificando problemas reales y priorizando los cuidados que se deben brindar.

Es imprescindible el trabajo transdisciplinario, la mirada y evaluación constante de todos los profesionales y cuidadores que trabajan en la residencia. Considerando que la VGI es dinámica, el plan de atención integral se debe ir adaptando según la respuesta del residente a la institucionalización, la evolución de sus condiciones crónicas, de las condiciones de ingreso, la respuesta a las intervenciones iniciales de quienes están a cargo de sus cuidados, los que deben ser, en lo posible, consensuados con la persona, la familia y / o red de apoyo o tutor responsable (5).

Ideas centrales

- El ELEM es aquel establecimiento en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes.
- Un ELEM debe ser siempre y ante todo un lugar en donde la PM se sienta acogida y segura. En este lugar la PM podrá seguir desarrollando su proyecto de vida, incluso, en el caso de que necesite de cuidados y apoyo en las ABVD considerando su condición física y cognitiva.
- La VGI permite obtener una visión integral del nuevo residente, considerando aspectos biomédicos, sociales, mentales y funcionales, permitiendo visibilizar todas aquellas situaciones que puedan estar incidiendo en su estado de salud, desde una mirada transdisciplinar.
- El residente debe ser reevaluado periódicamente para identificar los cambios experimentados durante su estadía y realizar con ello, una modificación del plan de cuidados, adaptándolo permanentemente a sus necesidades.

CAPÍTULO 9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

Una de las piezas claves de la Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile impulsada por SENAMA, es el desarrollo a nivel nacional de Centros de Día para el cuidado de PM autovalentes o con un grado de dependencia leve (12). El CEDIAM es un recurso social que forma parte del sistema de cuidados, es un tipo de servicio geriátrico de carácter intermedio que tiene como propósito promover la autonomía y mejorar la calidad de vida de las PM que viven en la comunidad, junto con contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad, manteniendo a las PM integradas en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un centro diurno donde se entregan temporalmente servicios sociosanitarios y de apoyo (13).

Los centros de día buscan prestar atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de las PM con dependencia leve, con la doble finalidad de promover su autonomía y dar espacio a los cuidadores realicen tareas personales pendientes. Su objetivo es mantener a la PM en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia, realizando acciones de apoyo familiar preventivo, para así contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad; esto por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales (14).

Contextualización del cuidado de enfermería en los centros de día

A partir del año 2013 comenzaron a operar algunos centros de día pilotos en el país con un enfoque preventivo, con el propósito de implementar uno en cada región a mediano plazo. Siendo este un servicio de atención geriátrica nuevo en Chile, es indispensable contar con evidencia científica que permita evaluar el cambio en la funcionalidad (física, cognitiva y afectiva), el bienestar subjetivo, nivel de sobrecarga en el rol de cuidador y aceptabilidad social a corto plazo, tanto de la PM como de sus cuidadores. Existe poca evidencia a nivel nacional sobre la experiencia y/o efectividad de los CEDIAM en las PM y sus cuidadores, sin embargo, hay artículos de investigación publicados que muestran evidencia científica en relación con la descripción de los mayores que ingresan a estos centros diurnos como también evidencia de la experiencia y efectividad de la estancia (3), (4), (15).

Rol de enfermería en los cuidados a una PM en un CEDIAM

El rol del profesional de enfermería en los CEDIAM se centra en participar de manera activa en actividades programadas tales como; ingreso, entrevista Inicial, VGI, identificación de diagnósticos de autocuidado, supervisar el plan de trabajo socio sanitario, evaluación y seguimiento.

A continuación, en la Tabla 9.1 se presentan recomendaciones a considerar al momento de realizar la VGI en una PM que asiste a un CEDIAM:

TABLA 9.1. RECOMENDACIONES A CONSIDERAR E LA VGI DE UNA PM QUE ASISTE A UN CEDIAM

RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM EN UN CEDIAM	
ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ingreso, considerar en entrevista inicial aspecto relevantes de su salud física, tales como antecedentes mórbidos médicos y quirúrgicos, información nutricional, tipo de dieta y suplementos, medicamentos utilizados etc. Aplicar evaluaciones nutricionales y evaluaciones geriátricas ambulatorias. Valorar patrones de sueño y descanso.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar MMSE de Folstein y Escala de Depresión de Yesavage.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Valorar nivel de actividad física y regularidad. Aplicar Índice de Barthel y la Escala de Lawton. Aplicar escala de Equilibrio y Marcha Timed Up and Go, estación Unipodal y/o escala de Tinetti.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Identificar redes de apoyo, cuidador principal, personas con las que vive, estado civil, entre otros. Aplicar ecomapa.
FRAGILIDAD MULTIDIMENSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la escala Frailty Tilburg Indicator.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (16), (17).

Durante la entrevista inicial realizada a la PM y su cuidador se debe considerar las variaciones individuales con respecto a la experiencia, conocimientos, capacidad intelectual y personalidad. También es necesario tener en cuenta que el ritmo del envejecimiento varía entre las PM y que muchas veces la edad fisiológica y la edad cronológica no coinciden.

La evidencia nacional señala que la mayoría de las PM que participan en los CEDIAM tienen dependencia leve según el Índice de Barthel, además del máximo puntaje posible del Índice de Lawton y que al momento del egreso del centro de día no existen cambios en sus índices de funcionalidad, es decir, aquella PM que se evaluó en calidad de dependiente leve al ingreso es evaluada de la misma forma después de haber recibido la intervención del equipo del CEDIAM. Las actividades realizadas en el centro de día no abordan directamente el desarrollo de ABVD/AIVD de la PM razón por la cual estos indicadores no muestran cambios entre el ingreso y egreso al centro de día (15).

La VGI debe ser realizada por un equipo interdisciplinario el cual favorece la comunicación y entendimiento de los diferentes profesionales que realizarán los cuidados de la PM, consiguiendo el propósito de lograr el máximo grado de autonomía y mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Diagnósticos de enfermería más frecuentes en PM que asisten a un centro de día

A continuación se detallan los diagnósticos de enfermería más frecuentes que pueden presentar las PM que asisten a un centro de día:

- Disposición para mejorar el autocuidado: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayude a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador: El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.

- Riesgo de síndrome de fragilidad de la PM: Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a la persona mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos de la salud, en particular la discapacidad.
- Riesgo de soledad: Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.

Cuidados de enfermería: plan de trabajo sociosanitario, evaluación y seguimiento

Los objetivos de la asistencia de enfermería gerontogeriatrica en los CEDIAM, están orientados al establecimiento de objetivos realistas y alcanzables tanto por la PM, como por su familia y sus cuidadores. Dichos objetivos están dirigidos a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y favorecer la autonomía y pérdida de funcionalidad. Así la PM podrá permanecer en su medio familiar y social el mayor tiempo posible.

Las intervenciones que se realizan por parte del profesional de enfermería en los centros de día para PM, deben considerar la angustia y ansiedad que podría generar cualquier proceso de enfermedad, sobre todo en esta etapa de la vida y, por lo tanto, la intervención debe estar enfocada en disminuir la ansiedad, fomentar el correcto tratamiento de la enfermedad e incapacidad, control de las posibles secuelas y a la rehabilitación física y síquica con el fin de obtener la pronta reinserción familiar y social de la PM (15). La Tabla 9.2 presenta recomendaciones de cuidados para el profesional de enfermería que se desempeña en un CEDIAM.

TABLA 9.2. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CEDIAM

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL ÁREA DEL ROL	
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar y/o actualizar el reglamento interno de funcionamiento del CEDIAM. • Realizar ingreso de enfermería y entrevista inicial. • Realizar catastro de la oferta de servicios para PM en el territorio donde se realice el programa, especialmente si existen los siguientes programas: <ul style="list-style-type: none"> - Controles de salud para PM, de acuerdo a su seguro y condición de salud. - Si realiza retiro y consume los productos entregados por el PACAM. - Programa de vacunación. - Controles de salud del/a cuidador/a según edad y sexo. - Centros de salud mental y otros que correspondan. • Participar en mesas de trabajo en red para determinar con los otros actores acciones coordinadas como vías de derivación, capacitación. • Mantener los registros y respaldos de todo el programa. • Llevar registros estadísticos; elaboración y envío de informes periódicos que se le soliciten durante el tiempo de ejecución del programa. • Liderar el equipo de trabajo del programa, velando porque las intervenciones dirigidas a las PM, sean realizadas de acuerdo a lo indicado por esta guía de operaciones. • Facilitar la comunicación entre el personal y los usuarios/familia. • Supervisar el cumplimiento de los horarios, tareas y actividades del personal del centro, definidas en su incorporación y formación.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar talleres de estimulación cognitiva, actividad física, prevención de caídas, manejo de incontinencias, higiene del sueño, manejo del estrés, etc.

EDUCACIÓN Dirigida a la PM y /o cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar sobre la importancia de establecer de hábitos de vida saludables, potenciar una sana alimentación, mantener pautas de higiene, adherir a las campañas de vacunación, disminuir el consumo de tabaco y alcohol, prevenir la automedicación y mantener actividad física regular. ▸ Realizar taller educativo, de información y cuidado al cuidador/a. ▸ Realizar talleres específicos según las necesidades educativas identificadas, como por ejemplo: control de incontinencias, manejo de hipoglicemias, reforzar técnica de administración de medicamentos (insulinoterapia), etc.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Algunos aspectos a investigar pueden ser: la eficacia de las intervenciones desarrolladas en el CEDIAM, cual es el impacto de la participación social en el desarrollo de las intervenciones comunitarias, cuáles son los efectos de la estadia al largo plazo después del egreso, como impacta la estancia de la PM en sus cuidadores, demandas educativas no cubiertas en las PM o en los cuidadores, como unir los cuidados del CEDIAM con un sistema de cuidados a largo plazo de las PM y sus cuidadores, por mencionar algunos temas.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (18).

Consideraciones finales

Una de las fortalezas actuales de los CEDIAM radica en la interdisciplinariedad de los profesionales que conforman el equipo de trabajo. Esto permite una mirada de las PM desde un enfoque biopsico-social, entregando a la vez un servicio que integra distintas áreas para responder a las necesidades de los usuarios (13).

Según los documentos nacionales que rigen y guían el funcionamiento de los CEDIAM, el perfil asociado a las funciones del profesional de enfermería que se desempeña en dichos centros está orientado principalmente a actividades de asistencia clínica y de educación (14), pero se sabe que las competencias del profesional de enfermería permiten brindar una atención integral desde las otras áreas del rol, lo que queda en evidencia en las recomendaciones recientemente presentadas.

Ideas centrales

- El CEDIAM es un recurso social que forma parte del sistema de cuidados, es un tipo de servicio geriátrico de carácter intermedio que tiene como propósito promover la autonomía y mejorar la calidad de vida de las PM que viven en la comunidad, junto con contribuir a retrasar la pérdida de la funcionalidad.
- Los objetivos de la asistencia de enfermería gerontogeriatrica en los CEDIAM, están dirigidos a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y favorecer la autonomía y pérdida de funcionalidad. Así la PM podrá permanecer en su medio familiar y social el mayor tiempo posible.
- Una de las fortalezas actuales de los CEDIAM radica en la interdisciplinariedad de los profesionales que conforman el equipo de trabajo.

CAPÍTULO 10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA PM CON DEPENDENCIA FUNCIONAL

Los cuidados a personas dependientes, especialmente PM con dependencia funcional tienden a distinguirse en cuidados formales e informales. Los cuidados informales son aquellos que prestan familiares, personas significativas o vecinos de las personas con algún nivel de dependencia funcional. A nivel mundial, los cuidados tienden a proveerse principalmente desde el ámbito informal, incluso en aquellos países con mayor gasto en sistemas de protección social (19). En este contexto, las estrategias o sistemas de cuidados de larga duración (CLD) que implementan los países, tienden a plantear como uno de sus objetivos el alivio del trabajo de cuidados informales que descansa en las familias, y al interior de estas, principalmente las mujeres (20). Los sistemas de CLD establecen la provisión de servicios de acuerdo con una tipología que distingue cuidados residenciales, comunitarios y domiciliarios. De entre este tipo de servicios, aquel que mayor crecimiento ha presentado a nivel internacional son los cuidados domiciliarios (21), lo cual se atribuye a la preferencia de las familias y las personas con dependencia por recibir cuidados al interior de sus hogares (22), y por motivos de economía. De todas formas, los sistemas de cuidados deben ser capaces de integrar servicios de cuidados domiciliarios con residenciales, así como con prestaciones monetarias y servicios especializados para las familias con personas dependientes.

A modo de ejemplo, los programas de cuidado domiciliario pueden clasificarse en cuatro tipos de acuerdo con la composición de su equipo técnico (23):

- I. Compuestos sólo por cuidadoras/es formales.
- II. Compuestos por cuidadoras/es más un técnico en enfermería.
- III. Conformados por cuidadoras/es más un enfermero/a.
- IV. Iniciativas que incluyen cuidadoras/es más técnico en enfermería y enfermero/a.

El desafío de los sistemas de CLD es avanzar desde los cuidados domiciliarios del tipo I al IV, ya que esto implica la profesionalización de este tipo de servicios, y particularmente, porque los cuidadores/as formales tienden a ser personas con formación en oficios que requieren de la orientación y supervisión permanente de profesionales de enfermería. Lo ideal es un profesional de enfermería entregando directamente apoyo y cuidado en el domicilio, sin embargo, en la práctica esto se vuelve impracticable producto de su alto costo. A medida en que la población presenta niveles de prevalencia más importantes de dependencia funcional, la demanda de servicios de cuidados domiciliarios profesionales es también más acuciante. En este contexto, el desarrollo de orientaciones sobre el rol y función del profesional de enfermería en los servicios de cuidados domiciliarios se presenta como una oportunidad importante de mejorar la calidad de estos servicios, además de avanzar hacia la generación de normativas que regulen este tipo de cuidados.

Descripción de los cuidados domiciliarios

En Chile, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) es el encargado de coordinar las políticas de protección social, así como de diseñar, implementar y evaluar el buen funcionamiento de estas (24). El MDSF define los servicios de cuidados domiciliarios como «la entrega a domicilio de un conjunto de servicios de apoyo socio-sanitarios a las PM en situación de dependencia moderada o severa. Estos servicios son otorgados por un Asistente de Apoyo y Cuidados, que visita a la PM en su hogar, dos veces a la semana, durante tres horas cada visita» (25). Esta definición, principalmente operacional, delimita tres cuestiones importantes: la existencia de un contexto para la provisión de cuidados, esto es el domicilio en que reside la PM y su cuidador/a; la existencia de un tiempo y fre-

cuencia de provisión de cuidados, es decir, representa un apoyo al principal proveedor de cuidados que continúa siendo la familia; y finalmente, la existencia de un agente que realiza la provisión directa de cuidados, en este caso se lo identifica como Asistente de Apoyos y Cuidados (26). Esta definición acentúa mayormente el componente sanitario de los cuidados domiciliarios (CD), sin embargo, en nuestro país este tipo de servicios se han implementado principalmente desde una perspectiva socio-sanitaria.

En este contexto los principales objetivos de los CD son (27):

- Mejorar el estado de salud de la PM: intentar trasladar el mayor número de cuidados posibles al domicilio.
- Mantener a la PM en su propio medio: proporcionar independencia, integración con el entorno, evitar el aislamiento y el desarraigo.
- Servir de apoyo a la PM y a su familia: conseguir detección precoz, e intervención de disfunciones familiares o del cuidado.

Otros objetivos fijados para los CD son (27):

- Proporcionar los mejores cuidados socio-sanitarios en el domicilio de la PM, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.
- Asegurar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.
- Valorar las relaciones interfamiliares en su escenario natural, cuidando, informando y utilizando de forma eficiente y eficaz los recursos sanitarios y sociales del medio.
- Conocer los recursos familiares para potenciar los existentes o suplir las carencias.
- Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento de la PM.
- Involucrar a la PM y a su familia y/o red de apoyo en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, primando siempre la autonomía de la PM en este proceso.
- Controlar el cumplimiento del Plan de Trabajo Individual formulado y la consecución de los objetivos de salud.
- Identificar posibles factores que dificulten el seguimiento del plan de cuidados establecido.
- Determinar la capacidad de la PM para seguir un tratamiento adecuado.
- Educar a la PM y a su familia y/o red de apoyo para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.

Para el buen funcionamiento, un servicio de cuidados debe organizar su quehacer tomando en cuenta las siguientes obligaciones y recomendaciones: Los CD difieren de varias formas, primero, tal como se planteó en la introducción de esta sección del presente manual, este servicio se distingue de acuerdo con el tipo de conformación del equipo. En segunda instancia, existen diferencias en torno a la frecuencia y tiempo de entrega de cuidados, así como en torno al tipo de dependencia de quien otorga cuidados (pública, privada, mixta). Pero, además, y no menos importante, los CD varían de acuerdo al grado de relevancia del componente sanitario. Sin embargo, existen algunas responsabilidades que los servicios de CD debiesen realizar con independencia de este tipo de distinciones. Aquí presentamos algunas de ellas (28):

- Resolver las incidencias diarias y asignación de volantes de reemplazo de la cuidadora formal, para asegurar la prestación diaria del servicio en el domicilio.
- Mantener al día registro de asistencia de cuidador/a formal (CF) a los domicilios de acuerdo con los casos y turnos asignados.
- Gestionar el sistema de ingreso de nuevos casos o domicilios.
- Trabajar en red con equipos de salud, municipal.
- Realizar VGI.
- Realizar formación continua de CF.
- Realizar formación continua a cuidadores informales, a modo de aliviar sobrecarga por labores de cuidados.
- Realizar cuidados individualizados.
- Gestionar los implementos de cuidado y elementos de protección personal de CF.
- Gestionar recursos humanos y económicos para la atención directa y supervisión.

Perfil de usuario de servicios de cuidados domiciliarios (CD)

Los servicios de CD están pensados principalmente para personas en condición de dependencia funcional moderada o severa. Sin embargo, en algunos casos las condiciones clínicas y de funcionalidad de las personas son tan complejas, que se hace imposible mantenerlas en sus domicilios. En otras ocasiones la permanencia de las personas en sus domicilios se hace imposible sencillamente por no contar con cuidadores capacitados o dispuestos en el seno de las familias. En estos casos, se debe proceder a la institucionalización.

Para casos de dependencia severa en que las personas puedan ser cuidadas en sus domicilios, el Ministerio de Salud mantiene en funcionamiento el “Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa”. Este programa trabaja no sólo con PM, y sus requisitos de ingreso son los siguientes:

- Obtener puntaje equivalente a dependencia severa de acuerdo con el Índice de Barthel.
- Estar inscrito en el sistema de salud primaria.

El programa CD de SENAMA, servicio dependiente del MDSF, se encuentra funcionando desde el año 2013 y es un programa orientado exclusivamente a PM. Los requisitos de acceso a este programa son los siguientes:

- Hombres y mujeres de 60 años y más, que presentan dependencia moderada y/o severa.
- Que no cuenten con un cuidador principal.
- Que se encuentran en el 60% según la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares.
- Además, deben residir en la comuna donde se implementa el proyecto de cuidados domiciliarios.

El propio MDSF, en el marco de uno de sus subsistemas de protección social denominado Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), ha implementado igualmente desde el 2017 un programa de CD denominado “Respiro”. Los requisitos de ingreso a este programa son: Hogares con PM, niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de dependencia y discapacidad, que son parte del 60% de los hogares más vulnerables del país de acuerdo con la calificación socioeconómica según Registro Social de Hogares (28).

Rol del/la profesional de enfermería en un servicio de cuidados domiciliarios (CD)

A fin de precisar las funciones del/la profesional de enfermería en los CD, es importante distinguir este servicio de la Hospitalización domiciliaria (HD), así como de la Asistencia Urgente a Domicilio (AUD). Estas últimas modalidades se caracterizan por un desplazamiento de los recursos sanitarios al domicilio de la persona que ha demandado la asistencia, a modo de resolver un problema de salud con criterio preferente, que imposibilita la presencia física de la PM en el centro de salud un hospital (29). Estos servicios tienen como objetivo principal la atención a personas en fase aguda, además de la atención postclínica, y su población objetivo es aquella con enfermedades crónicas, aquella que requiere atención geriátrica regular, o aquellas personas que se encuentran en condición de morbilidad que demanda cuidados paliativos. En los CD, en tanto, el principal foco está puesto en la atención a personas con dependencia moderada o severa. En los CD en específico, las funciones de los/las profesionales de la enfermería se describen en la Tabla 10.1.

TABLA 10.1. FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CD DE PM.

ÁREA DEL ROL	INTERVENCIONES
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar ingreso al programa de CD. ▸ Realizar una coordinación permanente con el nivel de salud primario. ▸ Elaborar en conjunto con la PM y su cuidador/a principal un Plan de Trabajo con objetivos anuales, revisables regularmente. ▸ Reportar los avances y los incumplimientos de los protocolos de parte de las CF para generar propuesta de asistencia técnica, en los casos que corresponda.
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Acompañar y brindar asistencia técnica en la satisfacción de sus necesidades básicas. ▸ Controlar parámetros hemodinámicos. ▸ Administrar determinados tratamientos (curaciones, administración de medicamentos, etc.) ▸ Vigilar sondas, catéteres, drenajes, apósitos, junto a la recogida de muestras para análisis. ▸ Elaborar o adecuar protocolos técnicos de cuidados a contextos específicos en que se realiza la provisión de CD. ▸ Realizar VGI.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar en habilidades básicas de cuidados a la PM y a su CF: alimentación, hidratación, higiene, eliminación, cambios posturales, cuidados de sondas, administración de medicación, movilización y transferencia. ▸ Apoyar las actividades de capacitación continua.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (29).

Idealmente, se espera que los recursos del servicio de CD, sumados a los de la APS, puedan establecer procesos de intervención interdisciplinarios, en el marco de un Plan de Trabajo Individual elaborado en conjunto entre los profesionales de CD y la familia. En este contexto, se considera relevante mencionar cuáles debiesen ser las funciones de un equipo interdisciplinario encargado de la provisión de CD (19):

- Valorar las necesidades socio-sanitarias existentes.
- Identificar cuál es el grado de conocimiento de la familia y la PM sobre su condición de salud.
- Conocer las expectativas de la PM y la familia o/ red de apoyo con respecto al servicio de CD.

- Conocer el entorno que rodea a la PM, y sus posibilidades de colaboración en el cuidado.
- Fomentar la autorresponsabilidad y el autocontrol de la PM y su familia, para conseguir una eficaz colaboración en el plan de cuidados.
- Apoyar moral y psicológicamente al núcleo familiar.

En el contexto de la coordinación entre los CD y la APS, se debiesen también mencionar algunas funciones propias de la diada médico de familia-profesional de la enfermería:

- Valorar el estado general de salud y funcionalidad y seguir la evolución de la PM.
- Informar sobre las manifestaciones clínicas de las morbilidades presentes en la PM, principalmente aquellas en las que se debe dar aviso a profesionales sanitarios o el propio servicio de CD.
- Prevenir complicaciones y repercusiones psicosociales, tanto de la enfermedad como de su tratamiento.
- Instruir sobre la importancia de la elaboración de un Plan de Trabajo Individual y la necesidad de cumplir sus objetivos.
- Algunas responsabilidades propias del médico de familia en el marco de PM que reciben servicios de CD, y que debiesen ser igualmente seguidas por el/la profesional de enfermería que se desempeña en estos servicios:
- Valorar los factores de riesgo y desencadenantes de las agudizaciones y posibles complicaciones, y muy especialmente los factores de riesgo de deterioro funcional.
- Diagnosticar, controlar y tratar tanto las enfermedades crónicas como sus descompensaciones.
- Realizar el tratamiento sintomático y paliativo de los enfermos terminales.
- Valorar la derivación a centros hospitalarios y otras posibilidades de apoyo (19).

La VGI en CD

La VGI en los CD comprende, al igual que en cualquier tipo de valoración integral, los cuatro tipos de esferas estos son: física, funcional, mental y social. Es recomendable que los CD generen, de hecho, cuatro tipos de actividades de apoyo y cuidado; primero de apoyo en ABVD, de seguridad del entorno inmediato en que se desenvuelve la PM, pero también de estimulación cognitiva e integración social por tratarse de personas que residen en su comunidad. En este sentido se propone la aplicación de algunos instrumentos de acuerdo con el área de valoración (30):

TABLA 10.2. RECOMENDACIONES DE INSTRUMENTOS PARA SER UTILIZADOS EN CD DE PM

ESFERA	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO
FUNCIONAL FÍSICA	ABVD	Índice Barthel.
		Índice de Katz.
		PULSES; revised Kenny Score.
		FAQ (Function Activity Questionnaire)
	AIVD	Índice de Lawton y Brody.
		RDRS (Rapid Disability Rating Scale)
		BBS (Berg Balance Scale)
		TUGT (Timed Up and Go Test)
	Balance y Riesgo de Caída	Tinetti Gait and Balance Test
		FRASE (Fall Risk Assessment Scale for the Elderly)
		STRATIFY (St.Thomas's Risk Assessment Tool)
		FRI (Fall Risk Index)
		FAT (Fall Assessment Tool)
		MFS (Morse Fall Scale)
		Hendrich II Fall Risk Model
		One-Leg Balance Test
		Physical Performance Test
	Multidirectional Reach Test	
	Estado nutricional: Mal nutrición	SGA (Subjective Global Assessment)
		MNA (Mini-Nutritional Assessment)
MNA-SF (short-form Mini-Nutritional Assessment)		
GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index)		
NRS-2002 (Nutrition Risk Screening 2002)		
MENTAL Y PSICOLÓGICA	Función cognitiva	MMSE(Mini-Mental State Examination)
		MoCA (Montreal Cognitive Assessment)
		IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)
		CDT (simple clock drawing test)
		MMSE(Mini-Mental State Examination)
	Depresión	GDS (Geriatric Depression Scale)
		GDS-5 (short version 5-item GDS)
		CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)
		HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression)
MENTAL Y PSICOLÓGICA	Ansiedad	GAI (Geriatric Anxiety Inventory)
		GAS (Geriatric Anxiety Scale)
		GAI-SF(shortformofGAI)
		DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
Instrumentos de evaluación geriátrica integrados	OARS (older American resources and services)	
	CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation)	
	PGCMAI (Philadelphia Geriatric Centre Multi level Assessment Instrument)	
	LEIPAD	
	WHOQOLBREF (the World Health Organization Quality of Life-BREF)	

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (30) (31).

Es importante destacar que la valoración debe dar paso a un Plan de Trabajo Individual que incluya actividades de integración social y estimulación cognitiva. Entre las primeras, a modo de ejemplo, pueden mencionarse las siguientes (28):

- Acompañamiento en paseo por el barrio.
- Acompañamiento a controles de salud.
- Acompañamiento a talleres comunitarios.
- Acompañamiento a actividades recreativas.

Consideraciones finales

Los programas de CD son el tipo de programas de mayor crecimiento en el mundo, principalmente debido a la preferencia de las personas por ser cuidadas en su hogar y el menor costo económico de este tipo de servicio. Los CD formales se encuentran en crecimiento también en nuestro país, situación que representa una oportunidad de profesionalización de este tipo de programas (20). En este contexto, el desempeño del profesional de enfermería ayudará sin dudas en mejorar la calidad de los cuidados domiciliarios, principalmente mediante la formación de cuidadores/as formales, la dirección técnica de estos servicios, la VGI de PM, los procesos de acompañamiento, supervisión de los cuidados y apoyos provistos por los cuidadores/as formales. El trabajo de capacitación a las familias de las PM para un mejor cuidado y autocuidado es también un objetivo importante en la inclusión de la enfermería profesional en estos servicios.

Ideas centrales

- Los servicios de cuidados domiciliarios se definen como «la entrega a domicilio de un conjunto de servicios de apoyo socio-sanitarios a las PM en situación de dependencia moderada o severa. Estos servicios son otorgados por un Asistente de Apoyo y Cuidados, que visita a la PM en su hogar, dos veces a la semana, durante tres horas cada visita».
- Los principales objetivos de los cuidados domiciliarios son:
 - e. Mejorar el estado de salud de la PM: intentar trasladar el mayor número de cuidados posibles al domicilio.
 - f. Mantener a la PM en su propio medio: proporcionar independencia, integración con el entorno, evitar el aislamiento y el desarraigo.
 - g. Servir de apoyo a la PM y a su familia: conseguir detección precoz, e intervención de disfunciones familiares o del cuidado.
- Se recomienda que los CD generen cuatro tipos de actividades de apoyo y cuidado; primero de apoyo en ABVD, de seguridad del entorno inmediato en que se desenvuelve la PM, pero también de estimulación cognitiva e integración social por tratarse de personas que residen en su comunidad.

CAPÍTULO 11. ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS SOCIO SANITARIOS Y LA APS

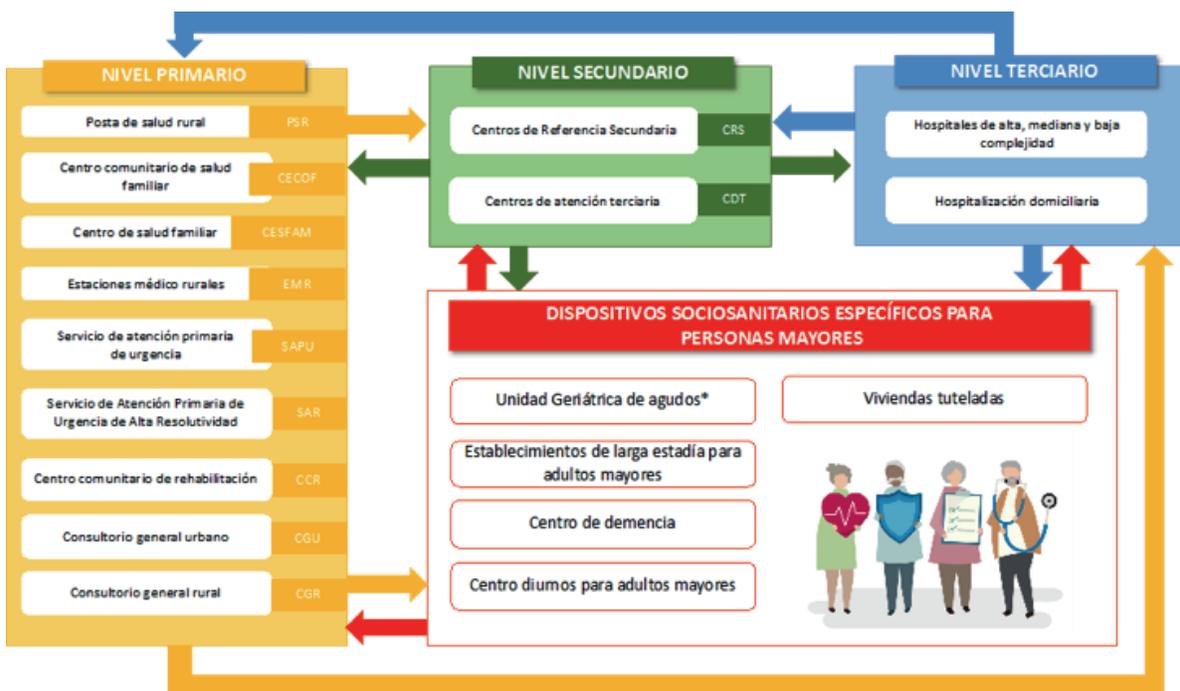
La coordinación entre un dispositivo sociosanitario y la APS, corresponde al eje insustituible para mantener y asegurar la continuidad del cuidado en este grupo etario. El/la profesional de enfermería juega un rol clave en la gestión de este proceso ya que, desde su mirada integral de los cuidados de una PM, es capaz de visualizar todas las necesidades de salud de estos usuarios y sus familias.

El cuidado de una PM debe ser un continuo entre los distintos niveles y por tanto, dispositivos socio-sanitarios disponibles. El rol del/la profesional de enfermería en el aseguramiento de la continuidad de los cuidados de una PM es primordial y forma parte de la función de gestora de cuidados inherente a la profesión.

La continuidad de los cuidados es uno de los tres principios irrenunciables del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario vigente en Chile desde el año 2008 (32). Este se relaciona con la coherencia y conexión que la persona percibe en las distintas acciones relativas al cuidado de su salud, a lo largo de su vida y en distintos escenarios clínicos (33). En Chile, contamos con variados dispositivos sociosanitarios que ofrecen atención de salud a PM en los distintos niveles asistenciales como muestra la Figura 11.1.

Cada uno de los dispositivos sociosanitarios, tanto los transversales (que otorgan atención de salud a personas durante su curso de vida), como los específicos para las PM, deben mantener una coordinación y comunicación efectiva que permita asegurar la continuidad de los cuidados (en la Figura 11.1 se ve representado por las flechas).

FIGURA 11.1 COORDINACIÓN ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES Y DISPOSITIVOS SOCIO SANITARIOS PARA PERSONAS MAYORES



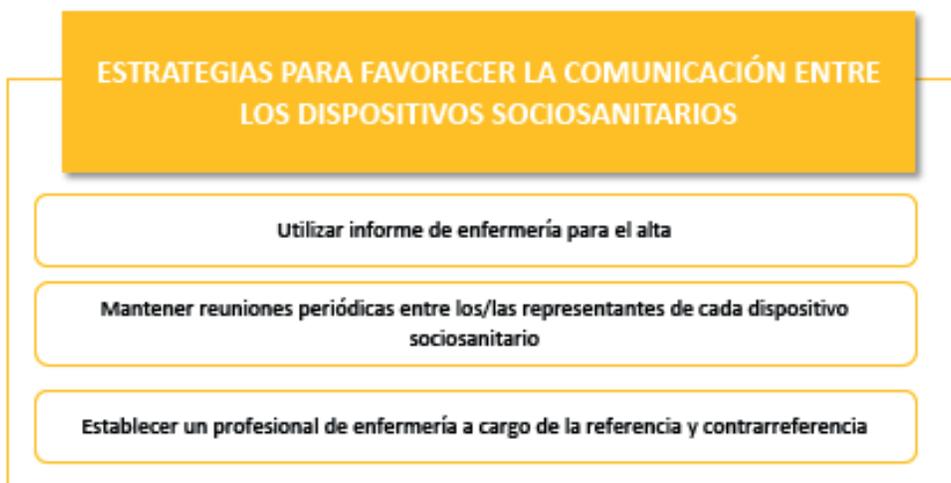
Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (32).

* Las unidades geriátricas de agudos pertenecen al nivel terciario de atención de salud ya que se encuentran insertas en hospitales de alta complejidad, en aquellos hospitales en donde no existen UGAs existe el modelo de atención integral para las PM, en cada uno de las unidades.

El/la profesional de enfermería se encuentra inserto en cada uno de los niveles asistenciales de salud y en la mayoría de los dispositivos sociosanitarios específicos para PM. Este hecho los sitúa en una posición clave, ya que permite una comunicación más directa y fluida entre profesionales de una misma disciplina. Esta situación cobra especial relevancia en los/las profesionales de enfermería que trabajan en establecimientos pertenecientes a la APS, puesto que son estos/estas profesionales los que otorgan cuidados al mayor porcentaje de la población de personas mayores en Chile.

La APS es la base del proceso de atención en salud, donde se programa de acuerdo a Planes de Salud previamente establecidos, tratando de dar respuesta a los requerimientos generales de salud a la población a través del curso de vida (32). Esta atención más general, pero no menos resolutive y compleja en su dimensión, necesita coordinarse estrechamente con el nivel secundario de especialidades, el que cuenta con cartera de prestaciones de especialidad que el nivel primario no puede solucionar dentro de su ámbito de acción. Para favorecer la coordinación entre los distintos dispositivos sociosanitarios y niveles asistenciales se pueden implementar diferentes estrategias tal como lo indica la Figura 11.2.

FIGURA 11.2. ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS



Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (34).

Informe de enfermería para el alta

El informe de enfermería para el alta o también conocido como epicrisis de enfermería, es el documento desarrollado por un/una profesional de enfermería que resume los aspectos de salud de las esferas físicas, psicológicas, sociales y funcionales de una PM que recibe atención en un dispositivo sociosanitario y que es enviado/a, de preferencia, a través de medios electrónicos al profesional de enfermería encargado/a del aseguramiento de la continuidad del cuidado del establecimiento de salud receptor. Este documento puede recibir distintos nombres: informe de alta de enfermería, hoja de alta de enfermería, resumen de egreso de enfermería, hoja de traslado de enfermería o, como se mencionó previamente, epicrisis de enfermería.

La confección de un informe de enfermería completo y con mirada gerontogeriatrica, que resuma el plan de cuidado otorgado a una PM durante su estancia en un dispositivo sociosanitario, debería incluir los siguientes ítems:

- Datos personales de la PM: nombre completo, edad, RUT, teléfono de contacto, domicilio, CES-FAM (sector) al que pertenece, fecha de ingreso y egreso del establecimiento sociosanitario.

- Datos personales de cuidador principal/familiar responsable: nombre completo, edad, teléfono de contacto.
- Patologías crónicas.
- Medicamentos de uso crónico.
- Síndromes geriátricos presentes.
- Dispositivos invasivos.
- Capacidad funcional: usar instrumentos de valoración recomendados por MINSAL.
- Capacidad cognitiva: usar instrumentos de valoración recomendados por MINSAL.
- Objetivo del traslado o plan para el alta: explicar brevemente cual es el propósito del traslado de la PM al siguiente dispositivo sociosanitario, por ejemplo: desde un ELEAM a un hospital, «evaluación y tratamiento por posible infección de lesión por presión sacra tipo 4». En el caso de que la PM fuera dada de alta de un servicio hospitalario, el plan para el alta podría ser «PM debe continuar curación avanzada de heridas en CESFAM de origen».
- Contacto de profesional de enfermería para el aseguramiento de la continuidad del cuidado: explicitar el medio por el que se envió el informe de enfermería y quien fue el o la colega que recibió el documento.
- Firma del/la profesional responsable.

Reuniones entre dispositivos sociosanitarios

Las reuniones entre los distintos dispositivos sociosanitarios son fundamentales para que todos los representantes de cada centro conozcan con claridad a los/las colegas encargadas de la ejecución de la referencia y contrarreferencia de las PM, el informe de enfermería para el alta que utilice cada establecimiento (si corresponde) y el cumplimiento de los indicadores de calidad. Se recomienda una frecuencia de una reunión cada tres meses. Se recomienda una frecuencia de reunión mensual durante los primeros 6 meses y luego reuniones bimensuales (34).

Como parte de la normativa de trabajo en el sistema de salud público chileno, se utiliza el sistema de referencia y contrarreferencia que se describe a continuación (34):

- Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de una persona derivada de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con el fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.
- Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen de la persona, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual la persona retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Para estas funciones, se requiere un determinado perfil del/la profesional de enfermería encargado/a de mantener la continuidad del cuidado. A continuación, se detallan algunos aspectos a considerar (34):

- Competencias deseables:
 - Conocimiento acabado del mapa de la red asistencial, protocolos de referencia y contrarreferencia.
 - Liderazgo.

- Habilidades de comunicación.
- Competencias en el uso de plataformas para el registro electrónico de fichas clínicas, correo electrónico y Microsoft Office.
- Funciones:
 - Generar informe de enfermería para el alta y/o informe de traslado de enfermería.
 - Enviar documento de referencia al dispositivo correspondiente.
 - Recibir y revisar el documento de contrarreferencia.
 - Monitorizar el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia.
 - Capacitar al equipo de profesionales de enfermería en el uso de los documentos de referencia y contrarreferencia.
 - Coordinar reuniones semestrales con el equipo de profesionales de enfermería encargados de la continuidad del cuidado de PM en los distintos dispositivos sociosanitarios.
 - Evaluar el impacto de la implementación de un proceso efectivo de referencia y contrarreferencia midiendo: reingresos hospitalarios, fallecimientos, consultas no programadas, asistencia a controles, etc. de acuerdo al dispositivo sociosanitario en donde se implemente este proceso.
 - Realizar seguimiento telefónico a pacientes geriátricos.

Ideas centrales

- El/la profesional de enfermería juega un rol clave en la gestión de la coordinación entre un dispositivo sociosanitario y la APS, ya que desde su mirada integral de los cuidados de las PM, es capaz de visualizar todas las necesidades de salud de los usuarios y de sus familias.
- Los sistemas de referencia y contrarreferencia constituyen procedimientos claves al momento de gestionar la continuidad del cuidado de la PM, para lo cual se requiere de un/una profesional de enfermería con conocimientos de la red asistencial pública y privada, capacidad de liderazgo, habilidades de comunicación efectiva y competencias de registros electrónicos en red.

REFERENCIAS

- [1]. «SENAMA | Servicio Nacional del Adulto Mayor». <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor> (accedido ago. 17, 2021).
- [2]. «DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf». Accedido: ago. 17, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf
- [3]. T. M. Rodríguez, «LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. ALGUNAS CLAVES PARA AVANZAR EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS», 2016, p. 23.
- [4]. OMS. «Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud». 2015. Accedido: ago. 17, 2021. [En línea]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- [5]. P. P. Marín L., «Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral», *Medwave*, vol. 4, n.o 9, oct. 2004, doi: 10.5867/medwave.2004.09.3220.
- [6]. A. C. S. Romero y E. F. Arín, «VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL», 2007, p. 10.
- [7]. Carmen Luengo Márquez, Leonor Maicas Martínez, M.a José Navarro González, y Luis Romero Rizos, *TRATADO de GERIATRÍA para residentes*, 2006.
- [8]. «Estandares_Calidad-ELEAM_WEB.pdf». Accedido: ago. 17, 2021. [En línea]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM_WEB.pdf
- [9]. T. M. Rodríguez, «La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores», p. 23, 2013.
- [10]. E. por editores, «Infecciones más comunes en el adulto mayor - Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile». 2016, <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=489> (accedido ago. 17, 2021).
- [11]. R. Fernández Alba y F. G. Manrique-Abril, «Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor», *Enferm. glob.*, n.o 19, jun. 2010, doi: 10.4321/S1695-61412010000200016.
- [12]. «Envejecimiento_Positivo.pdf». Accedido: ago. 18, 2021. [En línea]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
- [13]. M. Rubio y C. Miranda, «Centros diurnos para personas mayores, Servicio Nacional del Adulto Mayor: realidad y desafíos a tres años de su implementación», p. 32, 2017.
- [14]. M. V. Leyton y R. R. Ponce, «Guía de Operaciones Centros Diurnos», 2018, p. 42.
- [15]. A. X. Araya, M. S. Herrera, E. Iriarte, y R. Rioja, «Evaluación de la funcionalidad y fragilidad de las personas mayores asistentes a centros de día», *Revista médica de Chile*, vol. 146, n.o 8, pp. 864-871, ago. 2018, doi: 10.4067/s0034-98872018000800864.
- [16]. E. Iriarte y A.-X. Araya, «Criterios de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una actualización de la literatura», *Revista médica de Chile*, vol. 144, n.o 11, pp. 1440-1447, nov. 2016, doi: 10.4067/S0034-98872016001100010.
- [17]. R. J. J. Gobbens, M. A. L. M. van Assen, K. G. Luijkx, y J. M. G. A. Schols, «The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk», *Gerontologist*, vol. 52, n.o 5, pp. 619-631, oct. 2012, doi: 10.1093/geront/gnr135.
- [18]. A.-X. Araya et al., «Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor: recomendaciones para mejorar su funcionamiento», *Gerokomos*, vol. 29, n.o 1, pp. 9-12, 2018.
- [19]. M. Matus-López, «Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina», *Salud Colectiva*, vol. 11, n.o 4, Art. n.o 4, dic. 2015, doi: 10.18294/sc.2015.785.
- [20]. J. Garces, E. Zafra, F. Ródenas, M. Megía, y J. Santamaría, *Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana 2000/01*. 2002.
- [21]. «A Typology of Long-Term Care Systems in Europe», CEPS, jul. 05, 2011. <https://www.ceps.eu/ceps-publications/typology-long-term-care-systems-europe/> (accedido jun. 25, 2021).

- [22]. S. Jacobzone, «Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives», abr. 1999, doi: 10.1787/313777154147.
- [23]. M. Matus-López, «Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020», *Rev Panam Salud Publica*, p. 6, 2014.
- [24]. B. del C. Nacional, «Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile», www.bcn.cl/leychile, abr. 16, 2019. <https://www.bcn.cl/leychile> (accedido jun. 25, 2021).
- [25]. «Ministerio de Desarrollo Social y Familia», Ministerio de Desarrollo Social y Familia, jun. 25, 2021. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/programas-sociales/adultos-mayores/cuidados-domiciliarios> (accedido jun. 25, 2021).
- [26]. J. Torra i Bou, «Atención domiciliaria y Atención Primaria de Salud», *Revista Rol de Enfermería*, vol. 125, pp. 37-43, 1989.
- [27]. «Informe de FAECAP sobre la Atención Domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria». Accedido: jun. 25, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.faecap.com/documents/download/324>
- [28]. Presidencia de la República, «SISTEMATIZACION EXPERIENCIA PILOTO PROGRAMA CHILE CUIDA EN LA COMUNA DE PEÑALOLEN 2015». 2015.
- [29]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, «Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria». International Marketing and Communication, 2005.
- [30]. S. Jiang y P. Li, «Current Development in Elderly Comprehensive Assessment and Research Methods», *Biomed Res Int*, vol. 2016, p. 3528248, 2016, doi: 10.1155/2016/3528248.
- [31]. S. Jiang y P. Li, «Current Development in Elderly Comprehensive Assessment and Research Methods», *Biomed Res Int*, vol. 2016, p. 3528248, 2016, doi: 10.1155/2016/3528248.
- [32]. «ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Dirigido a Equipos de Salud». Accedido: ago. 18, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- [33]. A. Dois, A. Contreras, P. Bravo, I. Mora, G. Soto, y C. Solís, «Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios», *Revista médica de Chile*, vol. 144, n.o 5, pp. 585-592, may 2016, doi: 10.4067/S0034-98872016000500005.
- [34]. F. F. Amigo Acuña, «Diagnóstico y propuesta de mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia: Caso de estudio de la provincia de Talagante del Servicio de Salud Metropolitano Occidente», 2018, Accedido: oct. 25, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/168385>
- [35]. L. C. dos P. Aires, E. K. A. dos Santos, O. M. Bruggemann, M. T. S. Backes, y R. Costa, «Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals», *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, vol. 21, n.o 2, 2017, doi: 10.5935/1414-8145.20170028.
- [36]. R. O. Groene, C. Orrego, R. Suñol, P. Barach, y O. Groene, «“It’s like two worlds apart”: an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital», *BMJ Qual Saf*, vol. 21 Suppl 1, pp. i67-75, dic. 2012, doi: 10.1136/bmjqs-2012-001174.
- [37]. M. C. Wong y D. K. C. Yee, «Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)», p. 114.

PARTE 4: GESTIÓN DEL CUIDADO EN LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS QUE AFECTAN A LAS PERSONAS MAYORES

Las PM tienen, desde el punto de vista biológico y médico, ciertas particularidades que explican en gran medida sus patrones de enfermedad y cómo estas se expresan clínicamente frente al equipo de salud (1).

A modo introductorio podemos señalar esquemáticamente algunas de estas particularidades:

- **Multimorbilidad:** Diferentes estudios demuestran prevalencias, en PM que enferman, que van desde un 55 a 98 % de casos con multimorbilidad (2).
- **Presentación de problemas de salud mediante síndromes geriátricos:** Es frecuente ver en PM presentaciones atípicas de sus enfermedades, en especial en cuadros agudos, la forma clásica de atipicidad clínica en PM la constituye la presencia de los llamados Síndromes Geriátricos (caídas, delirium, incontinencia, etc.). Aunque el concepto de Síndrome se refiere al conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad (por ejemplo el síndrome febril que se expresa con taquicardia, sudoración, cefalea, rubicundez, etc. como parte de una infección urinaria), sin embargo, esta definición no se aplica para el caso de los síndromes geriátricos, donde este término se refiere más bien a un conjunto de síntomas complejos de alta prevalencia entre las PM, como resultado de la presencia de múltiples enfermedades y factores de riesgo (3). Ha sido complejo definir la fisiopatología exacta de estos síndromes geriátricos, pero podemos señalar que su presencia se explica debido a las condiciones especiales del proceso normal del envejecimiento (4), en lo que se refiere a la edad misma; la pérdida gradual de las capacidades y la reserva funcional de los diferentes órganos y sistemas, pérdidas que obviamente se acentúan en estado de enfermedad aguda o crónica, también influye el deterioro funcional tanto en la disminución de la movilidad como de la capacidad cognitiva; la desregulación de diferentes sistemas, la inflamación, la sarcopenia, y la fragilidad; definida esta última como un estado de mayor vulnerabilidad en especial frente a la presencia de elementos agresores tanto biológicos como mentales e incluso ambientales. De este modo, se infiere la presencia de distintos síndromes geriátricos como una expresión, dentro de otras más; de una fragilidad subyacente, síndromes que si no se buscan, ni detectan, ni tratan, pueden llevar a una cascada catastrófica de discapacidad, dependencia o incluso a un desenlace fatal (5).
- **Presencia de Fragilidad:** Aunque no todos las PM son frágiles, pues su prevalencia entre las PM oscila entre un 15 a 30 % según como se la define o se detecte, podemos decir que su presencia le otorga un estado de vulnerabilidad y de mayor riesgo en especial de discapacidad y dependencia. La fragilidad es distinta a la discapacidad y dependencia, aunque pueden tener factores de origen comunes, y entre estas tres condiciones se puede generar una retroalimentación deletérea a modo de un círculo vicioso (5). No ha sido fácil definir la fisiopatología exacta de la fragilidad, pero se concuerda en que habría un estado de menor reserva fisiológica (también llamado estado de homeostenosis) que contribuiría a mayor riesgo de vulnerabilidad frente al estrés y de discapacidad, que a su vez se puede expresar como pérdida involuntaria del peso, sensación de agotamiento, debilidad, lentitud de la marcha y menor actividad física, todo esto agrupados en el llamado Fenotipo Clínico de Fragilidad de Fried (5).

De todo lo expuesto hasta aquí, se puede desprender la importancia estratégica de conocer, detectar, prevenir la fragilidad y los síndromes geriátricos; dado que su asociación puede llevar a peores resultados en el corto plazo, incluso, y aunque pareciera difícil por la inercia habitual de nuestro sistema sanitario, hay que hacer los esfuerzos necesarios para llevar a la práctica clínica, estas medidas preventivas.

Esta última parte del manual incluye los siguientes capítulos:

- **Capítulo 12. Cuidados de enfermería en PM con fragilidad.**
- **Capítulo 13. Cuidados de enfermería en PM con inestabilidad y riesgo de caídas.**
- **Capítulo 14. Cuidados de enfermería en PM con síndrome de dismovilidad.**
- **Capítulo 15. Cuidados de enfermería en PM con lesiones relacionadas con la dependencia.**
- **Capítulo 16. Cuidados de enfermería en PM con incontinencia urinaria.**
- **Capítulo 17. Cuidados de enfermería en PM con estreñimiento.**
- **Capítulo 18. Cuidados de enfermería en PM con polimedicación (Polifarmacia).**
- **Capítulo 19. Cuidados de enfermería en PM con malnutrición.**
- **Capítulo 20. Iatrogenia y seguridad de los cuidados de enfermería.**
- **Capítulo 21. Cuidados de enfermería en PM con síndrome confusional agudo.**

CAPÍTULO 12. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON FRAGILIDAD

Descripción

Definición del síndrome de fragilidad

La fragilidad en PM es un estado de susceptibilidad incrementada como consecuencia de una menor reserva en múltiples sistemas fisiológicos; se asocia con una menor capacidad de adaptación y un balance energético negativo. Situaciones de discapacidad crónica, estar institucionalizado y la muerte pueden verse incrementadas en PM frágiles (6).

La fragilidad es un síndrome geriátrico que aumenta el riesgo a desenlaces negativos, debido a los cambios fisiológicos que se asocian con el envejecimiento y que se expresan fundamentalmente como reflejo de la disminución de la adaptación frente a los factores estresores de cualquier índole (biomédico, funcional, mental). La fragilidad no es el estado previo a la discapacidad, sino que hace referencia a la predisposición a desarrollarla y puede devenir tanto desde la autonomía como desde la dependencia, esto implica el riesgo de que una PM autónoma y/o autovalente pueda, como consecuencia de una enfermedad u otro evento, volverse frágil (6).

La fragilidad, conforme se mencionó en el apartado anterior, es un problema de salud asociado a personas de edad muy avanzada, recibe diferentes definiciones como síndrome geriátrico, un estado o una condición, todas ellas incorporan los siguientes elementos: disminución o falla en la reserva funcional, compromiso de la respuesta individual frente a cualquier tipo de estrés, deterioro o menoscabo del estado de salud, y puede significar la institucionalización, la hospitalización e incluso la muerte (7).

En Chile, identificaron un 13,9% de PM frágiles, siendo mayor en mujeres (16,4%) que hombres (8,7%) (8). Esta es mayor cuando se presenta bajo nivel educacional y bajos ingresos, siendo menor en aquellas PM con buena red social y buena alimentación. La prevalencia aumenta con la edad, estableciéndose <10% entre 65-75 años, y >30% en mayores de 90 años (9). La Figura 12.1 muestra la historia natural de la fragilidad.

FIGURA 12.1. HISTORIA DE LA FRAGILIDAD



Fuente: Extraído de (8).

La presencia de tres o más de los siguientes elementos identifica a una PM frágil:

- Pérdida de peso no intencionada de 4.5 kg en el último año.
- Sensación subjetiva de agotamiento (sentirse inusualmente cansado el último mes).
- Debilidad con falta objetiva de fuerza (menos de 17 kg de fuerza de prensión).
- Disminución de la velocidad de la marcha (menos de 0.8 mts /seg) y
- Escasa actividad física.

Una etapa de pre-fragilidad aparece cuando hay uno o dos criterios presentes e identifica un grupo de PM con alto riesgo de progresar hacia un estado de fragilidad (10).

La fragilidad predispone el riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad. La fragilidad es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo.

Manifestaciones clínicas

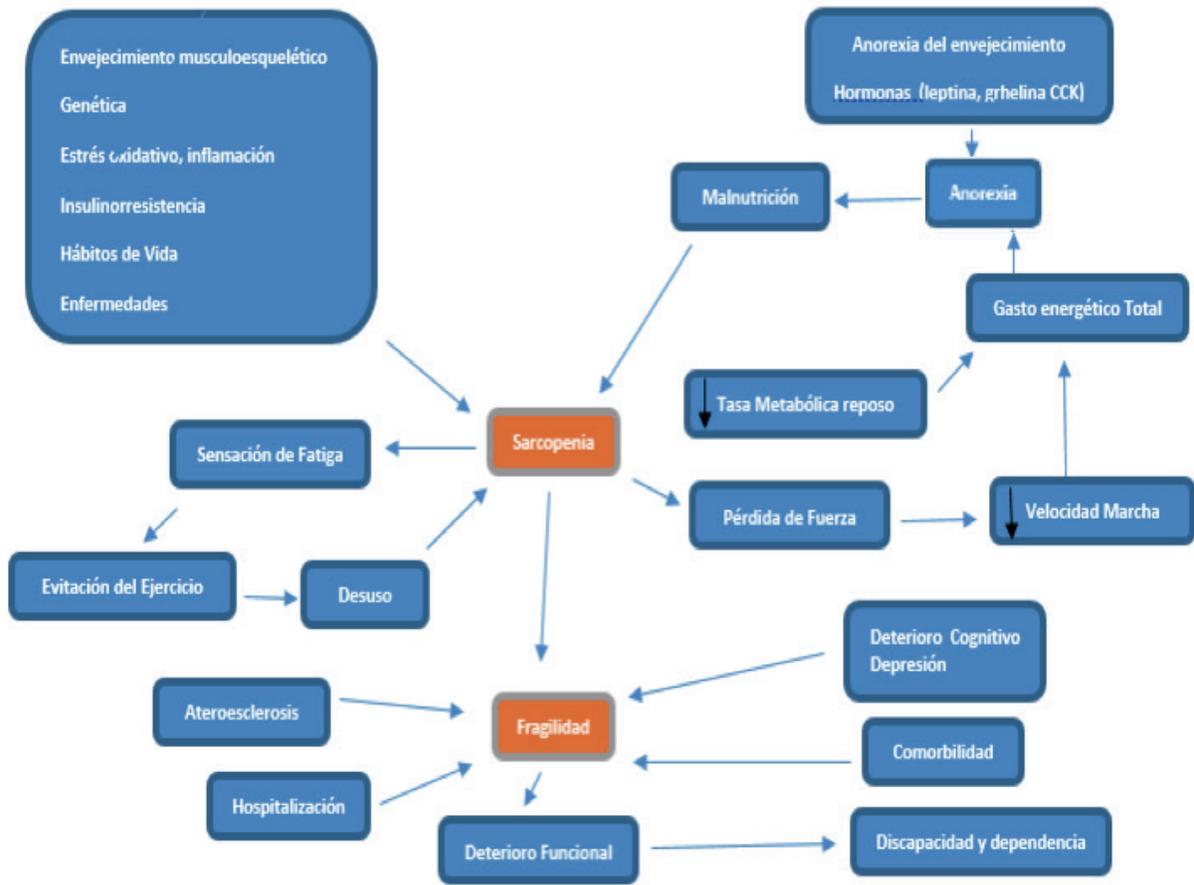
La multiplicidad de síntomas y problemas socio-sanitarios que presentan las PM frágiles requiere que tanto el profesional de enfermería y el equipo de atención, reconozcan en forma precoz este síndrome para contribuir a mejorar su calidad de vida. De acuerdo a la OMS y Fried (2001) (10), en la fragilidad se encuentran presentes los siguientes signos y síntomas:

- Pérdida de peso y anorexia.
- Debilidad y fatiga crónica auto-referida.
- Inactividad.
- Disminución de la velocidad de la marcha y de la fuerza.
- Alteración del balance.
- Sarcopenia, osteoporosis.

A estos síntomas y signos se agrega el ser mayor de 80 años y presentar deterioro cognitivo. Entre las principales consecuencias del síndrome de fragilidad se encuentran las caídas, enfermedades agudas, hospitalización, discapacidad, dependencia, institucionalización y muerte (10).

Sin embargo, el ciclo de fragilidad puede iniciarse como cualquiera de las manifestaciones clínicas que forman parte del síndrome, lo cual precipita un círculo vicioso que completa el síndrome como se observa en la Figura 12.2:

FIGURA 12.2. SÍNDROME DE FRAGILIDAD



Fuente: Extraído de (1).

El estado funcional en PM se conceptualiza como la habilidad para desempeñar actividades de autocuidado, automantenimiento e independencia para desarrollar actividades físicas, y se considera un marcador integral para determinar la salud de este grupo etario (11).

La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. El descenso en el estado funcional puede ser exacerbado por la suma de deficiencias fisiológicas y aspectos sociales presentes en la fragilidad. La Tabla 12.1 muestra los principales factores de salud y sociales que pueden influir en exacerbar la fragilidad de la PM.

TABLA 12.1. PRINCIPALES FACTORES DE SALUD Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CONDICIÓN DE FRAGILIDAD DE LA PM

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA FRAGILIDAD EN PM	
SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Patología crónica. ▸ Ictus con secuelas. ▸ Enfermedad de Parkinson. ▸ Caídas. ▸ Déficit sensoriales: audiovisual severo, hipoacusia severa. ▸ Enfermedad terminal. ▸ Deterioro cognitivo. ▸ Depresión. ▸ Infarto de miocardio de menos de seis meses de evolución. ▸ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ▸ Patología osteo-articular degenerativa. ▸ Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes. ▸ Prescripción en el último mes de antihipertensivos, hipoglicemiantes o sedantes. ▸ Ingreso hospitalario en los últimos doce meses.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Necesidad de atención domiciliaria. ▸ Incapacidad funcional por otras causas. ▸ Ser mayor de 80 años. ▸ Incapacidad de generar redes de apoyo por si mismo. ▸ Viudez inferior a un año. ▸ Cambio de domicilio menos de un año. ▸ Situación económica precaria.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (12)..

Durante la hospitalización, el declive funcional de las PM se relaciona con estancia prolongada, desarrollo de otras enfermedades agudas, mayor mortalidad, institucionalización y reingreso hospitalario (11).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en la PM frágil

VGI

La VGI es la primera etapa del PE, la Tabla 12.2 presenta recomendaciones para considerar al momento de realizar la VGI:

TABLA 12.2 RECOMENDACIONES PARA LA VGI DE UNA PM FRÁGIL O EN RIESGO

RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM	
ESFERA	ASPECTO A VALORAR
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Anamnesis: hospitalizaciones previas, antecedentes quirúrgicos, alergias, antecedentes mórbidos, cambios en el estado funcional a lo largo del último año, cambios ponderales, fatiga, mareo, trastornos del sueño, alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria, cambios en el hábito intestinal, afecciones osteoarticulares, problemas sexuales, patologías crónicas en control (se sugiere utilizar el Índice de Comorbilidad de Charlson), antecedentes de caídas (se sugiere utilizar la Escala de Downton). ▸ Realizar examen físico: se recomienda realizar valoración física por sistemas, especialmente circulatoria y musculoesqueléticos, valoración estado de la piel, órganos de los sentidos, problemas de salud bucodental. ▸ Valorar presencia de síndromes geriátricos. ▸ Preguntar sobre historia farmacológica, con y sin indicación médica. ▸ Preguntar por calendarios de inmunizaciones. ▸ Controlar signos vitales. ▸ Valorar antecedentes nutricionales: datos antropométricos: peso, talla IMC, o perímetro cintura, la cadera, pérdida de peso, tipo y calidad de la alimentación, se sugiere registro de 24 horas, Mini-Nutritional Assessment. ▸ Valorar hábitos: tabáquico, ingesta de alcohol, actividad física, se sugiere utilizar test IPAQ. ▸ Revisar resultados de exámenes complementarios.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar función cognitiva a través de Minimental, valorar síntomas de demencia y síndrome confusional agudo, se recomienda utilizar CAM. ▸ Valorar área afectiva: es de gran importancia el diagnóstico precoz de la depresión, evaluar estado cognitivo y emocional, se sugieren las siguientes escalas: Yesavage, MMSE, CAM.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar capacidad para realizar las ABVD y AIVD, se recomienda utilizar índice de Barthel y/o índice de Lawton y Brody. ▸ Valorar el equilibrio estático utilizar estación unipodal y dinámico utilizar TUG. ▸ Valorar fragilidad: Escala visual de fragilidad, FRAIL.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar relaciones sociales que tiene la PM con su medio, su red de apoyo, participación social, si vive solo, poder adquisitivo, edad, características de la vivienda y seguridad; funcionalidad familiar se recomiendan los siguientes instrumentos: apgar familiar, escala de apoyo social de MOS, escala de riesgo en la vivienda, escala de soledad social ESTE II, cuestionario de Barber. ▸ Valorar al cuidador: estrés del cuidador, características del cuidado, se recomienda utilizar escala de Zarit.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (13).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA (14)

Dependiendo de los datos obtenidos en la valoración y teniendo en cuenta que el proceso es individual y específico, se sugieren los siguientes diagnósticos.

- Síndrome de fragilidad r/c deterioro de la movilidad física m/p cansancio, intolerancia a la actividad.

- Síndrome de fragilidad r/c antecedente de caídas m/p inestabilidad de marcha.
- Síndrome de fragilidad r/c malnutrición m/p baja de peso, inapetencia.
- Síndrome de fragilidad r/c enfermedad crónica m/p fatiga, disminución del gasto cardíaco.
- Síndrome de fragilidad r/c alteración de la función cognitiva m/p pérdida de memoria, MMSE alterado.
- Síndrome de fragilidad r/c sarcopenia m/p menor fuerza muscular, Time up to go alterado, velocidad de la marcha y fuerza de presión alterado
- Síndrome de fragilidad r/c sedentarismo e inactividad física.
- Síndrome de fragilidad r/c vivir solo m/p déficit de autocuidado (alimentación, vestido, uso de WC), aislamiento social.
- Síndrome de fragilidad r/c hospitalización prolongada m/p desequilibrio nutricional, deterioro de la deambulaci3n.
- Síndrome de fragilidad r/c obesidad sarcopénica m/p falta de ejercicio regular.

Cuidados de enfermería a PM con síndrome de fragilidad

Aunque actualmente no existe un tratamiento curativo para el síndrome de fragilidad, existen ciertas intervenciones que mejoran la calidad de vida, disminuyen la mortalidad temprana y enlentecen la evolución del síndrome, por lo cual, las intervenciones en salud se deben dirigir hacia la detección y prevención de este síndrome, a través del manejo de aquellas condiciones biomédicas y mentales que pudieran favorecer la aparición de esta condición, evitando que aparezcan las complicaciones y discapacidades derivadas de este (13).

Los cuidados de enfermería deben ser integrales y deben considerar las diferencias existentes entre cada PM, sus historias de vida, la información obtenida a través de la VGI para organizar, desarrollar e implementar un plan de cuidados individualizado y específico de acuerdo a las necesidades detectadas. La Tabla 12.3 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para prevenir la condición de fragilidad en la PM.

TABLA 12.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA PM FRÁGIL.

ÁREAS		CUIDADOS
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinar la provisión de los diferentes servicios que requiere la PM frágil de acuerdo al plan de intervención implementado. ▸ Establecer contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. ▸ Prevenir institucionalizaciones innecesarias mediante la detección oportuna de de casos. ▸ Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo de la PM. ▸ Realizar seguimiento de la PM frágil para poder responder rápidamente a los cambios en su situación funcional y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. ▸ Derivar a taller de estimulación cognitiva según resultado de EMPAM/Taller de prevención de caídas. ▸ Derivar a CEDIAM o MAS AMA para fortalecer las funciones más debilitadas ▸ Realizar seguimiento de las PM en riesgo. ▸ Llevar registro de PM frágiles. ▸ Derivar a nutricionista, fonoaudióloga, kinesiología según resultados EFAM. ▸ Derivar a Programa Adulto Mayor Más autovalente. ▸ Derivar a consulta dental para evaluar salud bucal. ▸ Gestionar recursos sociales de apoyo. ▸ Coordinar ayudas técnicas. ▸ Realizar derivación oportuna a nivel secundario de atención.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar VGI anualmente, o semestralmente según el grado de compromiso funcional o en mayores de 80 años. ▸ Fomentar asistencia a EMPAM, para PM frágiles, 2 veces al año ▸ Fomentar vacunación. ▸ Valorar funcionalidad. ▸ Fomentar asistencia a controles de salud cardiovascular. ▸ Realizar visita domiciliaria integral. ▸ Facilitar el apoyo psicológico enfocado a la resolución adecuada de la crisis de adaptación de la vejez. ▸ Fomentar participación social (Programa MÁS).

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar sobre importancia de adquirir estilos de vida saludables (alimentación equilibrada, actividad física regular, adecuadas horas de sueño, manejo del estrés, relaciones interpersonales, importancia de las pausas). ▸ Educar sobre prevención de caídas. ▸ Capacitar a los cuidadores/as, especialmente en la satisfacción de necesidades de acuerdo a su nivel de dependencia. ▸ Generar y mantener material educativo sobre actividad física y alimentación, según las particularidades de la PM. ▸ Educar a la PM, familia y cuidadores/as sobre mantención de la funcionalidad a través de la realización de actividades físicas y cognitivas; sobre higiene y seguridad, prevención de infecciones, injurias, caídas, trastornos del sueño. ▸ Educar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico de sus patologías crónicas. ▸ Educar la importancia de evaluar funcionalidad. ▸ Fomentar el uso de prótesis, órtesis y otras ayudas técnicas.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Los elementos más prometedores para la prevención de la fragilidad son el tamizaje y el seguimiento desde la APS, una investigación acorde debiese ser llevada a cabo con el fin de poder disponer de una herramienta digital que permita realizar el seguimiento de las personas potencialmente frágiles desde los Centros de Salud. ▸ Estudiar implementabilidad de "carné de fragilidad".

Fuente: Elaborado por equipo personas mayores en base a (1), (13) y (14).

La Tabla 12.4 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para tratar y rehabilitar la condición de fragilidad en la PM.

TABLA 12.4. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LA PM FRÁGIL.

NIVELES	ÁREAS	CUIDADOS
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar derivación al programa de prótesis dental. • Mantener coordinación y continuidad de los cuidados con la APS. • Gestionar atención por especialista para manejo de descompensación condiciones crónicas o proceso agudo que esté afectando la funcionalidad. • Coordinar con nivel terciario de atención en caso de requerir hospitalización. • Gestionar rehabilitación kinesiológica y fonoaudiológica. • Coordinar con servicio de rehabilitación para movilización precoz. • Coordinar evaluación nutricional. • Coordinar continuidad de la atención en la APS al egreso.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar índice de Barthel al ingreso, compararlo con el basal y el del egreso hospitalario. • Realizar VGI al ingreso. • Revisar prescripción de fármacos y suspender medicamentos en PM frágiles con polifarmacia. • Valorar riesgo de polifarmacia, interacciones farmacológicas y sus efectos adversos. • Realizar e interpretar exámenes pertinentes. • Iniciar de manera precoz programa de rehabilitación. • Evaluar riesgo de caídas y prevenir las caídas. • Prevención de lesiones por presión y registro del riesgo de LPP. • Suspender cualquier procedimiento innecesario y excesivo que ponga a la PM en riesgo de iatrogenias. • Intervenir en UGA y/ servicios generales , con apoyo geriátrico para mantener o recuperar la funcionalidad disminuyendo el impacto de la hospitalización. • Planificar desde el ingreso el egreso hospitalario. • Realizar la categorización de dependencia y riesgo dr recomienda utilizar CUDYR. • Planificar la atención de enfermería según necesidades identificadas en la valoración. • Realizar preguntas que permitan la orientación temporo-espacial para prevenir síndrome confusional agudo. • Mantener y coordinar indicaciones por equipo de rehabilitación.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener reforzar educación tanto a la PM, cuidador y al equipo de trabajo. • Educar a la PM, familia y cuidadores sobre mantención de la funcionalidad a través de la realización de actividades físicas y cognitivas; sobre higiene y seguridad, prevención de infecciones, injurias, caídas, trastornos del sueño. • Educar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico de sus patologías crónicas. • Educar la importancia de evaluar funcionalidad. • Educar al personal de salud y cuidador sobre (previo determinación del nivel de conocimientos): • Técnicas de auto cuidado, signos de indicios de estrés del cuidador, proceso de duelo, importancia de incluir a otros miembros de la familia en el cuidado de la PM.

Consideraciones finales

La importancia de conocer el efecto que tiene la fragilidad sobre el estado funcional de las PM que se hospitalizan es el potencial de intervención, al permitir implementar estrategias en este grupo vulnerable al ingreso, que retarden o limiten su deterioro funcional. Los efectos sobre la reserva fisiológica asociados a la interrelación de estas alteraciones impactan negativamente sobre la fuerza y el poder muscular, la velocidad de la marcha, la tasa metabólica basal y el consumo máximo de oxígeno, todos ellos, factores que participan en el desarrollo de fragilidad, y que impactan en el estado funcional (11).

Ideas centrales

- La fragilidad en PM es un estado de susceptibilidad incrementada como consecuencia de una menor reserva en múltiples sistemas fisiológicos; se asocia con una menor capacidad de adaptación y un balance energético negativo.
- La presencia de tres o más de los siguientes elementos identifica a una PM frágil:
 - a. Pérdida de peso no intencionada de 4.5 kg en el último año.
 - b. Sensación subjetiva de agotamiento (sentirse inusualmente cansado el último mes).
 - c. Debilidad con falta objetiva de fuerza (menos de 17 kg de fuerza de prensión).
 - d. Disminución de la velocidad de la marcha (menos de 0.8 mts /seg)
 - e. Escasa actividad física.
- Una etapa de pre fragilidad aparece cuando hay uno o dos criterios presentes e identifica un grupo de PM con alto riesgo de progresar hacia un estado de fragilidad (10).
- Los cuidados de enfermería deben estar vinculados al plan de intervención concordado con la PM, cuidador, red de apoyo y con el equipo multidisciplinar. El objetivo que guía el plan es potenciar la funcionalidad y disminuir el impacto de la hospitalización o de descompensación de sus patologías crónicas. Existen ciertas intervenciones que mejoran la calidad de vida, disminuyen la mortalidad temprana y enlentecen la evolución del síndrome.

CAPÍTULO 13. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON INESTABILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

Descripción

Las caídas en las PM

La prevención de las caídas es fundamental debido a sus consecuencias a nivel de morbilidad, mortalidad, dependencia y alteración emocional. El año 2001 se determinó a través de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Chile de OPS (2001) una prevalencia del 35.3% anual de caídas en las PM que viven en la comunidad. Así mismo, la literatura internacional menciona que un tercio las PM de 65 años sufren una o más caídas al año en su domicilio y que una de cada 40 de estas personas serán hospitalizadas. Este riesgo aumenta conforme aumenta la edad, llegando al 45% en personas de 80 y más años (15). Más del 50% de las caídas ocurren en el domicilio siendo el lugar más peligroso el baño, en donde se producen el 46% de las caídas intradomiciliarias (16). En el caso de las PM que se encuentran en los ELEM, este riesgo es aún mayor llegando a establecerse que el 50% de estos presentará una o más caídas al año (15).

La importancia de su detección radica en que las caídas pueden ser la primera alerta de una patología no detectada o la manifestación de fragilidad en la PM, además de ser un predictor de muerte. También es fundamental detectar no tan sólo las caídas sino el riesgo de caer de la PM, de tal manera de poder implementar las estrategias de tratamiento destinadas a evitarlas y con ello evitar los daños secundarios que éstas generan, dificultando procesos de rehabilitación, descompensación de patologías concomitantes, ansiedad, depresión y síndrome de post caídas los cuales a la larga implican hospitalización, aumentos de días cama y una peor recuperación funcional (17).

Definición del síndrome de inestabilidad y riesgo de caídas

Debido a su alta incidencia y elevada morbimortalidad las caídas forman parte de uno de los síndromes geriátricos más importantes. Es por esto que su abordaje desde la prevención y manejo son fundamentales en todas las áreas de desempeño de la enfermería desde el nivel comunitario al intrahospitalario, tomando especial relevancia clínica y social las caídas frecuentes, definiéndose éstas como dos o más episodios de caídas en un año.

Las caídas han sido definidas por la OMS como la «consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo en contra de su voluntad». Otra definición respecto de las caídas se refiere a «acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en la tierra u otra superficie firme que lo detenga».

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de las caídas en PM son: dolor, equimosis o hematomas, impotencia funcional y fracturas. El síndrome post caída, suele ser una consecuencia, este se define como cualquier cambio de conducta como ansiedad, pérdida en la seguridad en sí mismo posterior a la caída por temor a caer nuevamente o al dolor asociado a la caída y se da hasta en un 16% de las caídas.

Factores de Riesgo de caídas en la PM

La literatura describe una serie de factores que predisponen a caer, los cuales se describen en la Tabla 13.1.

TABLA 13.1. FACTORES DE RIESGOS DE CAÍDAS EN LA PM

FACTORES	
INTRÍNSECOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Déficit sensorial (visual, auditivo). ▸ Problemas de estabilidad postural. ▸ Alteración de los reflejos posturales. ▸ Disminución de la fuerza muscular. ▸ Presencia de patologías: cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, metabólicas, endocrinas, infecciosas, depresión, demencia. ▸ Uso de fármacos prescrito y automedicación: hipotensores, betabloqueantes, diuréticos, hipoglicemiantes, antidepresivos, hipnóticos, neurolépticos. ▸ Presencia de polifarmacia. ▸ Dolor. ▸ Síndrome post caídas. ▸ Consumo perjudicial del alcohol. ▸ Conductas de riesgo tales como subir sobre sillas, podar árboles en altura, no prender la luz en la noche al momento de ir al baño, etc.
EXTRÍNSECOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Barreras arquitectónicas: escaleras sin barandas, baño sin barras de sujeción, presencia de desniveles. ▸ Riesgos domiciliarios: pisos resbaladizos, presencia de alfombra, presencia de mascotas, iluminación deficiente, mobiliario inadecuado, plantas o utensilios de jardín a ras de suelo, etc. ▸ Del entorno: aceras irregulares, semáforos de corta duración, veredas estrechas, ausencia de barandas en escaleras o rampas antideslizantes, iluminación deficiente.
MIXTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Extrínsecos e intrínsecos simultáneos.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (17).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en la PM con inestabilidad y riesgo de caídas

VGI

La detección de las caídas en la PM se puede realizar mediante una adecuada entrevista y anamnesis, en donde es fundamental tener un lenguaje claro y sencillo de manera de poder obtener datos objetivos y veraces, ya que las PM tienden a ocultar estos antecedentes o minimizarlos, sólo informando las caídas con consecuencias graves. Es importante consultar por la ingesta de alcohol ya que según el boletín N°23 del SENDA señala que el 16.9% de las PM presenta un consumo riesgoso y presencia de conductas de riesgo (como subir a reparar el techo, correr a contestar el teléfono, etc.) (18).

Una vez realizada la anamnesis, controlar los signos vitales (presión arterial, pulso) y glicemia capilar, en búsqueda de alteraciones tales como hipo o hiperglicemia e hipotensión. Para esta última sería útil buscar signos de ortostatismo para lo cual se debe medir la presión con el usuario en decúbito supino y luego de 5 minutos de reposo realizar una toma de presión arterial, luego pedirle que se ponga de pie y 3 minutos después realizar una nueva toma de presión en bipedestación y observar si existe un descenso o no de 20 mm/ Hg o más; en dicho caso podríamos decir que existe un ortostatismo.

También es fundamental llevar a cabo la valoración a través de escalas que permitan objetivar el riesgo de caer ya que las últimas investigaciones demuestran que los mejores indicadores para de-

tectar a una PM con riesgo de caer son aquellas que evalúan presencia de fallas visuales, polifarmacia, equilibrio estático y dinámico. En el caso de los ELEM, la American Geriatrics Society y la British Geriatrics Society consideran adecuado realizar una valoración de riesgo de caídas al ingreso y una vez al año, para poder determinar las causas de las caídas y a su vez tomar medidas preventivas. A continuación la Tabla 13.2 presenta recomendaciones a considerar en la VGI de la PM con inestabilidad y en riesgo de presentar caídas.

TABLA 13.2 RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON INESTABILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Controlar signos vitales (evaluar ortostatismo). ▸ Realizar ECG evaluar alteraciones de ritmo. ▸ Preguntar por historia farmacológica: ingesta de fármacos tanto los prescritos como la auto prescripción tales como hipotensores, betabloqueantes, diuréticos, hipoglicemiantes, antidepresivos, hipnóticos, neurolépticos, presencia de polifarmacia. ▸ Evaluar patologías de base (ACV, artrosis, Sd. vertiginoso, etc.). ▸ Indagar por patologías que puedan estar asociadas con las caídas como factor intrínseco (cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, metabólicas, endocrinas, infecciosas, alteraciones sensoriales, depresión, dolor, demencia, síndrome post caídas).
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar presencia de deterioro cognitivo, demencia o síndrome confusional agudo. ▸ Evaluar presencia de adicciones y alteraciones del ánimo. ▸ Aplicar escalas tales como Yesavage.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar alteraciones sensoriales. ▸ Evaluar uso y presencia de ayudas técnicas. ▸ Valorar rendimiento en ABVD, AIVD y AAVD. ▸ Valorar el riesgo de caídas a través de equilibrio estático se mide con la prueba Estación Unipodal y el equilibrio dinámico con la prueba Timed Up and Go. ▸ Valorar presencia de barreras arquitectónicas y riesgos domiciliarios. ▸ Valorar uso de calzado poco adecuado.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar lugar de residencia (comunidad, institucionalizado) ▸ Valorar presencia de redes de apoyo. ▸ Valorar barreras arquitectónicas y riesgos domiciliarios (desniveles, suelos en mal estado, mala iluminación, presencia de alfombras, pisos cerámicos sin antideslizantes, pisos mojados, etc.). ▸ Valorar presencia de mascotas en el hogar.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (13),(14).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

Dependiendo de los datos obtenidos en la valoración y teniendo en cuenta que el proceso es individual y específico, se sugieren los siguientes diagnósticos de enfermería:

- a. Relacionados con inestabilidad y riesgo de caídas de la PM:
 - Deterioro eliminación urinaria
 - Incontinencia Urinaria total
 - Disminución del gasto cardíaco

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Deterioro de la movilidad física
- Deterioro de la deambulaci3n
- Alteraci3n de la percepci3n sensorial (visual, auditiva, cenestésica)
- Confusi3n aguda
- Confusi3n cr3nica
- Dolor Agudo
- Dolor Cr3nico
- Riesgo de caída

b. Relacionados con la caída:

- Riesgo de lesi3n
- Riesgo de traumatismo
- Riesgo de S3ndrome de desuso
- Deterioro de la integridad tisular
- Deterioro de la interacci3n social
- Deterioro adaptativo
- Deterioro de la movilidad física.

Cuidados de enfermería en PM con inestabilidad y riesgo de caídas

La Tabla 13.3 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para PM con inestabilidad para prevenir el riesgo de caídas.

TABLA 13.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCI3N Y PREVENCI3N, PARA LA PM CON INESTABILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

NIVEL	ÁREA DEL ROL	INTERVENCIONES
PROMOCI3N Y PREVENCI3N	GESTI3N	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar y actualizar el diagn3stico comunitario de PM con inestabilidad y que presenten riesgo de caídas. ▸ Desarrollar planes de intervenci3n grupales y focalizados a disminuir los factores de riesgos de caídas, orientados a fortalecer la musculatura y el equilibrio, liderados por un profesional competente. ▸ Desarrollar planes de cuidados individuales, seg3n riesgo, orientados al fortalecimiento muscular y/o equilibrio.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar de escalas destinadas a evaluar riesgo de caídas, como test de Tinetti, J.H. Downton. ▸ Detectar de manera precoz los factores de riesgo intrínseco y extrínseco: presencia de alteraciones sensoriales (visi3n, audici3n, poli neuropatía diabética). ▸ Evaluar riesgos domiciliarios y barreras arquitect3nicas (evaluaci3n en visita domiciliaria de ser posible). ▸ Evaluar uso de ayudas t3cnicas e incentivar su correcta utilizaci3n.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables (alimentación equilibrada, actividad física regular, manejo de estrés, manejo de adicciones, importancia del sueño reparador y relaciones interpersonales significativas). ▸ Educar en relación a prevención y manejo de patologías crónicas, administración de medicamentos, riesgos domiciliarios, incontinencia, educación respecto de cómo caer y como levantarse. ▸ Educar sobre la importancia de corregir los gatillantes de las caídas (patologías, polifarmacia, riesgos ambientales, barreras arquitectónicas, alteraciones sensoriales, conductas de riesgo). ▸ Educar a la PM y cuidador principal sobre la importancia de disminuir los riesgos de caídas en el hogar: mantener ambiente ordenado, zapatos seguros y antideslizantes (evitar pantuflas), evitar superficies heladas y mojadas, disponer espacios iluminados, luz nocturna en la mesa de noche, evitar alfombras, aconsejar realizar modificaciones estructurales necesarias, como incorporar pasamanos en escaleras y baño. ▸ Educar al equipo de salud sobre las diversas escalas de valoración de riesgo de caídas y sobre la importancia de clasificar el riesgo. ▸ Educar al equipo de salud sobre estrategias integrales y multifactoriales de bajo costo con el fin de prevenir las caídas en PM.
-------------------------------	------------------	---

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (13), (19) y (20).

La Tabla 13.4 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para tratar y rehabilitar a la PM con inestabilidad para prevenir el riesgo de caídas.

TABLA 13.4. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA TRATAR Y REHABILITAR A LA PM CON INESTABILIDAD PARA PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS.

NIVEL	ÁREA DEL ROL	INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecer un sistema de notificación de caídas y análisis de causas locales a fin de aportar datos para adoptar intervenciones ajustadas a la epidemiología local. ▸ Realizar programas de detección de peligros ambientales a nivel local. ▸ Gestionar y orientar frente a exámenes diagnósticos orientados a buscar la causa de las caídas.
		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar necesidades de seguridad, según función física y cognitiva, a través de la aplicación de escalas como Downton. ▸ Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. ▸ Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. ▸ Identificar riesgo de seguridad en el ambiente. ▸ Identificar el riesgo a través de un brazaletes. ▸ Eliminar factores de riesgo del ambiente. ▸ Modificar el ambiente para minimizar los riesgos.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de dispositivos adaptativos y de protección (barandas, frenos de camas, cama baja etc.) para aumentar la seguridad. ▪ Mantener una iluminación nocturna tenue que permita un trayecto seguro de los usuarios además de asistencia en los trayectos. ▪ Asegurar que el timbre de llamada esté al alcance del usuario, así como también las ayudas técnicas tales como bastón y andador como aquellas destinadas a corregir déficit sensorial tales como audífonos y lentes ópticos (rotular con el nombre de la PM). ▪ Evitar equipos y mobiliarios que entorpezcan la movilización de la PM. ▪ Promover el uso de ropa y calzado adecuado (evitar el uso de pantuflas, zapatos sin sujeción de talón uso de zapatos con taco alto o suela). ▪ Facilitar la realización de actividades de rehabilitación dentro del entorno hospitalario. ▪ Promover la presencia de cuidadores (familiares o remunerados) en aquellas PM con alto riesgo de caídas. ▪ Marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones. ▪ Evaluar presencia de síndrome post caída.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar y reforzar a la PM usuaria de ayudas técnicas sobre las características de la ayuda técnica, entrenar sobre su uso y realizar corrección y refuerzo en la técnica empleada. ▪ Educar al personal en cuanto a las transferencias de cama/silla considerando tiempo de adaptación a los cambios posturales, así como también la asistencia de las PM con ayudas técnicas. ▪ Educar al personal para mantener los objetos al alcance de las PM, evitando esfuerzos innecesarios que pongan en riesgo a la PM.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (13), (19) y (20).

Ideas centrales

- La importancia de detectar el riesgo de caídas, radica en que puede ser la primera alerta de una patología no detectada o la manifestación de fragilidad en la PM, además de ser un predictor de muerte.
- Se recomienda llevar a cabo la VGI a través de escalas que permitan objetivar el riesgo de caer, ya que las últimas investigaciones demuestran que los mejores indicadores para detectar a una PM en riesgo de caer, son aquellas que evalúan fallas visuales, polifarmacia, equilibrio estático y dinámico.
- Es vital implementar estrategias de tratamiento destinadas a evitar las caídas y con ello, los daños secundarios a estas.

CAPÍTULO 14. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON SÍNDROME DE DISMOVILIDAD

Descripción

El Síndrome de Dismovilidad es uno de los grandes síndromes geriátricos que afecta especialmente a las PM frágiles deteriorando de manera significativa su calidad de vida y cuyas complicaciones pueden llevarle a la muerte.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud de las PM y de su calidad de vida ya que determina su independencia para realizar las ABVD. La PM en situación de dismovilidad es un usuario de alto riesgo para la aparición de complicaciones en su salud, dependencia para las ABVD e institucionalización (21).

Definición del síndrome de dismovilidad

Desde la realización del "IV Congreso Latinoamericano de Geriátría y Gerontología (COMLAT)", en Santiago en el año 2003, que el Síndrome de Inmovilidad se ha re-conceptualizado como Síndrome de Dismovilidad; dado que siempre hay movimiento, la inmovilidad no existe en el universo físico, por ejemplo, hay movilidad respiratoria, cardiovascular, digestiva, ocular entre otras (22).

La Inmovilidad definida como la restricción generalmente involuntaria en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosocial permite la identificación de las PM afectadas, pero no permite diferencias entre ellos según la etiología, historia natural, pronóstico ni manejo de las causas que la originan (23).

La dismovilidad se define como la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión. Se denomina "molesta" a aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento y "dificultosa" a aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento (23).

La dismovilidad también es definida como la disminución del espacio vital o del espacio en que una persona vive sus días y sus noches, el cual va sufriendo cambios conforme avanzan las trayectorias de vida, incluyendo desde la ciudad donde vive, estudia o trabaja, los lugares que puede visitar en un viaje, o largas distancias que puede alcanzar caminando o corriendo, para los más jóvenes, hasta la limitación de las áreas en que se desplaza en la ciudad, luego sólo su barrio, más tarde su casa y finalmente su habitación y su cama, para las PM (24).

La dismovilidad se puede clasificar según su forma de instalación, del tiempo de evolución y a su etapa (Tabla 14.1). La forma de instalación permite diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes (22). Es importante destacar que a mayor velocidad en el tiempo de instalación de la dismovilidad, se debe asumir una mayor gravedad de las causas que la condicionaron.

TABLA 14.1. CLASIFICACIÓN DE LA DISMOVILIDAD.

FORMA DE INSTALACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	ETAPA DE LA DISMOVILIDAD
AGUDA	Reciente: evolución de hasta un año	ETAPA 1 (vida de pedestación); ETAPA2 (vida sedente); ETAPAS 3, 4 y 5 Etapas de encamamiento.
LARVADA	Antigua: con más de un año de evolución.	

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (22).

Manifestaciones clínicas

La importancia de la definición de la etapa de la dismovilidad en la que se encuentre la PM, radica en que permite entre otras cosas, definir el nivel de atención, las medidas terapéuticas y preventivas, contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas, establecer un pronóstico funcional y vital (23). Las etapas de la dismovilidad propuestas para las edades geriátricas pueden apreciarse en la Tabla 14.2.

TABLA 14.2. ETAFIFICACIÓN DE LA DISMOVILIDAD

ETAPAS						
	1	2	3	4	5	
	<i>Con vida de pedestación</i>		<i>Con vida sedente</i>	<i>Sub etapas de encamamiento</i>		
ETAPAS	Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.		Permanece la mayor parte del día sentado	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama.	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
	A Etapas de estabilización mayor independencia	Camina sin ayuda.	Se sienta y se incorpora solo.	Puede salir de la cama solo o con ayuda.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda.	Puede expresarse y darse a entender.
	B Etapas de transición mayor dependencia	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes.	Deben sentarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros.	No puede expresarse, no puede darse a entender.

Fuente: Extraída de (23).

La determinación de la etapa en que se encuentran las PM debe hacerse en base a su vida HABITUAL y no en lo que es o sería capaz de hacer. Por ejemplo, una persona portadora de una hemiparesia braquiocrural izquierda que debido a ella pasa la mayor parte del día en cama, aun pudiendo caminar con cierta dificultad, se encuentra en subetapa 3-A, no en 1-B (23).

Las personas en etapa 2 que pueden permanecer en posición sedente pero en la cama, deben ser consideradas en etapa de encamamiento (23), éstas pueden dividirse en aquellas que:

- Pueden permanecer sentadas sin apoyo de espalda, brazos ni pies;
- Necesitan apoyar los pies, la espalda, los brazos;
- Pueden permanecer sentadas sólo en un sillón.

En las etapas propuestas se hacen patentes 2 momentos de quiebre: entre la etapa 1 y la etapa 2 (entre quienes pasan de una vida de pedestación a una vida principalmente sedente) y entre la etapa 2 y la 3 (entre quienes pasan de una vida sedente a una vida de cama). Las etapas 3, 4 y 5 corresponden a sub-etapas del encamamiento (23). Por lo tanto, debe ponerse especial énfasis en el manejo de los puntos de quiebre y el avance entra las sub etapas A y B, para evitar la progresión e ir implementando el manejo para lograr la regresión a la etapa anterior. Debe destacarse que si el quiebre se produce en forma aguda, con una progresión en 72 horas o menos comprometiendo 2 o más etapas, debe considerarse que se está ante una Urgencia Geriátrica.

Existen factores intrínsecos y extrínsecos predisponentes de dismovilidad, los cuales se presentan de manera resumida en la Tabla 14.3.

TABLA 14.3. FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS PREDISPONENTES DE DISMOVILIDAD

FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS PREDISPONENTES DE DISMOVILIDAD	
INTRÍNSECOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Enfermedades musculo-esqueléticas. ▸ Enfermedades neurológicas. ▸ Enfermedades cardiovasculares. ▸ Enfermedades pulmonares. ▸ Enfermedades endocrinas. ▸ Déficit sensorial. ▸ Causas psicológicas síndrome post caída. ▸ Edad sobre 75 años.
EXTRÍNSECOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Factores iatrogénicos: prescripción de reposo, medidas de restricción física, sobreprotección, fármacos (principalmente neurolépticos, benzodiazepinas, inductores de sueño, relajantes musculares), fármacos con efectos anticolinérgico, antihipertensivos y diuréticos. ▸ Factores ambientales: hospitalización, barreras arquitectónicas, tanto a nivel domiciliario como en ambientes urbanos e institucionales. ▸ Factores sociales: falta de apoyo social, falta de estímulo.

Fuente: Extraída de (24).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con Síndrome de Dismovilidad

VGI

Para hacer la valoración de las PM en riesgo o situación de dismovilidad, es necesario que cuenten con su vestuario habitual, al igual que los accesorios de apoyo, tales como bastón, audífonos, lentes u otras ayudas técnicas que aporten a tales efectos. La Tabla 14.4 presenta recomendaciones para realizar la VGI a una PM en riesgo o síndrome de dismovilidad.

TABLA 14.4. RECOMENDACIONES PARA LA VGI DE UN PM EN RIESGO O CON SÍNDROME DE DISMOVILIDAD

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar estado basal anterior: La entrevista se debe orientar al tiempo, velocidad de la instalación y tipo de evolución, impacto en sus ABVD, condiciones clínicas y factores que están influyendo, tanto intrínseca como extrínsecamente: <ul style="list-style-type: none"> a. Presencia de patologías crónicas. b. Alteraciones en los órganos de los sentidos. c. Historia de caídas previas; evaluar el riesgo de caídas teniendo en cuenta estado mental y nutricional; evaluar riesgo de caídas utilizando escalas para PM en la comunidad e institucionalizados. d. Medicamentos prescritos, revisar los que provoquen estreñimiento, fármacos que pueden alterar la movilidad (antidepresivos, benzodiazepinas), automedicación. e. Conocimientos sobre prevención de lesiones. ▸ Valorar del riesgo de deterioro de la integridad cutánea inmediatamente al ingreso y de forma periódica si está institucionalizado. Se recomienda utilizar la escala de Braden. ▸ Controlar signos vitales: saturación de oxígeno (Sat O₂%), frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial. ▸ Evaluar antropometría: peso-talla- IMC. ▸ Valorar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> a. Tabaquismo (nº cigarrillos/día/pensamiento de dejarlo), alcohol u otras sustancias. b. Alimentación: tipo de dieta; ingesta: de lácteos, bebidas azucaradas; complejos vitamínicos; alergias. c. De eliminación, cambios en los hábitos intestinales. d. De sueño: horas de sueño al día: nocturno, día, otros; hora de inicio / fin de sueño y/o descanso; existencia de cansancio, somnolencia, etc., tras el sueño o el descanso. ¿Desde cuándo? Aplicar Cuestionario de Oviedo del Sueño. ▸ Valorar dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita, tolerancia al dolor, se recomienda utilizar la escala visual analógica del dolor. ▸ Realizar valoración física por sistemas: <ul style="list-style-type: none"> a. Sistema respiratorio: secreciones, dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración como la posición corporal o limitaciones de los movimientos, tipo de respiración, permeabilidad de las vías aéreas, tos. b. Sistema digestivo: inapetencia; existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, entre otros); alteración del peso; intolerancia alimenticia, problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; prótesis; frecuencia de eliminación fecal; características de las heces; alteraciones: Incontinencia, dolor, hemorroides, gases. c. Sistema Urinario: frecuencia de eliminación urinaria.

CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> d. Sistema músculo-esquelético: valoración de miembros inferiores, valoración de pies y presencia de sarcopenia. e. Piel: Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas; estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad; alteraciones o lesiones de la piel: presencia de lesiones por presión (LPP), lesiones por humedad; úlceras vasculares, traumatismos. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Indagar por tratamientos farmacológico y no farmacológico. ▸ Medidas preventivas habituales: vacunaciones, exámenes de salud. ▸ Preguntar por causas de los últimos ingresos hospitalarios: motivo, días de permanencia.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar déficit cognoscitivo que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. ▸ Valorar estado de ánimo: sintomatología depresiva, preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad. Aplicar Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, de Hamilton o Beck para la ansiedad. ▸ Valorar presencia síndrome post caídas. ▸ Indagar sobre conocimientos sobre su estado de salud, interés por conductas saludables. ▸ Valorar la percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿cómo se siente?, ¿qué se siente capaz de hacer?, ¿qué, quién puede ayudarlo?, ¿qué expectativas tiene?. Aplicar escala de satisfacción vital de Diener, o escala de autoestima de Rosenberg. ▸ Valorar orientación: espacial, temporal, persona: aplicar Minimental abreviado. ▸ Valorar alteraciones sensoriales-perceptivas. ▸ Valorar nivel de conciencia y memoria. ▸ Valorar la comunicación: limitaciones cognitivo - perceptuales, posibilidad de comunicación alternativa. ▸ Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores, importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar la independencia para realizar las ABVD: alimentación, aseo, movilidad, continencia de esfínteres, vestirse, uso del baño. Se recomienda utilizar Índice de Barthel, si corresponde. ▸ Valorar grado de actividad en la vida cotidiana: situación habitual; de ambulante/ sillón-cama/encamado; características de la movilidad en cama (posición, decúbito, cambios a sedestación y bipedestación); transferencia de la cama a la silla y/o al baño (solo o con necesidad de supervisión o ayuda); Se recomienda utilizar ETADI. ▸ Evaluar equilibrio en tándem (marcha puntera-talón, siguiendo una línea colocar un pie justo delante del otro) o en semitándem (caminar siguiendo una línea, pero dejando un espacio entre ambos pies). ▸ Evaluar características de la marcha deben valorarse en cuanto a forma de levantarse de la silla, desplazamiento en una distancia de tres metros y resultados de aplicación de escalas como Times Up and Go y Tinetti.

SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar características de la vivienda: luminosidad, exceso de muebles, adecuación del espacio físico. ▸ Explorar los factores que contribuyen al aislamiento. ▸ Valorar disponibilidad de medios de movilización y transporte. ▸ Valorar sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar, valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia, situaciones que puedan crear tensión familiar adicional. ▸ En relación al cuidador/a: <ul style="list-style-type: none"> a. Relación de parentesco. b. Relaciones anteriores con la persona dismovilizada. c. Estado general de salud. d. Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados. e. Percepción de la situación. f. Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de personas dismovilizadas. g. Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación. h. Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales. i. Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales. j. Utilizar Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
---------------	---

Fuente: Elaborado port equipo de personas mayores en base a (24),(25)

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

Dependiendo de los datos obtenidos en la valoración y teniendo en cuenta que el proceso es individual y específico, se sugieren los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Patrón respiratorio eficaz.
- Déficit de autocuidado: alimentación, vestido.
- Intolerancia a la actividad.
- Trastorno del patrón del sueño.
- Estreñimiento.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Ansiedad.
- Patrón sexual ineficaz.
- Discomfort.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Conocimientos deficientes (especificar).
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de síndrome de desuso.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de infección.

- Riesgo de caídas.
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Riesgo de estreñimiento.
- Riesgo de aislamiento social.

Problemas interdependientes secundarios al síndrome de inmovilidad

- Riesgo de alteración del patrón respiratorio.
- Riesgo de sarcopenia.
- Riesgo de contracturas articulares.
- Riesgo de depresión.

Cuidados de enfermería en PM en riesgo o con síndrome de dismovilidad

El rol del/la profesional de enfermería en el cuidado a las PM en condición de dismovilidad, considera apoyo social e instrumental e involucra generar cambios en la conducta o las actitudes de la PM, en la calidad y la frecuencia de la interacción con la PM. También es fundamental la promoción de conductas saludables, mejorar la calidad de vida y el fomento de la participación social en la medida que su condición lo permita (24). La Tabla 14.5 presenta recomendaciones de cuidados de enfermería para la PM en riesgo o con síndrome de dismovilidad.

TABLA 14.5. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN PM EN RIESGO O CON SÍNDROME DE DISMOVILIDAD

NIVEL	ÁREA	CUIDADOS
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuar los recursos al perfil de la persona en condición de dismovilidad y su red de apoyo. ▪ Coordinar con los diferentes niveles de atención de la red asistencial y de la comunidad, con el fin de dar continuidad en el cuidado. ▪ Realizar análisis de costo-beneficio previo a decidir qué tipo de atención o cuidados domiciliarios es mejor y más eficiente en comparación a otras posibilidades de provisión de servicios. ▪ Definir la cartera de prestaciones de acuerdo a las características de la población objetivo y análisis realizado. ▪ Difundir la cartera de servicios de manera clara, para el usuario, cuidador, familia y/o comunidad. ▪ Implementar el plan de atención y concertar con los servicios formales e informales, incluidos en el plan de atención, con enfoque de derechos e intereses de la persona en condición de dismovilidad y sus cuidadores. ▪ Realizar seguimiento de casos, para responder en forma oportuna a los cambios en la persona en situación de dismovilidad y su entorno. ▪ Realizar inducción a quienes ingresan al programa y plan anual de capacitación a los cuidadores, en el domicilio y/o establecimiento de salud. ▪ Evaluar y realizar seguimiento de la calidad y seguridad de los cuidados.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prescribir actividad física según patología y severidad de la misma, duración e intensidad según tolerancia. ▸ Incentivar la autonomía, tanto física como en la toma de decisiones. ▸ Detectar precozmente factores de riesgo o indicadores de deterioro funcional. ▸ Identificar a PM sedentarias y frágiles. ▸ Realizar examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. ▸ Evitar barreras arquitectónicas. ▸ Estimular la independencia: facilidad para abrir las puertas, pasillos; adecuada iluminación, habitaciones amplias, retirar muebles que interfieran con la deambulación, utilizar bandillas para el apoyo. ▸ Incentivar el uso de ayudas técnicas que aporten a mantener o mejorar el nivel sensorial. ▸ Adaptar los implementos de higiene personal y cubiertos, según las necesidades de cada persona. ▸ Adaptar la vestimenta tales como sustitución de botones y cierres, por velcros, prendas abiertas por delante y suelas antideslizantes en los zapatos. Para vestir la parte inferior del cuerpo será más fácil realizarlo en decúbito comenzando por la extremidad más discapacitada. ▸ Prevenir complicaciones genitourinarias: <ul style="list-style-type: none"> a. Vigilar retención urinaria. b. Mantener una adecuada posición en la micción y condiciones de intimidad. c. Si existe vaciado incompleto recomendar contraer voluntariamente la pared abdominal o ejercer presión manual sobre ella, en la zona superior al pubis. d. En caso de incontinencia de poco tiempo de evolución y PM colaboradoras, realizar ejercicios de entrenamiento del de-trusor como los ejercicios de Kegel (empezar a orinar y dejar de hacerlo varias veces a lo largo de una evacuación normal) ▸ Prevenir de complicaciones gastrointestinales: <ul style="list-style-type: none"> a. Dieta debe ser suficiente, equilibrada, rica en fibras, variada, de fácil ingestión, digestión y absorción. b. Revisar el estado de la boca (dentición, prótesis mal acopladas, etcétera). c. Potenciar la comida fuera de la cama y en compañía para prevenir la anorexia. d. Incorporar a la PM encamada para evitar problemas de bron-co-aspiración. ▸ Favorecer un patrón horario de defecación y preservar su intimidad.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar en autocuidado para la mantención de la autovalencia. ▸ Educar sobre medidas de autocuidado y aplicación de factores protectores de la salud. ▸ Educar al cuidador/a sobre la importancia de realizar adaptaciones del entorno que favorezcan los desplazamientos y estimulen el mantenimiento de la autonomía.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Caracterizar el perfil sociodemográfico de las personas de la comunidad según niveles de dependencia y situación de dismovilidad. ▸ Caracteriza el perfil sociodemográfico de los cuidadores. ▸ Determinar y analizar la prevalencia de la dismovilidad en la comunidad. ▸ Evaluar los resultados de la aplicación de intervenciones innovadoras.
-------------------------------	----------------------	--

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (24), (26), (27), (28) y (29), (30), (31).

La Tabla 14.6 presenta recomendaciones de cuidados de enfermería para tratar y rehabilitar a la PM en riesgo o con síndrome de dismovilidad.

TABLA 14.6. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN PM EN RIESGO O CON SÍNDROME DE DISMOVILIDAD

NIVEL	ÁREA DEL ROL	CUIDADOS
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Adecuar los recursos físicos, materiales y humanos al perfil de la persona en condición de dismovilidad y su red de apoyo. ▸ Coordinar con los diferentes niveles de atención de la red asistencial y de la comunidad, con el fin de dar continuidad en el cuidado.
		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Priorizar las necesidades identificadas para diseñar plan individualizado de cuidados. Esta actividad debe ser realizado por el equipo de salud, cuidador y la familia. ▸ Evaluar continuamente o según necesidad, de acuerdo a cambios detectados durante el seguimiento. ▸ Brindar relación de apoyo, en función de las necesidades y los deseos de las PM en situación de dismovilidad y sus cuidadores. ▸ Fomentar la participación activa de los cuidadores en las distintas actividades que se programen, con calidad y con enfoque de salud familiar. ▸ Controlar mensualmente por medio de visita domiciliaria, de acuerdo a plan de cuidado, condición de la PM dismovilizada. ▸ Rehabilitar las secuelas generadas por procesos de dismovilidad. ▸ Tratar las complicaciones: contracturas articulares, rigidez o anquilosis articulares, atrofia muscular, osteoporosis. ▸ Fomentar mecánica corporal. ▸ Alinear el cuerpo de forma simétrica, evitando posturas antiálgicas o viciosas. ▸ Realizar cambios posturales según necesidades de cada persona. ▸ Vigilar el estado de la piel. ▸ Aliviar el dolor. ▸ Mejorar el control muscular. ▸ Mantener la movilidad articular. ▸ Potenciar la musculatura de forma global.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mejorar la capacidad respiratoria, la circulación general o periférica, coordinación, estática y actitudes posturales, de manera individualizada y progresiva sin sobrepasar la capacidad funcional de la persona afectada. ▸ Ayudar con el autocuidado, en la ABVD, transferencia. ▸ Favorecer la expresión de los sentimientos y animar a compartir las emociones. ▸ Mantener la motivación planteando objetivos accesibles a corto y medio plazo. ▸ Favorecer las visitas y la conversación con la PM sobre su vida, su pasado, su futuro y sus intereses. ▸ Favorecer la autonomía en la toma de decisiones.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar a la PM, cuidador/a y personal de enfermería en relación a: <ol style="list-style-type: none"> a. Medidas de autocuidado y prevención de la dismovilidad. b. Importancia de los cambios de posición. c. Ejercicios pasivos y activos. d. Identificación de complicaciones asociadas a las dismovilidad. e. Responsabilidad y posibilidades que tienen dentro del proceso de autocuidado, la PM dismovilizada, su cuidador y la familia. f. Autocuidado del cuidador. g. Recursos disponibles en la comunidad como red de apoyo y proveedores de ayudas sociales y técnicas.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (24), (26), (27), (28) y (29) , (30), (31).

Ideas centrales

- El síndrome de inmovilidad se ha re-conceptualizado como síndrome de dismovilidad, dado que siempre hay movimiento, ya sea movimientos respiratorios, cardiovascular, digestivos, etc.
- La dismovilidad se puede clasificar según su forma de instalación, tiempo de evolución y etapa en que se encuentre. La forma de instalación permite diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes.
- La definición de la etapa de la dismovilidad en la que se encuentre la PM, radica en que permite, entre otras cosas, definir el nivel de atención, las medidas terapéuticas y preventivas, contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas, establecer un pronóstico funcional y vital.
- El rol del/la profesional de enfermería en el cuidado a las PM en condición de dismovilidad, considera apoyo social e instrumental, involucra generar cambios en la conducta o las actitudes de la PM, en la calidad y la frecuencia de la interacción con la PM. Es fundamental la promoción de conductas saludables, mejorar la calidad de vida y el fomento de la participación social en la medida que su condición de salud lo permita.

CAPÍTULO 15. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

Descripción

Cambios fisiológicos de la piel de las PM

La PM sufre cambios fisiológicos con el paso del tiempo en los diferentes órganos del cuerpo, incluyendo la piel. Algunos de los cambios más relevantes son: disminución del crecimiento celular, pérdida de turgencia, adelgazamiento de epidermis, contracción de la dermis, atrofia de glándulas sudoríparas y sebáceas, y disminución de producción de colágeno. La cohesividad de estratos de la piel disminuye, debido a un aplanamiento de papilas epidérmicas, la unión dermoepidérmica se debilita y el tejido subcutáneo se reduce. Algunas terminaciones nerviosas disminuyen su sensibilidad, particularmente las responsables del dolor y temperatura, incluso la pared vascular de los capilares disminuye su grosor, generando fragilidad. Esto sumado a la aterosclerosis hace que se produzcan cambios patológicos que causan ruptura capilar, hematomas o equimosis bajo la piel. Además, se reduce el flujo sanguíneo de los miembros inferiores. En relación con estas modificaciones morfológicas y cambios en los procesos fisiológicos, es que el proceso de reparación de los tejidos se enlentece y aumenta la vulnerabilidad de trastornos cutáneos y tisulares propios de la PM (32)(33).

Definición del síndrome de lesiones de piel y manifestaciones clínicas

Desgarros de Piel (DP)

Es una herida traumática causada por fuerzas mecánicas, incluyendo el retiro de adhesivos. La severidad puede variar según la profundidad, pero no se extienden al tejido subcutáneo y se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo, pero entre un 70 y 80% se ubican en las extremidades superiores y en el dorso de las manos. Estimaciones a nivel mundial muestran que los DP son las heridas más comunes, por sobre las LP en PM (34). Existen 3 categorías, de acuerdo a las características de cobertura del lecho (35)(53):

- **Desgarro de Piel Tipo 1** (Sin pérdida de piel): lesión lineal o con colgajo de piel que al ser repositado es capaz de cubrir completamente el lecho.
- **Desgarro de Piel Tipo 2** (Pérdida parcial del colgajo): el colgajo de piel no puede cubrir la totalidad del lecho.
- **Desgarro de Piel Tipo 3** (Pérdida completa del colgajo): todo el colgajo de piel se ha perdido, quedando el lecho completamente expuesto.

FIGURA 15.1. CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS DE PIEL



Tipo 1

Tipo 2

Tipo 3

Fuente: Imágenes extraídas de LeBlanc K et al. (53).

Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)

Inflamación y daño de la piel asociado a exposición de orina, deposiciones o una combinación de ambas. La presencia de estos irritantes altera el manto ácido de la piel, debido a que alcalinizan el pH por la conversión de la urea en amonio, generando una activación enzimática de la lipasa y proteasa, presentes en las deposiciones. Esto destruye proteínas de los queratinocitos y lípidos del estrato córneo (32). Se manifiesta con inflamación, eritema, edema, flictenas, erosión y/o denudación de la piel, acompañada en ocasiones de infección. La DAI corresponde a uno de los cuatro tipos de dermatitis que componen las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (Moisture-Associated Skin Damage) (36)(37). La incontinencia urinaria (IU) es más frecuente en mujeres y PM, siendo uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. En Chile, el 61.7% de las PM residentes de ELEAM presentan IU, 51.4% incontinencia fecal (IF) y el 94% de ellos usan apósitos protectores o pañales (38). Existen cuatro categorías, de acuerdo la severidad del área afectada y presencia de infección (39):

- **Categoría 1A**, enrojecimiento persistente sin signos de infección: No hay pérdida de la continuidad de la piel, pero sí variedad de tonos. Aspecto brillante o macerado.
- **Categoría 1B**, enrojecimiento persistente con signos de infección: misma sintomatología que 1A, más signos de infección, como descamación blanca de la piel (infección fúngica) o lesiones satélite (pústulas circundantes, por *Cándida Albicans*).
- **Categoría 2A**, pérdida de piel sin signos de infección: Puede presentar erosión (por daño o ruptura de vesículas), denudación o excoriación, pudiendo ser difuso.
- **Categoría 2B**, pérdida de piel con signos de infección: misma sintomatología que 2A, más signos de infección, como descamación blanca de piel (infección fúngica) o lesiones satélite (pústulas circundantes, por *Cándida Albicans*). Esfacelo visible en lecho, apariencia verdosa (infección bacteriana sugerente de *Pseudomona A*), exudado alto.

FIGURA 15.2. CLASIFICACIÓN DE LA DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA



Categoría 1A

Imagen cortesía de Ana María Álvarez



Categoría 1B

Imagen cortesía de Carolina Núñez



Categoría 2A



Categoría 2B

Fuente: Imagen cortesía de Pamela Valdebenito. Fuente 2B: (39).

Lesiones por Presión

Daño localizado en la piel y/o tejido blando y/o de soporte, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado a un dispositivo médico, y puede presentarse como piel intacta o pérdida de la continuidad (40). Su fisiopatología se explica por un círculo vicioso de daño tisular causado por deformación, inflamación e isquemia. La deformación tisular sostenida, causada por las fuerzas del peso corporal (presión, fricción y cizalla) conduce a la pérdida de la estructura celular, interrumpe el transporte hacia su membrana plasmática y produce la muerte celular. Esto desencadena un edema inflamatorio, que aumenta la presión intersticial en el tejido entre huesos y superficies de apoyo, aumentando aún más los niveles de distorsión celular y acelerando el daño. Después de varias horas de exposición a estas fuerzas sostenidas y bajo la influencia de elevada presión intersticial, el daño isquémico puede comenzar a acumularse, aumentando aún más la extensión y velocidad del daño tisular (41). Se le suma la humedad y temperatura local (microclima), donde la humedad aumenta la fuerza de presión y cizalla, mientras que la temperatura genera mayor sudoración y humedad (42). En este contexto, la dermatitis asociada a incontinencia (DAI) aumenta 5 veces el riesgo de presentar lesiones por presión (LP) (36). En Chile, los resultados de una investigación en un hospital de alta complejidad, indicaron que los servicios clínicos con mayor notificación de LP son: Cirugía (38,1%), UCI adulto (18,9%) y Medicina (17,7%). Se ubican principalmente en zona sacra (29,4%) y talón (24,9%), y se clasifican mayoritariamente en categoría I y II [42]. Existen 7 categorías, de acuerdo al compromiso del espesor de tejido (44):

- **Categoría I:** eritema que no cede tras 30 minutos de descompresión, sin pérdida de continuidad de la piel.

- **Categoría II:** compromiso de epidermis y/o dermis. Lecho rosado o rojo, húmedo, flictena intacta o rota.
- **Categoría III:** presencia de esfacelo, tejido granulatorio o necrosis. Compromiso de tejido adiposo, bolsillos, túneles. No hay compromiso de tendón, músculo y hueso. Puede incluir cavitaciones, tunelizaciones y epíbole.
- **Categoría IV:** estructuras de soporte comprometidas, exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago y hueso. Esfacelo o tejido necrótico pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones o tunelizaciones y la profundidad varía según localización anatómica.
- **No clasificable:** pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la lesión está completamente cubierta por tejido desvitalizado en el lecho de la herida. La verdadera profundidad no se puede determinar.
- **Lesión de tejidos profundos:** piel intacta o no intacta con área localizada de color rojo oscuro, marrón o violáceo. Puede presentar flictena con contenido hemático.
- **Lesión asociada a dispositivos médicos:** resulta del uso de un dispositivo diseñado para el diagnóstico o tratamiento, dejando una lesión sobre la piel de la forma de este. La LP de membrana mucosa también se asocia al uso de dispositivo médico, pero estas no se pueden categorizar.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN NPUAP

Categoría	Descripción
Categoría I	• Piel intacta con un área localizada de eritema no blanqueable, que puede aparecer de manera diferente en la piel con pigmentación oscura. La presencia de cambios en la sensibilidad, temperatura o firmeza del tejido, pueden preceder a los cambios visuales.
Categoría II	• Pérdida de espesor parcial de la piel con dermis expuesta. El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo y también puede presentarse como una flictena intacta o rota. No hay tejido de granulación, esfacelos ni escaras.
Categoría III	• Pérdida de espesor total de la piel en la que el tejido adiposo es visible en la úlcera y es frecuente observar tejido de granulación y epíbole (bordes enrollados de la herida). Esfacelo y/o escara pueden ser visibles. La profundidad del daño tisular varía según la ubicación anatómica; las áreas de adiposidad significativa pueden desarrollar heridas profundas. Pueden ocurrir socavamientos y túneles. La fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartílago y/o el hueso no están expuestos.
Categoría IV	• Pérdida total de espesor de la piel y tejidos, con exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso ya sea en forma directa o palpable en la úlcera. Puede presentar esfacelo y/o escara visible. A menudo se producen epíboles (bordes enrollados), socavamientos y/o túneles. La profundidad varía según la ubicación anatómica.
LPP no clasificable	• Pérdida de espesor total de piel o tejido en la que no se puede determinar la extensión del daño tisular dentro de la úlcera porque está cubierto por esfacelo o por escara. Si se elimina el esfacelo o la escara, se revelará una lesión por presión categoría III o IV.
LPP en tejidos profundos	• Piel intacta o no intacta con un área localizada de decoloración persistente de color rojo intenso, granate o púrpura que no palidece o separación epidérmica que revela un lecho oscuro de la herida o una ampolla con contenido hemático. El dolor y el cambio de temperatura a menudo preceden a los cambios de color de la piel. Esta lesión resulta de una presión intensa y/o prolongada y a las fuerzas de cizallamiento en la interfaz huesomúsculo.

Fuente: Elaborado por Minsal 2023, en base a (44).

Una de las principales complicaciones de las lesiones de piel es la infección local. Las PM incontinentes y usuarias de pañal, experimentan más ITU durante un año (45) y tienen mayor prevalencia de candidiasis (36). Las LP tienen un alto riesgo de infección cuando se presentan en zona sacra y son capaces de provocar sepsis. Esto retrasa el proceso de reparación tisular en cualquier tipo de lesión y aumenta el dolor (35). Las lesiones de piel, dependiendo de su ubicación y profundidad, pueden generar celulitis y osteomielitis. Las LP son capaces de generar complicaciones graves y acelerar la mortalidad en las PM, aumentando al doble la probabilidad de morir y disminuyendo la expectativa de vida, cuando coexiste con demencia en la PM (46).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con lesiones de la piel

VGI

Previo a la valoración local de la lesión de piel, es importante conocer el estado de salud, historia clínica y contexto de la PM. A continuación la Tabla 15.1 presenta recomendaciones para considerar al momento de realizar la VGI en una PM que presenta una lesión de piel.

TABLA 15.1. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON LESIONES DE PIEL

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> Realizar anamnesis: factores no modificables: edad y sexo, antecedentes familiares y personales (mórbidos y quirúrgicos); alergias; antecedentes de lesiones de piel; fármacos que alteran la reparación tisular como corticoides, inmunosupresores, drogas vasoactivas y quimioterápicos; fármacos que favorecen condiciones de riesgo como antibióticos, procinéticos, diuréticos y anticoagulantes. Valorar presencia de comorbilidades: antecedentes de isquemia o hipoperfusión tisular, Enfermedad Arterial Oclusiva (EAO), Insuficiencia Cardíaca (IC), Incontinencia, alteraciones inmunológicas (VIH, inmunosupresión), enfermedades inflamatorias, enfermedades metabólicas, Neoplasias, Enfermedad Renal Crónica (ERC). Preguntar por adherencia a hábitos y estilos de vida: tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, actividad física, alimentación y hábitos de hidratación, calidad del sueño, relaciones interpersonales, importancia de las pausas. Interpretar resultados de exámenes de laboratorio: hemograma, VHS, glicemia, hemoglobina glicosilada (en PM con DM), perfil lipídico, uremia, nitrógeno ureico, creatinemia, velocidad de filtración glomerular (VFG), electrolitos plasmáticos, TSH y T4, orina completa y urocultivo (en sospecha de ITU). Revisar e interpretar informe de estudios complementarios: Índice Tobillo Brazo (ITB) en lesiones ubicadas en los miembros inferiores (EEII) y electrocardiograma. Examen físico: signos vitales, glicemia capilar (en PM con DM), antropometría, estado nutricional, características piel (incluyendo pliegues) y fanéreos, signos de infección e hidratación. Al valorar dolor, utilizar EVA y en PM con dificultad de comunicación, considerar lenguaje no verbal (ej. pérdida apetito, quejidos, llorar, gemir). En estos casos, el instrumento de evaluación más apropiado no ha sido determinado aún (44).
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Valorar área cognitiva: Consciencia y aceptación de enfermedad o situación de salud, habilidades de cuidado y autocuidado, identificación de etapa del cambio (Ej. Prochaska). Valorar área afectiva: identificar presencia de deterioro de la autoestima o depresión a través de instrumento Yesavage. Considerar preferencias de la PM, respecto a metas de cuidado, costo, impacto ambiental, recursos, tiempo, disponibilidad y funcionalidad del cuidador(a).

FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar EMPAM. ▸ Valorar nivel de dependencia a través de Índice de Barthel. ▸ Evaluar la movilidad para indicar ayudas técnicas. ▸ Evaluar deterioro sensorial, auditivo y visual. ▸ Valorar estado nutricional con instrumentos de tamizaje nutricional validados, como MNA y MUST. ▸ Considerar vía de alimentación (oral independiente, oral asistida, enteral, parenteral). ▸ Valorar grado de dismovilidad y presencia de posiciones viciosas.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar su grado de participación social (clubes u otros), organizaciones comunitarias ▸ Valorar situación socioeconómica (trabajo, jubilación, pensión). ▸ Indagar por presencia de cuidador y redes de apoyo (vive solo o acompañado). ▸ Aplicar instrumentos de valoración familiar, tipología familiar. ▸ Valorar acceso a servicios de salud. ▸ Valorar servicios básicos y tipo de vivienda.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (32), (40), (47) y (48).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

Dependiendo de los datos obtenidos en la valoración y teniendo en cuenta que el proceso es individual y específico, se sugieren los siguientes diagnósticos de enfermería (77):

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en PM F/R externos: edad extrema, excreciones, secreciones, factor mecánico (cizalla, presión, inmovilidad), hidratación, hipertermia, hipotermia, humedad, nutrición inadecuada, deterioro de la circulación. Internos: fármacos; alteraciones de la pigmentación, turgencia de la piel, metabolismo, sensorial, circulatoria, inmunodeficiencia, nutrición inadecuada.
- Deterioro de la integridad cutánea en PM F/R externos: edades extremas, excreciones, secreciones, factor mecánico (cizalla, presión, inmovilidad), hidratación, hipertermia, hipotermia, humedad, deterioro de la circulación. Internos: fármacos; alteraciones de la pigmentación, turgencia de la piel, metabolismo, sensorial, circulatoria. Inmunodeficiencia, nutrición inadecuada. Características definitorias: alteraciones la integridad de la piel, dolor agudo, eritema, LP categoría 2.
- Deterioro de la integridad tisular en PM F/R fármacos; alteración de sensibilidad, metabolismo y circulatoria; conocimiento insuficiente de la mantención y protección de la integridad tisular, deterioro de movilidad, edad extrema, desequilibrio nutricional, factor mecánico, humedad, neuropatía periférica, temperaturas ambientales extremas, volumen de líquidos excesivo, volumen de líquidos insuficiente. Características definitorias: destrucción tisular, lesión tisular, LP categoría 4.

Cuidados de enfermería en PM con lesiones de piel

La Tabla 15.2 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para PM con lesiones de piel

TABLA 15.2. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN UNA PM CON SÍNDROME DE LESIONES DE PIEL

ÁREA	INTERVENCIONES
<p>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<p>GESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar población de PM en riesgo de dermatitis asociada a incontinencia (DAI) y lesiones por presión (LP): ▸ Factores de riesgo (FR) intrínsecos: Incontinencia, piel envejecida, DM, tabaquismo, fiebre, hipoxemia, dolor, malnutrición, hipoalbuminemia, enfermedad crítica, inmovilidad, desorientación, déficit del autocuidado y factores psicosociales, hidratación de la piel inadecuada. Comorbilidades: cardiopatías, neurodegenerativas, cardiovasculares, vasculares periféricas, DM, respiratorias, anemia. ▸ FR extrínsecos: corticoides, drogas vasoactivas, sedación, inmunosupresores. DAI: hospitalización prolongada, antibióticos, procinéticos, uso de pañal. La IF es el mayor FR de DAI. ▸ Identificar población de PM en riesgo de daño a la piel (DP): ▸ FR intrínsecos: Envejecimiento de la piel y fotoenvejecimiento, historia previa de DP, dermatoporosis, pseudocicatrices, disminución de la irrigación sanguínea, púrpura senil, deterioro cognitivo, malnutrición, pérdida de la autonomía. ▸ FR extrínsecos: polifarmacia, uñas largas, uso de anillos (cuidador(a) o la misma persona), retiro inadecuado de cintas adhesivas, golpes o mal posicionamiento de objetos. <div data-bbox="669 930 1013 1171" style="text-align: center;">  <p>Pseudocicatrices</p> </div> <div data-bbox="669 1251 1013 1486" style="text-align: center;">  <p>Púrpura Senil</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar instrumentos de evaluación del riesgo: Uso de escalas validadas. LP, DP, DAI: Índice de Barthel, Escala de Braden. DP: Escala Riesgo de Caídas como escala de Downton. ▸ Elaborar, ejecutar y/o supervisar protocolos del cuidado de piel y lesiones en PM, relacionados con la incidencia y prevalencia nacional y local, liderando el equipo de salud en esta área de la disciplina. ▸ Organizar y dirigir los recursos humanos, coordinando el trabajo de TENS, a quienes encargará el procedimiento y no delegará la gestión del cuidado.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Planificar y controlar los recursos materiales necesarios para entregar cuidados de enfermería integrales, que permitan una prevención efectiva y logren un tratamiento exitoso. ▸ Derivar oportunamente en las siguientes situaciones a: medicina general en infección, dolor, exámenes, desbridamiento profundo; cirugía vascular (CV) en lesiones en EEII con EAO; cirugía plástica en LP complejas de resolución quirúrgica; fisioterapia; nutricionista; enfermera (o) experta(o) o de mayor experiencia en lesiones complejas; kinesiología en terapia piso pélvico e inmovilidad; psicología; podología clínica, según necesidad. ▸ Referir a programa de salud mental, según screening de valoración. ▸ Asegurar la comprensión y aprobación del plan de cuidados, para favorecer la adherencia. ▸ Elaborar plan de cuidados en coherencia con el pronóstico de salud de la PM.
	ASISTENCIAL	<p>Realizar higiene, secado, emulsión, humectación considerando las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Frecuencia e higiene de la piel: No hay evidencia suficiente que indique la frecuencia del baño. Se recomienda usar productos limpiadores de la piel al menos 1 o 2 veces/semana. Aseo con agua tibia. Escoger productos con emolientes, de preferencia jabones sintéticos (Syndet). Evitar jabones; en caso de utilizarlos, preferir presentación líquida y de pH 5.5 o similar. Incluso jabón Dove puede ser más inocuo. Enjuagar profusamente y no sumergir de manera prolongada. En DAI, preferir productos diseñados para incontinencia, que no requieran enjuague y que contengan hidratantes, emolientes y productos de barrera. ▸ Secado de la piel: con papel o toallas suaves absorbentes por tocamientos. No frotar y evitar el uso de toallas de género, ya que aumenta el coeficiente de fricción, sobre todo en DAI. ▸ Uso de emolientes: Aportan una barrera artificial de lípidos al EC. Se recomienda en la higiene e hidratación de la piel, con ácidos grasos, petrolato, ceramidas, aceite de semilla de girasol, alantoína, aceite de almendras y de bacalao. Los hidratantes se aplicarán 2 a 3 veces al día en piel seca. ▸ Uso de humectantes: Atraen agua al EC y compensan la pérdida del factor de hidratación natural. Evitar en DAI. Ej.: Urea, Lactato, Glicerina, Dexpantenol. ▸ Uso de barreras y protectores cutáneos: aplicar en pieles con o en riesgo de maceración, posterior a la limpieza e hidratación de la piel. Ej.: incontinencia, humedad, sudor, saliva. Preferir polímero de acrilato, cianoacrilato, petrolato, silicona, dimeticona, por sobre pastas de óxido de zinc. En caso de utilizar este último, evitar retiro por fricción y preferir dejarlo en piel en caso de no conseguirlo. ▸ Controlar de xerosis y prurito: causas y tratamiento. Causas de xerosis: insuficiencia venosa crónica (IVC), RAM (ej. hipolipemiantes, diuréticos), malnutrición, DM, deshidratación. Causas prurito: Xerosis, ERC, insuficiencia hepática, RAM (ej. opioides, ácido acetilsalicílico), déficit de hierro, disfunción tiroidea, escabiosis, otros. Descartar infección. Uso de emolientes y humectantes disminuyen la xerosis y el prurito consecuente. Disponibles en ungüento, crema, gel, lociones, spray. Deben ser libres de fragancia y colorantes.

<p>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<p>ASISTENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingredientes en productos para la piel: Utilizar: polietilenglicol, alquilpoliglucósido, polisorbato, oxtoxinole (Surfactantes iónicos). Evitar: lanolina, propilenglicol, bálsamo del Perú, perfumes, alcohol, laurilsulfato sódico (Surfactante aniónico), jabones antibacterianos, parabenos. Estos últimos aumentan el riesgo de Dermatitis de Contacto Alérgica. • Realizar protección solar: Usar productos con 30 FPS o más, especialmente en cabeza, cara, orejas y brazos. Aplicar 30 min. antes de la exposición y repetir cada 2 horas. Evitar horarios de 10 a 16 horas. Usar sombreros de 5 a 8 cm. de ala. Uso de lentes de sol. • Aspectos nutricionales: <ul style="list-style-type: none"> - Gestionar evaluación por nutricionista cuando exista riesgo de lesiones de piel: incontinencia, Barthel ≤ 45 puntos, Braden con alto riesgo y según MUST, MNA u otro. Para mejorar condiciones de la piel, aumentar consumo de alimentos con antocianina, prebióticos y una alimentación equilibrada. En riesgo de LP, con o en riesgo de malnutrición, se recomienda que la ingesta de proteínas sea: 1 - 1.5 g/kg peso/día en PM sin enfermedad renal crónica (ERC). - Asegurar hábitos de hidratación adecuada. • Del ambiente y entorno: <ul style="list-style-type: none"> - Controlar temperatura del ambiente y acondicionamiento de mobiliarios: calor aumenta pérdida agua transepidermica y frío genera vasoconstricción, disminuyendo perfusión tisular. El aire más seco (calefacción central o aire acondicionado) generan alteración en el EC. Acolchar barandas, sillas de ruedas, puntas de muebles y bastones. • Ropa de cama y prendas de vestir. • Cambiar sábanas cada vez que estén húmedas o mojadas. • Instalar medias anti embólicas o compresivas con uso de calzador o dispositivo deslizante. DP: protección con ropa suave, mangas, calcetas y pantalón largos o vendas no compresivas. • LP: evitar varias capas de ropa de cama en uso de SEMP, ya que textura y grosor de la tela pueden influir en el manejo de la presión. • Reposicionamiento y movilización en riesgo de LPP: No hay consenso en la frecuencia del reposicionamiento, debiendo individualizar plan de cuidados a cada PM. La evidencia afirma que cambios posturales cada 6 horas son perjudiciales, habiendo estudios de 1, 2 y 4 horas que muestran beneficios en la prevención. Se recomienda posicionar en ángulo de 30° inclinado (figura n° 7) o prono, evitando los 90° grados de la cama, ya que aumentan el riesgo de LP. Silla de ruedas: uso permanente de cojín de redistribución de carga y promover la movilización autónoma para liberar presión (push-up). • Dispositivos clínicos: Inspección ≥ 2 veces/día bajo y alrededor de estos en busca de LP asociadas. Rotarlos frecuentemente y utilizar superficie profiláctica debajo. Extracción precoz de los dispositivos médicos, según condición de la PM.
--------------------------------------	---------------------------	---

<p>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<p>ASISTENCIAL</p>	 <p>Posición de 30° inclinada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección de Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) • Seleccionar SEMP reactiva de aire (Ej. Flujo de aire alternante con motor o flotación seca) en personas con riesgo de LP. En caso de no contar con este, preferir espuma de altas prestaciones (Ej. viscoelástica) por sobre un colchón tradicional. Considerar cuando seleccione: movilidad e inactividad; necesidad de reducir microclima y cizalla, tamaño y peso de la PM; número, severidad y ubicación de LP existentes y riesgo de desarrollar nuevas. • Liberación de la presión en puntos de apoyo. • Usar recubrimientos profilácticos de espuma y silicona en prominencias óseas por sobre hidrocoloides y transparentes que son recomendados para prevenir LP asociadas a dispositivo. • Levantar talones, colocando cojines o almohadas debajo de las pantorrillas, evitando la presión en el tendón de Aquiles y la vena poplítea. • No masajear ni frotar la piel frágil ni zonas con hiperemia. Uso de alzarropa.
	<p>EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los equipos de salud a través de programas que incluyan: etiología, fisiopatología, nutrición, higiene, continencia, redistribución de presión, cuidados de la herida, ejercicios, uso de silla de ruedas, SEMP, cojines especiales, (los cojines tipo picarones están contraindicados) ropa y calzados, autocuidado, bienestar, apoyo social y estrategias de afrontamiento. • Capacitar a la PM y cuidadores/as con contenidos tales como: etiología de las lesiones por presión, factores de riesgo, planes de prevención, posicionamiento, cuidados de la piel, inmovilidad y elementos que favorecen la cicatrización; manejo del dolor y otros. • Entrenamiento y capacitación por parte del Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa y Departamento de Calidad y Docencia. Se ha observado una correlación entre un mayor nivel de conocimientos en evaluación de las heridas, con haber asistido a cursos del área en los últimos 2 años. • Salud mental del cuidador o funcionario identificando sobrecarga con Escala Zarit y aplicar cuestionario Burnout de Maslach, para sobrecarga en funcionarios de la salud. • Manos seguras manteniendo uñas cortas y evitar uso de joyas, tanto la PM como cuidador(a) y personal de salud.

	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Implementar el pensamiento crítico para optimizar la gestión del cuidado en la PM con lesiones de piel. Utilizar la evidencia científica actualizada y de diferentes fuentes de información, adaptando a sus condiciones y preferencias. Resolver problemas de salud a través de búsquedas en la literatura científica y/o desarrollando y/o colaborando en una investigación.
--	----------------------	--

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores es en base (32), (34), (37), (40), (45), (47), (49), (50), (52), (52), (53), (54), (55), (56), (57).

La Tabla 15.3 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para tratar y rehabilitar a una PM con lesiones de piel.

TABLA 15.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN UNA PM CON SÍNDROME DE LESIONES DE PIEL

	ÁREA	INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Derivar frente a sospecha de malignidad en lesiones >10 años de evolución con: hipergranulación, ubicación atípica, agrandamiento y bordes hipertróficos. Requiere biopsia para diagnóstico. Descartar EAO especialmente lesiones de EEII, ya que empeoran el pronóstico. Requieren evaluación por cirugía vascular para revascularización y terapias coadyuvantes avanzadas.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Controlar el cumplimiento del plan nutricional fundamental para el abordaje integral de las lesiones de piel: <ul style="list-style-type: none"> Ingesta de 30 a 35 kcal/kg peso/día en malnutrición o riesgo de malnutrición. Hidratación: 30 ml/kg peso/día o 1ml/kcal/día. Aumentar consumo en caso de vómitos, diarrea, sudoración profusa, fiebre, exudado excesivo de heridas. Ingesta de 1a 1.5 g/kg peso/día de proteínas en personas con lesiones en piel con o en riesgo de malnutrición, sin enfermedad renal crónica. Vitaminas y minerales orales: Indicación sólo en ingesta inadecuada o deficiente, o si esto se sospecha o está confirmado. Suplementos orales altos en calorías, proteínas, arginina, zinc y antioxidantes (bebidas fortificadas): se indicarán en LP II o mayor, que estén con o en riesgo de malnutrición. Estos suplementos deberán administrarse entre comidas y al menos por 4 semanas. Controlar las causas o barreras para la reparación: comorbilidades; controlar glicemia capilar en cada curación (en PM con DM). Considerar estrés, ansiedad, dolor y estilos de vida. <p>Del cuidado local de lesiones en la PM:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer metas a corto plazo. Controlar el tejido no viable y/o necrótico: <ul style="list-style-type: none"> Determinar cantidad y calidad de tejido desvitalizado. Seleccionar tipo de desbridamiento surfactante, cortante o quirúrgico, mecánico, autolítico, enzimático, biológico larval, contraindicado en EAO. Controlar carga bacteriana e infección: <ul style="list-style-type: none"> Control de infección local (signos visibles u ocultos), diseminada o sepsis y sospecha de biopelícula.

<p>TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN</p>	<p>ASISTENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Controlar la humedad: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar cantidad y calidad del exudado. Restablecer equilibrio de la humedad a través de la hidratación o absorción en el lecho de la herida. ▸ Controlar el edema: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar etiología (IVC, IC, ERC, Infección). Si se presenta en EEII, utilizar sistemas compresivos con evaluación arterial previa. Sólo si la compresión está contraindicada, se considerará uso de diuréticos. ▸ Estimular bordes epiteliales y piel circundante: <ul style="list-style-type: none"> - Promover epitelización desde los bordes y piel circundante hacia el centro. ▸ Utilizar TPN (terapia de presión negativa) y productos de retiro atraumático. ▸ Realizar desbridamiento, hidratar y/o proteger la piel y bordes circundantes. ▸ Reevaluar: <ul style="list-style-type: none"> - El logro de objetivos establecidos y progresión de la lesión a través de medición de volumen (largo x ancho x profundidad). La mayoría de las úlceras debiesen disminuir su volumen en un 40 a 50%, el primer mes. ▸ Cuando no responde al tratamiento integral por un tiempo > 2 semanas, sospechar biopelícula. ▸ Tratamiento con apósitos con plata debe suspenderse a las 2 semanas si no hay infección y continuar con otro tipo de antimicrobiano. <p>De la etiología de cada lesión de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar de etiología: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnóstico diferencial entre lesiones de aspectos similares, valorando causa, localización, profundidad, forma y síntomas. Ej. LP y DAI. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico diferencial entre DAI y LP. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar ITB siempre que las lesiones se ubiquen en miembros inferiores.
--	---------------------------	--



<p>TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN</p>	<p>ASISTENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sobre la placa necrótica estable en talones: placas necróticas con EAO no deben ser desbridadas. Más del 90% sanan en 3 meses aprox. En ausencia de EAO, no hay recomendaciones concluyentes. En alta sospecha de infección, deberán ser removidas. Mantener control de carga bacteriana en la escara, dejar cubierta y liberar la presión. <p>Tratamiento de DAI (Limpieza, Hidratación y Protección de la Piel).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar y tratar causa de la incontinencia urinaria (IU) y fecal (IF). ▸ Cafeína, alcohol y condimentos aumentan la incontinencia. ▸ Limpieza y protección de la piel utilizan mismos productos que en prevención. ▸ Limpieza al menos 1 vez/día y luego de cada episodio. ▸ Utilizar productos con emolientes e hidratantes, evitando humectantes. ▸ Utilizar dispositivo urinario no invasivo en hombres puede ser una alternativa. Catéter Urinario Permanente (CUP) o Dispositivo Temporal Invasivo para IF, se utilizarán sólo cuando intervenciones no invasivas hayan fallado. ▸ En el caso del CUP, su necesidad deberá ser evaluada diariamente y retirado lo más pronto posible. ▸ Respecto al dispositivo de IF, puede permanecer hasta 29 días. ▸ Está contraindicado el tapón fecal, por aumentar la presión dentro de la ampolla rectal. <p>Dispositivo absorbente de contención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Usar pañal sólo si hay incontinencia, ya que su uso inapropiado altera patrones de evacuación y prolonga la incontinencia transitoria. Marcas comerciales tienen mejor funcionamiento que genéricos. Pañales aumentan la presión sobre la piel y los pliegues, aún más. ▸ Seleccionar producto removible (Ej. apósito absorbente, ropa interior desechable y/o reutilizable). ▸ Uso de corticoides en DAI, según indicación médica. ▸ Aquellos casos en que responde al tratamiento, con inflamación severa y dolor, utilizar corticoide de baja potencia (Ej. hidrocortisona 1%) 2 veces/día por el menor tiempo posible, 3 a 5 días aprox. ▸ Si aplica producto tópico con antifúngico y corticoide, una vez que finalicen signos, continuar con producto que sólo contenga antifúngico. ▸ Uso de antifúngicos en DAI, según indicación médica. ▸ Utilizar cremas o ungüentos con clotrimazol 1% o nistatina 100.000 UI, 2 veces/día. Completar tratamiento, aunque signos hayan cedido. ▸ Completar tratamiento, aunque signos hayan cedido. ▸ Aplicar, dejando capa fina del producto y evitar fricción vigorosa. Esperar 30 min. la absorción del medicamento tópico para luego aplicar un producto barrera. ▸ Si no hay respuesta, fluconazol 150 mg/día en dosis única.
--	---------------------------	--

<p>TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN</p>	<p>ASISTENCIAL</p>	<p>Tratamiento en DP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ En caso de sangrado, elevar la extremidad y usar alginato de calcio (hemostático). ▸ Limpiar con SF, retirar coágulos, preservar colgajo de piel viable y desenrollar sobre el lecho. ▸ Cubrir con apósito primario no adhesivo. ▸ Dibujar en vendaje una flecha que indique el sentido de retiro de este, para preservar colgajo en los DP. 
	<p>EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Capacitar a los equipos de enfermería a través de programas que incluyan: etiología, fisiopatología, nutrición, higiene, continencia, redistribución de presión, cuidados de la herida, ejercicios, uso de silla de ruedas, SEMP, cojines especiales, ropa y calzados, autocuidado, bienestar, apoyo social y estrategias de afrontamiento. ▸ Capacitar a la PM y cuidadores/as con contenidos tales como: etología de las LP, FR, planes de prevención, posicionamiento, cuidados de la piel, inmovilidad y elementos que favorecen la cicatrización; manejo del dolor y otros.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (32), (34), (37), (45), (47), (49), (50), (52), (52), (53), (54), (55), (56), (57).

Consideraciones finales

Las lesiones de la piel en PM pueden generar un impacto en la salud física y mental, que afectan la aceptación, autoimagen y autoestima, provocando frustración por la pérdida de control e independencia y otros problemas emocionales. Adicionalmente pueden generar estrés, ansiedad, depresión y aislamiento social, alterando la calidad de vida de las PM y su entorno más cercano. La pérdida en calidad de vida se relaciona con posturas restringidas, reducción de movilidad, sueño interrumpido, cambio de apósitos, olor, exudado, limitación en la indumentaria y uso de equipos especiales. El dolor se presenta muy frecuentemente, sobre todo en las LP, y es directamente proporcional a la profundidad. Los costos económicos involucran sobrecarga a los sistemas de salud y aumentan el tiempo de hospitalización, como es el caso de los DP y las LPP (34), (44).

Ideas centrales

- Los daños a la piel (DP) son heridas traumáticas causadas por fuerzas mecánicas, incluyendo el retiro de adhesivos.
- La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) corresponde a la inflamación y daño de la piel asociado a exposición de orina, deposiciones o una combinación de ambas.
- Las lesiones por presión (LP) son daños localizados en la piel y/o tejido blando y/o de soporte, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado a un dispositivo médico, y puede presentarse como piel intacta o pérdida de la continuidad.
- Una de las principales complicaciones de las lesiones de piel es la infección local. Las PM incontinentes y usuarias de pañal, experimentan más ITU durante un año (45) y tienen mayor prevalencia de candidiasis (37). Las LP tienen un alto riesgo de infección cuando se presentan en zona sacra y son capaces de provocar sepsis.
- Es vital la prevención en aquellas PM que presentan factores de riesgos para el desarrollo de este tipo de lesiones. El abordaje debe ser interdisciplinario permitiendo una valoración, diagnóstico, intervención y tratamiento integrales., De esta forma se contribuye mejorar la calidad de vida de la PM y su entorno más cercano.

CAPÍTULO 16. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON INCONTINENCIA URINARIA

Descripción

La incontinencia urinaria (IU) está dentro de los principales síndromes geriátricos, presentándose en un gran porcentaje de la población mayor a nivel mundial y nacional, constituyéndose como un problema médico y social. Constituye un problema de salud muy común en las PM, afectando especialmente a las que presentan comorbilidades y deterioro funcional. Entre las personas mayores de 65 años, un tercio de ellas presenta algún tipo de incontinencia urinaria, haciéndose más prevalente en edades avanzadas teniendo un mayor impacto en las mujeres (58).

Definición del síndrome de incontinencia urinaria (IU)

Se define IU como toda queja de pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente para constituir un problema social e higiénico a quien la padece (58). Según la duración de los síntomas, se puede clasificar en incontinencia transitoria e incontinencia permanente:

Incontinencia transitoria: Se refiere a cualquier afección que haya comenzado durante menos de 3 meses y pueda revertirse una vez que se controle la causa. Las causas principales que se deben considerar son:

- Infección urinaria.
- Delirium.
- Accidente cerebro vascular.
- Fármacos.
- Diabetes Mellitus descompensada.
- Hipercalcemia.
- Uretritis/vaginitis atrófica.
- Diabetes insípida.
- Fecaloma.
- Sobrecarga de volumen (58).

Incontinencia permanente: A su vez, se clasifica según la fisiopatología que explica su desarrollo. Esta considera seis tipos:

- **Incontinencia de esfuerzo:** Es aquella que debido el aumento de la presión intraabdominal, provoca el escape de orina. Esta se presenta en eventos como el toser, reír, mover o cargar un objeto pesado.
- **Incontinencia de urgencia:** Debida a hiperactividad de detrusor, que lleva a la persona a una sensación imperiosa de orinar y que no puede controlar.
- **Incontinencia por rebosamiento:** 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 a un rebalse.
- **Incontinencia funcional:** Es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, generándose el escape de orina antes de llegar a evacuar.
- **Incontinencia mixta:** Combina la hiperactividad del detrusor junto con la incontinencia de es-

fuerzo.

- Incontinencia total: Ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fistulización anormal en el tracto urinario (58).

Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo es un pilar crucial al momento de instaurar medidas para la prevención de este síndrome, ya que solo el 50% de las personas en Chile consultan, y de esta, solo una cuarta parte llega a recibir algún plan de estudio y/o terapia lo que explica una subvaloración del cuadro por el personal de salud (57). La Tabla 16.1 se lista los factores de riesgo asociados al síndrome de incontinencia urinaria.

TABLA 16.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE IU

FACTORES DE RIESGO (FR) ASOCIADOS AL SÍNDROME DE IU	
GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Ser mujer. ▸ Enfermedad aguda. ▸ Infección de las vías urinarias. ▸ Hiperplasia prostática en el hombre. ▸ Estreñimiento o impactación fecal. ▸ Deterioro neurológico. ▸ Deterioro cognitivo mayor. ▸ Ambiente nuevo o cambio de casa. ▸ Alteración de la movilidad. ▸ Alteraciones psicológicas. ▸ Uso de medicamentos (relajantes musculares, antidepresivos, antihipertensivos, diuréticos y anticolinérgicos).
QUE AFECTAN EL CONTROL DE ORINA EN MUJERES MAYORES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Vaginitis atrófica. ▸ Uretritis. ▸ Prolapso uretral. ▸ Relajación del suelo pélvico. ▸ Cistocele, rectocele. ▸ Prolapso uterino. ▸ Carencia de estrógeno. ▸ Infección crónica de las vías urinarias.
QUE AFECTAN EL CONTROL DE ORINA EN HOMBRES MAYORES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Infección crónica de las vías urinarias. ▸ Agrandamiento de la glándula prostática.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (60), (61).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con incontinencia urinaria (IU)

VGI

En la atención de enfermería el objetivo es detectar y graduar las enfermedades sintomáticas, identificar aquellas que sean desconocidas, evaluar cómo afectan a la función, decidir y planificar la intervención terapéutica más adecuada. A continuación se presentan recomendaciones para considerar al momento de realizar la VGI en una PM con IU o en riesgo de padecerla.

TABLA 16.2. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON INCONTINENCIA URINARIA

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar hábitos de eliminación: frecuencia, horario, nicturia, sensación de necesidad de orinar, capacidad de vaciado. ▪ Valorar antropometría: peso, talla, IMC. ▪ Preguntar por cirugías previas sobre órganos pelvianos: histerectomía, radioterapia, trauma, antecedentes gineco obstétricos: número de partos y características. ▪ Valorar patrón de incontinencia: cantidad, comienzo, duración, frecuencia, goteo, urgencia, dolor, quemazón. ▪ Valorar antecedentes de infección urinaria, uretritis y/o vaginitis atrófica. ▪ Hidratación: cantidad y calidad. ▪ Alteraciones del tránsito intestinal (fecaloma). ▪ Antecedentes de patologías crónicas como diabetes mellitus, enfermedades carenciales, de índole neurológico, como la mielodisplasias y Parkinson, deterioro psicorgánico. ▪ Fármacos que alteren la función vésico-esfinteriana: alfa bloqueadores, anticolinérgico, neurolépticos; antidepresivos, sedantes, diuréticos, analgésicos, abuso de cafeína, alcohol. ▪ Preguntar por las características de la orina: color, olor, aspecto. ▪ Realizar examen físico: céfalo caudal o por sistemas. ▪ Realizar Test de Marshall⁵.

5. Test de marshall: Se basa en la elevación del cuello vesical, mientras la paciente tose, lo que previene la pérdida de orina que de otro modo se manifestará a nivel del meato.

MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar conocimientos sobre el síndrome y su tratamiento. ▸ Valorar el estado afectivo: depresión, nivel de ansiedad. ▸ Valorar del funcionamiento cognitivo: el usuario incontinente urinario no tiene la capacidad de verbalizar o dar a entender la necesidad de eliminación, por ende, su entorno familiar o de compañía comienzan a dar uso a ropa interior desechable para adultos (pañales). ▸ Valorar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Predictores biológicos: enfermedades crónicas como la HTA, la DM influyen en la velocidad de procesamiento mental y en la fluidez verbal, facetas también afectadas en la mitad de los supervivientes de ictus, al igual que en la depresión y con el avance de la edad. Además, la disminución del volumen hipocampal en el hemisferio izquierdo, la ingesta habitual de medicamentos del SNC, las alteraciones del sueño. 2. Predictores psicológicos: Alteraciones en las diferentes formas de la memoria, la capacidad lectora disminuida, un bajo nivel intelectual en la infancia y el escaso potencial de aprendizaje. 3. Predictores sociodemográficos: edad elevada, niveles con menores ingresos, nivel educativo bajo, poca participación en actividades sociales, la escasa o nula actividad física.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar el nivel de independencia para el control de micción, el uso del baño, para trasladarse y deambular. Utilizar Índice de Barthel o EFAM. ▸ Se sugiere utilizar el ICIQ-SF (incontinence questionnaire short-form).
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar el soporte social ejerce una influencia positiva sobre el bienestar de la PM, permite que la autopercepción de la salud sea más favorable, engloba relaciones y actividades. ▸ Valorar grado de participación en actividades sociales.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (62),(63).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

De acuerdo con la valoración realizada, se pueden enunciar los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos, deficiencia del esfínter uretral interno, cambios degenerativos de los músculos pélvicos.
- Incontinencia urinaria de urgencia r/c infección vesical, disminución de la capacidad vesical, distensión excesiva de la vejiga.
- Incontinencia urinaria funcional r/c déficit sensorial o cognoscitivo, factores psicológicos, problemas de movilidad.
- Incontinencia urinaria refleja r/c deterioro neurológico y/o lesión tisular.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento r/c obstrucción uretral, obstrucción del drenaje vesical, efecto secundario de medicamento.
- Incontinencia urinaria de urgencia r/c disminución de la capacidad vesical m/p expresa tener pérdida involuntaria de orina.
- Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares m/p pérdida de orina antes de llegar al inodoro.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento r/c obstrucción del drenaje vesical m/p distensión vesical.
- Retención urinaria r/c obstrucción m/p micción frecuentes.

Cuidados de enfermería en PM con síndrome de IU

El rol del/la profesional de enfermería en el cuidado de las PM con IU considera prevenir la aparición de nuevas enfermedades, complicaciones y desarrollo de secuelas, mediante la adopción de medidas preventivas, asegurando así la continuidad asistencial y participando activamente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. A continuación, la Tabla 16.3 presenta una serie de recomendaciones sobre cuidados de enfermería según áreas del rol, y acciones de promoción y prevención para las PM con síndrome de IU.

TABLA 16.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREAS DEL ROL, Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA PM CON SÍNDROME DE IU.

ÁREAS		INTERVENCIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Gestionar derivación a médico en caso de detectar problemas de continencia de urinaria u otros problemas de salud en el EMPAM o consulta Enfermera/o. ▸ Gestionar interconsulta en caso de ser una incontinencia urinaria al nivel secundario con especialista en uro ginecología o urología.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Comentar con la PM los episodios de incontinencia, repasar con él qué le ocurre exactamente y comente las posibilidades de soluciones, ejemplos: ▸ ¿Qué pasa por su mente cuando se da cuenta que tiene que orinar?, ¿Con qué facilidad se quita las prendas de vestir para orinar?. ▸ Evitar alentar la incontinencia o reforzarla negativamente con el uso de pañales. ▸ Colaborar en resolver las barreras ambientales con algunos consejos: ▸ Tener un receptáculo a mano durante la noche. ▸ Aconsejar instalar barras para desplazarse al baño. ▸ Aconsejar dejar la puerta del baño entreabierta. ▸ Mantener una luz nocturna en los pasillos que se dirija hacia el baño. ▸ Usar prendas de vestir adecuadas que permitan retirarlas fácil y rápido. ▸ Incentivar ejercicios que ellos prefieran tales como: caminar, bailar, nadar, aeróbica, tejer, correr, pintar y organice una rutina que mantenga una fuerza de la musculatura empleada para andar y la destreza de manos y dedos.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar sobre: <ol style="list-style-type: none"> a. Razones e importancia de ingerir más de 2000 ml. de líquido en 24 horas. b. Aconsejar planificar una distribución de la ingesta de líquido durante las 24 horas. Así evitar la urgencia durante la noche o la enuresis. c. Ejercicios de Kegel están indicados, para mejorar la fuerza de la musculatura del suelo pélvico. d. Aconsejar organizar el horario para orinar, al levantarse por la mañana, después de la comida, antes de acostarse, antes de participar en actividades de larga duración, y antes y después del ejercicio..

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (62), (64), (65), (66).

A continuación la Tabla 16.4, presenta recomendaciones de cuidados de enfermería para PM con diagnóstico médico de IU.

TABLA 16.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREAS DEL ROL PARA TRATAR Y REHABILITAR A PM CON SÍNDROME DE IU.

ÁREAS		INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinar con kinesiólogo para inicio de rehabilitación de la musculatura del piso pélvico ▸ Recibir interconsulta o referencia del nivel primario. ▸ Derivar al usuario a exámenes y procedimientos solicitados por el especialista. ▸ Responder la contra referencia a nivel primario.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar ingreso de enfermería. ▸ Registrar Índice de Barthel basal, si corresponde. ▸ Cuidados peri operatorios: <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Cuidados pre operatorio</u>: disminuir ansiedad, supervisar ayuno, supervisar firma del consentimiento informado, controlar exámenes, preparación de la piel, suspender fármacos. a. <u>Cuidados intraoperatorios</u>: controlar infecciones, supervisar técnica aséptica, monitorizar hemodinamia, manejar líquidos y electrolíticos, manejo de muestras, controlar el del dolor, manejar hipotermia. b. <u>Cuidados post operatorios</u>: valorar presencia de dolor, náuseas y vómitos, administrar medicamentos para el control de síntomas y signos. Manejo de vías aéreas, cuidados de heridas y drenajes, monitorizar signos vitales, cuidados de oxigenoterapia, valorar presencia de complicaciones derivadas de la anestesia y de la cirugía. ▸ Aumentar el afrontamiento, potenciar autoestima, apoyar emocionalmente. ▸ Valorar patrón del sueño. ▸ Prevenir lesiones por presión. ▸ Prevenir trompo embolismo periférico y pulmonar. ▸ Administras y/o supervisar tratamiento farmacológico.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educar a la PM sobre técnicas de reforzamiento del esfínter uretral. ▸ Educar a la PM y a su cuidador/a principal sobre la importancia de seguir el tratamiento médico farmacológico y no farmacológico.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (62), (64), (65), (66).

Consideraciones finales

Las PM que experimentan el síndrome de IU, sufren sentimientos de culpabilidad, pérdida de autoestima y autoconfianza, generando sentimientos de desvalorización. La respuesta común a la incontinencia es una reacción depresiva de inseguridad y apatía.

La IU puede llegar a provocar en la PM aislamiento social, lo que se puede expresar en temor a salir de su hogar, falta de interés en las relaciones interpersonales, aislamiento autoimpuesto, hasta llegar a una depresión y/o pérdida de la autonomía funcional. En este contexto, el abordaje integral con enfoque promocional y preventivo es crucial para evitar las complicaciones descritas, las cuales constituyen factores de riesgo para otros síndromes geriátricos, comprometiendo funcionalidad y aumento en la necesidad de cuidados.

Ideas centrales

- Se define IU como toda queja de pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente para constituir un problema social e higiénico a quien la padece (58).
- La identificación de los factores de riesgo es un pilar crucial al momento de instaurar medidas para la prevención de este síndrome, ya que solo el 50% de las personas en Chile consultan, y de esta, solo una cuarta parte llega a recibir algún plan de estudio y/o terapia lo que explica una subvaloración del cuadro por el personal de salud (58).

CAPÍTULO 17. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON SÍNDROME DE ESTREÑIMIENTO

El objetivo de este capítulo es identificar aspectos conceptuales relacionados con el estreñimiento en el contexto de la gestión del cuidado en el ámbito chileno, para ello se abordarán las generalidades sobre el estreñimiento, y algunos aspectos relacionados con el proceso de enfermería (PE) diferenciando particularidades según áreas del rol de enfermería y la perspectiva de abordaje desde los diferentes niveles de atención.

Descripción

Definición y aspectos epidemiológicos del síndrome geriátrico de estreñimiento

El estreñimiento adquiere un significado diferente tanto para las personas como para los profesionales de salud, dependiendo no tan solo de la edad sino que también de la cultura en la que se insertan ambos. Constituye un problema de salud crónico que provoca malestar pero no incapacidad para la persona. Puede ser definido a través de síntomas intestinales, paso dificultoso de las heces, disminución de su frecuencia, endurecimiento de las deposiciones o sensación de evacuación incompleta (67),(68).

Como se ha mencionado en otros capítulos, el proceso de envejecimiento implica cambios, que a nivel intestinal, se reflejan en la disminución del peristaltismo, aumento de la distensibilidad rectal y disminución de la sensibilidad rectal ante el llenado. Si a estos cambios se le suman alteraciones musculares, inmovilidad, alteraciones cognitivas, afectivas y/o la ingesta baja de alimentos ricos en fibra y agua, se convierte en un escenario proclive para la aparición del estreñimiento, y por ende, de la impactación fecal (69),(70).

Factores como la edad, la condición de salud y hábitos de vida son parámetros que se deben considerar al momento de realizar la valoración de enfermería en relación con esta problemática, puesto que su prevalencia aumenta en ambos sexos a partir de los 65 años, alcanzando 34% en mujeres y 26% en hombres, siendo mayores en personas que se encuentran institucionalizadas (69).

Se debe tener presente además, indagar en las PM o en sus cuidadoras/es, respecto de la frecuencia habitual de las deposiciones, ya que este parámetro es variable en cada persona, sin embargo, se puede tomar como referencia máxima tres deposiciones diarias o una mínima de tres a la semana (71).

Las etapas de diagnóstico, planificación, intervención y evaluación del proceso de enfermería deben dar cuenta de la integralidad en su abordaje, para lo cual es importante incorporar la VGI, fomentando el trabajo interprofesional.

En España, la prevalencia de estreñimiento fluctúa entre un 14% a un 30% (72), siendo las mujeres más propensas a sufrir este síndrome, aumentando después de los 60 años (73). Similar situación es descrita en Chile, durante el año 2018, en donde se determinó que el sexo femenino y la edad constituyen los principales factores de riesgo para este problema digestivo (74).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con síndrome de estreñimiento

VGI

A continuación, la Tabla 17.1, presenta recomendaciones para considerar en la VGI de la PM con síndrome de estreñimiento.

TABLA 17.1. RECOMENDACIONES PARA CONSIDERAR EN LA VGI EN UNA PM CON SÍNDROME DE ESTREÑIMIENTO

ESFERA	ASPECTO A VALORAR
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar consumo de medicamentos implicados en este trastorno: antiácidos a base de calcio, suplementos de sales de hierro, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, haloperidol, antiespasmódicos tipo hiocina, antiparkinsonianos, bloqueadores de canales de calcio, diuréticos, opioides, AINES tipo ibuprofeno - naproxeno. • Verificar la presencia de enfermedades endocrino-metabólicas que pueden causar estreñimiento secundario: enfermedad de Addison, diabetes, trastornos de la paratiroides y tiroides, uremia, deshidratación y alteraciones electrolíticas. • Realizar valoración de la cavidad oral, ver falta de piezas dentales, edentación, uso de prótesis, etc. • Evaluar si hay distensión y el grado de ésta, auscultar intensidad y frecuencia de los ruidos hidroaéreos, para esto, corroborar que haya funcionalidad gastrointestinal. • Evaluar abdominalmente la presencia de distensión abdominal, presencia de heces duras en la palpación. • Inspección ano-rectal para corroborar la presencia de hemorroides. También valorar la presencia de masa, hematoquecia, melena. • Utilizar criterios de Roma III para ver si el usuario tiene criterios de estreñimiento. • Evaluar con Escala de Bristol, el tipo de heces y consistencia de éstas (figura nº 17.1).
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al usuario si este cuenta con un lugar tranquilo para realizar las deposiciones. • Valorar si el usuario presenta problemas de salud mental que puedan influir en el acceso al baño. • Indagar sobre miedos/barreras que pueda tener el usuario en el proceso de defecación. • Aplicar escala de tamizaje de depresión geriátrica de Yesavage.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre el microambiente del usuario (condiciones de la casa/baño), para la realización de las deposiciones, acceso al baño, condiciones al realizar de está. • Valorar problemas asociados con otros síndromes geriátricos como movilidad/ dismovilidad para realizar las deposiciones. • Si se valora con escala de Barthel, prestar atención a los ítems: Deposiciones, uso de inodoro y desplazamiento.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si el estreñimiento provoca alteraciones en su vida cotidiana en relación con otras personas o su comunidad. • Valorar sobre condiciones sociales del usuario y redes de apoyo.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base (75), (76).

A continuación, la Figura 17.1. presenta la Escala de Bristol, la que permite evaluar tipología y consistencia de las heces.

FIGURA 17.1. ESCALA DE BRISTOL⁶

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

Fuente: Tomada de http://agapap.org/datos/BRISTOL_Escala.pdf

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA (77)

- Estreñimiento.
- Estreñimiento subjetivo.
- Riesgo de estreñimiento.
- Estreñimiento funcional crónico.
- Riesgo de estreñimiento crónico funcional.

Cuidados de enfermería a PM con estreñimiento

A continuación la Tabla 17.2, presenta algunos de los principales cuidados de enfermería que se pueden implementar desde las diferentes áreas del rol y en consideración de los ámbitos de atención.

6. Las heces serían el mejor parámetro clínico relacionado con el tiempo de tránsito intestinal, de tal manera que la forma de las heces se corresponde con el tránsito rápido o lento (el tipo 7 se relaciona con tiempo de tránsito rápido y el 1 con tiempo de tránsito lento).

TABLA 17.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREAS DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN UNA PM CON SÍNDROME DE ESTREÑIMIENTO.

ÁREA DEL ROL		CUIDADOS
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Implementar medidas tendientes a la cuantificación del fenómeno: lo que conlleva a establecer la prevalencia e incidencia del estreñimiento, además de la exploración intencionada de los factores de riesgo. ▸ Implementar medidas de continuidad en los cuidados, para lo que resulta pertinente el considerar las atenciones telemáticas y vincular tanto al usuario/a y personas de su entorno. ▸ Elaborar, ejecutar y supervisar protocolos en servicios con respecto al manejo del estreñimiento en usuarios hospitalizados o en servicios ambulatorios. ▸ Planificar los recursos humanos para la atención de usuarios con problemas derivados del estreñimiento e impactación fecal. ▸ Coordinar con otros niveles de atención en la red de prestaciones de salud para dar cobertura a los usuarios. ▸ Realizar indicadores específicos sobre incidencia de estreñimiento en servicios o en controles de salud.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar valoración de antropometría: peso, talla, índice cintura cadera. ▸ Valorar frecuencia de alimentación, tipo de alimentación, identificando dieta diaria del usuario. ▸ Valoración segmentaria: en boca, presencia de lesiones, edentación y otros problemas que puedan favorecer a la condición de salud. ▸ Valorar la percepción de sed y la ingesta de agua en el usuario. ▸ Recomendar rutinas para la evaluación intestinal mediante tiempos programados o a horas del día. ▸ Realizar visita domiciliaria integral, para observación de ambiente y condiciones de la casa del usuario. ▸ Enseñar el condicionamiento del reflejo defecatorio que ayuda a los movimientos propulsivos fisiológicos, con el fin de adquirir un patrón defecatorio en mañanas, permaneciendo en inodoro. ▸ Explicar sobre la importante del uso de instrumento de apoyo: banco en los pies mientras se está en inodoro, con el fin de facilitar la defecación. ▸ Favorecer la diuresis y deposiciones en baño en usuarios hospitalizados evitando la diuresis y deposiciones en pato/chata. ▸ Explicar sobre evitar el uso de pañales en usuarios que no tienen incontinencia fecal. ▸ Referir a programas de salud mental a usuarios con sospecha en escala de depresión: Yesavage o con labilidad en controles de salud. ▸ Gestionar ayudas sociales con municipalidades en caso de usuario con problemas en agua y saneamiento o sin habitación destinada a baño.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre el aumento de las fibras en la dieta a 25 g de fibras. • Educar sobre la ingesta de líquidos de buena calidad, en una cantidad mayor a un consumo de 1.7 litros al día. • Educar sobre la adquisición de hábitos saludables y realización de actividad física. • Capacitar al equipo de salud sobre la aplicación de escalas como bristol y criterios de ROMA III. • Educar a la comunidad sobre la condición de estreñimiento y cómo prevenir sus complicaciones. • Capacitar a la comunidad sobre proyectos relacionados con vivienda propia y saneamiento.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el pensamiento crítico y conceptos de enfermería basada en la evidencia, manteniendo conocimientos actualizados. • Investigar sobre la incidencia del estreñimiento en los establecimientos de atención primaria en salud. • Fomentar la investigación disciplinar tomando como referencia las repercusiones del estreñimiento, en relación con su funcionalidad personal, social y familiar. • Realizar revisiones bibliográficas sobre estreñimiento: reunir información actualizada sobre intervenciones basadas en la evidencia científica que favorecen la evacuación intestinal.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores propia en base a (78), (79).

A continuación se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería que se pueden implementar en PM con diagnóstico de síndrome de estreñimiento, considerando acciones de tratamiento y rehabilitación:

TABLA 17.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREAS DEL ROL PARA TRATAR A PM CON SÍNDROME DE ESTREÑIMIENTO.

ÁREA DEL ROL		CUIDADOS
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con atención secundaria (centros de especialización) o atención terciaria como Hospitales de alta complejidad, la derivación de los usuarios y promover la continuidad de los cuidados.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir al médico la administración al usuario de: leche de magnesia, lactulosa, macrogol, laxantes estimulantes de uso transitorio. • Derivar a atención secundaria o terciaria usuarios con impactación fecal que requieren manejo específico.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre la administración de medicamentos como leche de magnesia, macrogol, laxantes estimulantes al usuario, explicando efectos secundarios y otros, de acuerdo con la prescripción médica instaurada. • Educar respecto de medidas para mejorar la movilidad y detectar tempranamente cambios en los patrones de eliminación, lo que implica vincular no sólo al usuario/a, sino también a su familia o persona a cargo de sus cuidados. • Capacitar a pares y personal técnico sobre esta temática, para promover cuidados seguros.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores propia en base a (78), (79).

Consideraciones finales

El estreñimiento puede provocar diferentes repercusiones en la vida diaria de las PM que lo padecen y esto no solamente visto desde el ámbito físico, sino también la posible afección de los ámbitos social y familiar, acarreando alteraciones de salud mental que conllevan al deterioro de su funcionalidad.

Ideas centrales

- El estreñimiento es definido a través de síntomas intestinales, paso dificultoso de las heces, disminución de su frecuencia, endurecimiento de las deposiciones o sensación de evacuación incompleta (67),(68).
- Factores como la edad, la condición de salud y hábitos de vida son parámetros que se deben considerar al momento de realizar la valoración de enfermería en relación con esta problemática, puesto que su prevalencia aumenta en ambos sexos a partir de los 65 años, alcanzando 34% en mujeres y 26% en hombres, siendo mayores en personas que se encuentran institucionalizadas (69).

CAPÍTULO 18. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON POLIMEDICACIÓN (POLIFARMACIA)

Descripción

La consecución de diversos factores asociados a la polifarmacia en la PM, trae consecuencias negativas tanto para el usuario, su familia y los equipos de salud, por lo que se considera un gran problema de salud pública, en especial por el impacto que ocasiona en la funcionalidad de las PM, por lo que el rol de enfermería y el trabajo interdisciplinario en cuanto a la prevención, detección temprana, educación, seguimiento y acompañamiento a los usuarios y sus familias, en los distintos niveles de atención, traerá consigo un producto transdisciplinario como lo es mejorar de la calidad de vida de las PM y una cultura de trabajo fomentada en la comunicación y calidad en la atención.

Definición del síndrome de polifarmacia

Existen diversas definiciones de polifarmacia, debido a la variedad de causas que conllevan a la presencia de ésta y la variedad de manifestaciones, razón por la cual se considera un síndrome geriátrico. La OMS, la define como la “administración de muchos medicamentos al mismo tiempo”, y también la define como “la administración de un número excesivo de medicamentos” (80).

Desde el punto de vista cuantitativo existe una gran variedad de intervalos en la cantidad de fármacos, sin embargo, uno de los más consensuados corresponde al “uso concurrente de múltiples medicamentos”, y “al uso rutinario de cinco o más medicamentos. Esto incluye medicamentos de venta libre, recetados y/ o medicinas tradicionales y complementarias utilizadas por un paciente” (80).

También, cuantitativamente, la definición de la OMS incorpora el tiempo que lleva la PM usando fármacos de manera simultánea, continua o crónica y también a los efectos acumulativos en el tiempo de este uso (80).

Junto a esto existen otros conceptos cualitativos relacionados con la idoneidad y la pertinencia de la prescripción, es decir, si la polifarmacia es adecuada o inapropiada. Se considera Polifarmacia Adecuada (PA) cuando fue prescrita de acuerdo a los objetivos terapéuticos acordados con el usuario, con una posibilidad razonable de lograr estos objetivos, minimizando las reacciones adversas (RAMS), como también si el usuario se encuentra motivado y es capaz de tomar los medicamentos de acuerdo a la indicación.

Se considera Polifarmacia Inadecuada (PI) cuando los medicamentos prescritos no son necesarios debido a falta de pruebas, indicaciones expiradas, dosis altas, cuando los fármacos no consiguen los objetivos terapéuticos, la combinación de estos genera RAMS o mayor riesgo de éstas, o el usuario no está dispuesto o no puede tomar los medicamentos de acuerdo a la indicación (81).

Las estimaciones de prevalencia de polifarmacia oscilan entre el 4% y el 57% (82). En Chile, utilizando los criterios de Beers, se identificó una Prescripción Potencialmente Inapropiada (PIM) al 32%, dos PIM al 20% y más de dos PIM al 48%, según los criterios STOPP, una PIM 41%, dos PIM 51% y más (83),(84).

Factores de riesgo que provocan polifarmacia en la PM

La Tabla 18.1 presenta los factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de polifarmacia en la PM:

TABLA 18.1. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE SÍNDROME DE POLIFARMACIA EN LA PM

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE SÍNDROME DE POLIFARMACIA EN LA PM	
CLÍNICOS	Pluripatología, edad avanzada, sexo femenino.
FUNCIONALES	Pérdida de ABVD-AIVD, déficit en capacidad de autocuidado, déficit cognitivo.
PSÍQUICOS	Depresión, soledad, no adherencia.
SOCIALES	Bajo nivel educacional, aislamiento, bajos recursos socio económicos, publicidad.
ASISTENCIALES	Hospitalización reciente, consultas a múltiples, prescriptores comunicados, falta de evaluación geriátrica, prescripción ineficaz, falla en establecer la duración de la terapéutica, falla en discontinuar medicamentos innecesarios o inefectivos, dificultad de acceso a terapias no farmacológicas, inadecuada educación a la PM y sus cuidadores, automedicación.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores propia en base a (83), (85), (86).

Manifestaciones clínicas

La terapia medicamentosa en la PM presenta un límite muy estrecho entre sus beneficios y las complicaciones o efectos no deseados, estos últimos se potencian si no se realiza una adecuada y permanente VGI.

Las manifestaciones más frecuentes del síndrome de polifarmacia en las PM son derivadas de la llamada “triada iatrogénica”, que consiste en la presencia de polifarmacia, uso potencialmente inadecuado de medicamentos y presencia de interacciones entre fármacos, la cual se presenta en una de cada tres PM, las cuales comparten el antecedente de ser PM frágiles y tener un cuidador (86).

Las manifestaciones más frecuentes se mencionan a continuación:

- Alteraciones en la marcha.
- Debilidad.
- Caídas.
- Anorexia.
- Desnutrición.
- Náuseas.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo.
- Baja adherencia al tratamiento.
- Patrones disfuncionales de reposo-sueño, eliminación, sexualidad y actividad-ejercicio, induciendo a un estado de fragilidad, y por ende, mayor incremento de síndromes geriátricos y pérdida de funcionalidad, entre otras. Lo anterior, producto de la conjunción de las diversas causas incluyendo además las RAMs, la “interacción medicamentosa” y la “cascada de prescripción”, en la cual un fármaco produce efecto secundario no reconocido que es tratado con otro fármaco.

En las PM, es común asociar síntomas o signos inducidos por medicamentos a indicadores de una nueva enfermedad o al proceso de envejecimiento.

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con síndrome de polifarmacia

VGI

A continuación, la tabla 18.2, presenta recomendaciones a considerar al momento de realizar la VGI en una PM con síndrome de polifarmacia.

TABLA 18.2. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON SÍNDROME DE POLIFARMACIA

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar historial farmacológico, incluyendo la medicación prescrita de sus patologías crónicas, como aquellas sin prescripción, suplementos y fitoterapia. ▸ Valorar adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico. ▸ Valorar el uso de fármacos con prescripción potencialmente inapropiada. ▸ Valorar efectos deseados, secundarios y RAM derivadas de la administración de medicamentos. ▸ Preguntar por la forma de administración, evaluando la dosis, frecuencia, vía de administración, interacciones, almacenamiento, etc. ▸ Realizar examen físico en busca de RAM, énfasis en lesiones de piel, alteraciones de los patrones de alimentación, eliminación, sueño, descanso y actividad.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar de manera precoz factores de riesgo (soledad, adicciones como OH automedicación, entre otros). ▸ Evaluar cambios de humor asociados al uso de la polifarmacia.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar permanente el mantenimiento de la funcionalidad, y relacionar cualquier cambio al uso de la polifarmacia.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar la persona responsable del tratamiento farmacológico de la PM, valorando la capacidad de asumir este rol, pesquisar necesidades de capacitación y de apoyo permanente para cumplir con esta responsabilidad de manera segura. ▸ Evaluar redes de apoyo a quienes recurrir en caso de urgencias por uso de polifarmacia. ▸ Identificar el lugar de donde se abastecen de los medicamentos, centros de salud, ferias libres, familiares etc.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores propia en base a (88).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

De acuerdo con la valoración realizada, se pueden enunciar los siguientes diagnósticos de enfermería (77):

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.
- Gestión ineficaz de la salud familiar.
- Mantenimiento ineficaz de la salud.
- Riesgo de síndrome de fragilidad de la PM.
- Síndrome de fragilidad de la PM.
- Deterioro de la deglución.
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.
- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.

- Diarrea.
- Estreñimiento, incontinencia fecal.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- Insomnio.
- Deterioro de la ambulaci3n.
- Fatiga.
- Riesgo de tensi3n arterial inestable.
- Sufrimiento espiritual.
- Confusi3n aguda.
- Conocimientos deficientes.
- Control emocional inestable.
- Deterioro de la memoria.
- Deterioro de la comunicaci3n verbal.
- Disfunci3n sexual.
- Afrontamiento ineficaz.
- Ansiedad.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de intoxicaci3n.
- Dolor agudo y cr3nico.
- Náuseas.
- Aislamiento social, riesgo de soledad.

Cuidados de enfermería en PM con síndrome de polifarmacia

TABLA 18.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN PM CON SÍNDROME DE POLIFARMACIA.

ÁREA		INTERVENCIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Gestionar una herramienta estandarizada para obtener toda la información del historial farmacológico, incluida medicación prescrita, los medicamentos sin receta, suplementos dietéticos y de fitoterapia. ▸ Gestionar recurso humano capacitado, idealmente farmacéutico clínico, con experiencia en geriatría, para controlar la historia farmacológica de las PM. ▸ Gestionar materiales e insumos para la adecuada prescripción y control de los fármacos en PM. ▸ Realizar seguimiento y evaluación. ▸ Coordinar la red asistencial.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar dosis, frecuencia, almacenamiento y adherencia de terapia farmacológica. ▸ Evaluar la ausencia, disminución o cambios de los efectos esperados de cada fármaco. ▸ Identificar y evaluar signos y síntomas que podrán indicar presencia de RAM. ▸ Categorizar el tipo de RAM. ▸ Notificar reacciones adversas a los medicamentos. ▸ Evaluar interacciones farmacológicas.
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Capacitar al equipo de enfermería responsable de la administración de medicamentos sobre conceptos generales de farmacodinamia y farmacocinética, técnicas de administración, reacciones adversas, interacciones y parámetros de monitorización. ▸ Capacitar a la PM, su cuidador/a, y familia, para tener un rol más protagónico y activo en el manejo de la medicación, recordando que los fármacos por sí solos no logran por completo el control de los signos y síntomas de las enfermedades, que también es necesario el cumplimiento de las medidas no farmacológicas. ▸ Capacitar a la PM, cuidador/a y familia, a mantener una lista de medicamentos actualizada y verificada con el médico o profesional de enfermería en cada control, identificando el motivo de la prescripción. ▸ Capacitar a la PM, cuidador/a, y familia, sobre la importancia de cumplir con los horarios, las dosis, vías de administración, evaluando de manera constante los efectos, deseados y no deseados, registrándolos para posteriormente informar en los controles de salud. ▸ Capacitar a la PM, cuidador/a, y familia, sobre la importancia del almacenamiento de los fármacos, la rotulación, es ideal utilizar letras de mayor tamaño, colores fuertes, imágenes, dispensadores y la precaución de con la interacción fármaco-fármaco y fármaco alimentación.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recopilar, monitorear y valorar la causalidad, así como evaluar la información que proporcionan tanto los profesionales de la salud como las PM y sus cuidadores/as sobre los efectos adversos de los medicamentos, productos biológicos y herbolarios.

A continuación, la Tabla 18.4, presenta recomendaciones de cuidados de enfermería orientados a tratar a PM con síndrome de polifarmacia.

TABLA 18.4. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DIRIGIDAS A UNA PM CON SÍNDROME DE POLIFARMACIA.

ÁREA DEL ROL		INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Fomentar capacitación continua de los equipos de enfermería sobre farmacología clínica en PM. ▫ Coordinar programas de formación continua de los profesionales sanitarios en farmacología clínica. ▫ Mantener actualizada información de seguridad y relación beneficio/riesgo de medicamentos en PM. ▫ Gestionar una herramienta estandarizada para obtener toda la información del historial farmacológico, incluyendo la medicación prescrita de sus patologías crónicas, como aquellas indicadas por la situación aguda que originó la hospitalización. ▫ Supervisar administración de medicamentos. ▫ Notificar reportes al ISP. ▫ Implementar medidas necesarias de fármaco vigilancia a solicitud de ISP. ▫ Actualizar tablas de compatibilidad (agregar medicamentos nuevos). ▫ Actualizar tablas de dilución y reconstitución de manera permanente.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Controlar los fármacos en uso en todos los puntos de transición, como ingreso, traslado y alta. ▫ Controlar los medicamentos según la evolución del estado de salud, siempre teniendo clara la necesidad de su uso. ▫ Aplicar en todo momento los diez correctos de la medicación: <ul style="list-style-type: none"> 1. Medicamento correcto. 2. Paciente correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía de administración. 6. Preparar usted mismo el medicamento. 7. Administrar usted mismo el medicamento. 8. Tener responsabilidad de la administración. 9. Registro correcto. 10. Razón correcta.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Actualizar de manera permanente al equipo de enfermería sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Velocidad de administración correcta. 2. Fecha de caducidad vigente. 3. Conocimiento de reacciones adversas. 4. Comprobar incompatibilidades. 5. Omisión de dosis. 6. Duración de tratamiento. 7. Almacenamiento. 8. Monitorización. 9. Preparación, dilución, reconstitución.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Analizar información, solicitar estudios, proponer medidas y difundir información de seguridad de administración de medicamentos en PM. ▸ Establecer estrategias que garanticen la seguridad y racionalidad de fármacos en las PM, en especial la valoración y registros enfermeros que den sustento y evidencia para establecer trabajos e investigaciones en el área.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base (88), (89), (90).

Consideraciones finales

Debido a la magnitud de los efectos indeseados a la polifarmacia en las PM y a su compleja identificación, es necesario que el personal de enfermería cuente con los conocimientos suficientes para, en primer lugar, comprender la magnitud de este problema, y genere estrategias con los usuarios a su cargo para poder llevar un registro de estos medicamentos, en segundo lugar, concientizar a las familias de evitar la automedicación para evitar aumentar esta probabilidad de RAM y mantener un seguimiento y educación constante a los usuarios para favorecer su calidad de vida.

Las hospitalizaciones recientes, la prescripción ineficaz, la consulta a múltiples prescriptores inco-municados y la pérdida de funcionalidad, traen consigo un mayor riesgo de presentar polifarmacia, sumado a la escasa comunicación en red, se convierten en el escenario ideal para que este síndrome pase inadvertido por mucho tiempo.

Ideas centrales

- La OMS, define a la polifarmacia como la “administración de muchos medicamentos al mismo tiempo”, y también la define como “la administración de un número excesivo de medicamentos”.
- La terapia medicamentosa en la PM presenta un límite muy estrecho entre sus beneficios y las complicaciones o efectos no deseados, estos últimos se potencian si no se realiza una adecuada y permanente VGI.
- La “triada iatrogénica”, consiste en la presencia de polifarmacia, uso potencialmente inadecuado de medicamentos y presencia de interacciones entre fármacos, la cual se presenta en una de cada tres PM, las cuales comparten el antecedente de ser PM frágiles y tener un cuidador.
- Frente a los diversos factores sanitarios se hace un llamado a los/las profesionales de enfermería a ser integradores de cuidados, frente a una falta de comunicación ser un nexo de alternativas y, en escenarios complejos de escasez de recursos y alta demanda asistencial, trabajar por una salud de calidad para y por las PM, desplegando el arte que caracteriza a esta disciplina.

CAPÍTULO 19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON MALNUTRICIÓN

Descripción

El objetivo de la evaluación e intervención nutricional para la PM, es optimizar la calidad de vida agregando años saludables, contribuyendo así a una mejor integración social, reducir la morbimortalidad de las ECNT, evitar discapacidad física y mental por sarcopenia y osteoporosis (24).

La malnutrición por déficit es un fenómeno que suele ser pasado por alto, considerando que la mayoría de los esfuerzos del personal de salud están orientados a la detección y tratamiento de la malnutrición por exceso. A pesar de tener una prevalencia baja en la población general, se ha evidenciado la asociación entre la edad avanzada y la prevalencia de malnutrición por déficit, y ambos son en su conjunto condicionantes de fragilidad, razón por la cual para efectos de este manual se presentarán recomendaciones para el profesional de enfermería del síndrome de mal nutrición por déficit en PM.

Definición del síndrome de malnutrición por déficit

La malnutrición se refiere a un cuadro de exceso o déficit de nutrientes. En el caso de las PM es de gran relevancia la malnutrición por déficit, en cuanto es factor de riesgo y consecuencia para otras condiciones como la fragilidad, por lo que está fuertemente relacionado con el desarrollo de síndromes geriátricos. La malnutrición por déficit es un síndrome multifactorial caracterizado por la carencia de uno o varios nutrientes teniendo repercusiones deletéreas sobre la salud. Puede existir carencia de vitaminas y minerales, de calorías y/o proteínas. Es poco frecuente encontrar un déficit de ácidos grasos esenciales.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 [90], en la población general la malnutrición por déficit corresponde al 1,3% y la malnutrición por exceso suma un total de 74,2%, de los cuales 39,8% corresponden a sobrepeso. Para el caso de las PM, según datos del Programa de Salud del Adulto Mayor del año 2017, la prevalencia de PM con bajo peso (IMC <23 kg/m²) aumenta en la medida que aumenta la edad para ambos sexos, desde un 6,05% en el grupo de 65 a 69 años hasta 14,91% en el grupo de 80 y más años, mientras que las personas con sobrepeso (IMC ≥28 y <32 kg/m²) y obesidad (IMC ≥32 kg/m²) tienden a descender desde un 63,18% hasta un 43,64% en los mismos grupos etarios (92).

Las deficiencias nutricionales corresponden al 0,6% de causas de AVISA en población general, siendo mayor en mujeres (0,8%) que en hombres (0,3%), y aumentan en la medida en que aumenta la edad, de 0,5% para el grupo de 60 a 74 años a 0,7% para el grupo de mayores de 74 años, en ambos sexos (93).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en una PM con síndrome de malnutrición por déficit

VGI

A continuación, la Tabla 19.1, presenta recomendaciones para considerar al momento de realizar la VGI en una PM con síndrome de malnutrición por déficit.

TABLA 19.1. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON SÍNDROME DE MALNUTRICIÓN POR DÉFICIT

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevistar sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Antecedentes personales: enfermedades crónicas y agudas, cirugías previas y presencia de otros síndromes geriátricos. b. Historia farmacológica: Identificar polifarmacia, reacciones adversas a medicamentos y automedicación. Considerar que algunos medicamentos pueden producir anorexia y diarrea. c. Hábitos: indagar en consumo de tabaco, alcohol y drogas. Asimismo, en hábitos saludables como realización de actividad física y su evolución en el tiempo. d. Antecedentes familiares: Presencia de factores de riesgo familiares que se asocian a malnutrición, como DM, hipercolesterolemia familiar o cáncer. e. Historia nutricional: Evaluar el apetito, la técnica de alimentación, si presenta dificultad para consumir o deglutir algún tipo de alimento o consistencia en particular. Se recomienda el uso del Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), herramienta de cribado validada en Chile que permite identificar a PM desnutridas o en riesgo de desnutrición en entornos comunitarios y hospitalarios, y así orientar al equipo de salud para realizar intervenciones tempranas. ▸ Realizar valoración física: <ul style="list-style-type: none"> a. Buscar signos de deshidratación, edema, ascitis y alopecia. b. Evaluar trastornos de la masticación, ausencia o mala calidad de prótesis dentales. c. Descartar el dismovilismo como causa que dificultad al acceso a los alimentos. d. Valorar disminución importante del gusto y del olfato. e. Valorar pérdida de masa muscular en la zona los cuádriceps, fosa temporal, medición de circunferencia del brazo y de la pantorrilla. f. Valorar pérdida de masa grasa en abdomen y brazos, a través de la medición de circunferencia de cintura y caderas. g. Buscar elementos que orienten la causa de la desnutrición, como adenopatías, masas palpables, signos de enfermedades agudas y crónicas, etc. ▸ Evaluar requerimientos nutricionales: <ul style="list-style-type: none"> a. Agua: 30-40 ml/kg. b. Calorías: 25-30 cal/kg, si esta enflaquecido >32 cal/kg. c. Proteínas: 1.0-1.2 g/kg. en PM sin comorbilidades hasta 1.5 g/kg. en presencia de comorbilidades incluida la malnutrición, tanto en la comunidad como en personas hospitalizadas. Ajustar según función renal, en ERC etapa IV o V no debe superar los 0.8 g/kg. El 60% del aporte proteico debe ser de alto valor biológico. d. Vitaminas: por lo general, todas las dietas con más de 1000 calorías diarias aportan los nutrientes necesarios, siempre y cuando la dieta sea variada. ▸ Evaluar parámetros antropométricos: <ul style="list-style-type: none"> a. Peso y talla. b. IMC: En mayores de 65 años se debe usar la clasificación IMC ajusta a PM.

CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Revisar resultados de parámetros bioquímicos: <ol style="list-style-type: none"> a. Hemoglobina y hematocrito. b. Albúmina. c. Perfil lipídico. d. Intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia. e. Orina completa f. Uremia, creatinina. g. Hormonas tiroideas. h. Si no hay signos orientadores solicitar: hemorragias ocultas en deposiciones, colonoscopia, PAP, HIV, mamografía y antígeno prostático ▸ Evaluación nutricional subjetiva: Se sugiere la derivación al profesional nutricionista para la aplicación del Subjective Global Assessment, especialmente en la valoración de personas en estado de postración u otra condición que impida la valoración nutricional objetiva estándar.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Buscar causas voluntarias o involuntarias a la baja de peso. Pueden ser causas voluntarias: dietas restrictivas, medicamentos anorexígenos, anorexia nerviosa y bulimia. ▸ Se sugiere considerar el screening de depresión con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) utilizada en Chile. ▸ Se sugiere considerar la evaluación mental con Mini Mental Abreviado de Folstein. ▸ Indagar y derivar oportunamente ante sospecha de síntomas neuropsiquiátricos de demencia tales como: ideas delirantes en torno a la alimentación, apatía y trastorno del apetito, entre otros.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar independencia para las ABVD e instrumentales relacionadas a la alimentación tales como: alimentarse por sí solo(a), comprar y preparar sus alimentos siguiendo una dieta balanceada y un procedimiento seguro. Se sugiere utilizar las escalas Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Indagar, además de los aspectos económicos, en las personas con las que vive y redes de apoyo, especialmente con quié(n) come, el tiempo que dedica a comer y si realiza otras actividades mientras se alimenta.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (95), (96), (97), (98), (99), (100).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA (77)

De acuerdo con la valoración realizada, se pueden enunciar los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Riesgo de aspiración.
- Deterioro de la dentición.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Deterioro de la deglución.

- Náuseas.
- Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos
- Disposición para mejorar la nutrición.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Cuidados de enfermería en PM con síndrome de desnutrición por déficit

A continuación se presentan recomendaciones de cuidados para PM con síndrome de malnutrición por déficit.

TABLA 19.2. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN PM CON SÍNDROME DE DESNUTRICIÓN POR DÉFICIT.

ÁREA		INTERVENCIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa y derivación oportuna al profesional o equipo que corresponda. ▪ Gestionar la presencia de recursos humanos necesarios para la atención integral de la PM con riesgo de malnutrición, en donde el (la) profesional nutricionista y técnicos(as) en nutrición cobran un rol esencial. ▪ Coordinar al equipo de salud con enfoque participativo, de género e inclusivo. ▪ Gestionar los recursos físicos necesarios para dar cumplimiento a la atención integral. ▪ Promover la participación de activos comunitarios, como familia, redes sociales y programas sociales municipales, para otorgar una respuesta de salud integral. ▪ Fomentar capacitación continua de los equipos de salud sobre la correcta evaluación del estado nutricional de la PM y prevención de la malnutrición en PM. ▪ Gestionar una derivación expedita al control nutricional a toda PM con riesgo de malnutrición por déficit. ▪ Derivar al equipo de salud integral a aquellos casos de PM que presentan riesgo de malnutrición por déficit asociada a riesgos psicosociales. ▪ Supervisar administración de medicamentos.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar realizar EMPAM. ▪ Incentivar incorporar en su alimentación de productos del PACAM. ▪ Prevenir la sarcopenia a través de la promoción de actividad física multicomponente. ▪ Reparar las necesidades funcionales con apoyo de terapia ocupacional y asistente social. ▪ Promover un balance calórico-proteico neutro. ▪ Evaluar y optimizar la salud oral. ▪ Indagar activamente la presencia de factores de riesgo biológicos y psicosociales para el desarrollo de malnutrición por déficit. ▪ Fomentar el autocuidado en la persona, familia y comunidad. ▪ Ejecutar acciones de enfermería dirigidas al cuidado de salud individualizado de la PM con malnutrición. ▪ Ejecutar acciones de salud asistenciales, preventivas y educativas dirigidas a la comunidad.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Considerar tanto el manejo farmacológico como no farmacológico. ▸ Fomentar la extensión de los años de vida saludables, retrasando la aparición de factores que generan dependencia. ▸ Evaluar regularmente las acciones de salud integral realizadas ▸ Realizar una evaluación profunda e integral de la PM y su entorno. ▸ Reducir las restricciones dietéticas innecesarias. ▸ Optimizar el aporte energético: dar varias porciones pequeñas al día, favorecer comidas según el gusto personal, dar colaciones, separar el consumo de líquidos de sólidos por al menos una hora, aumentar la densidad energética de los alimentos, considerar suplementos nutricionales y multivitamínicos. ▸ Adaptar la consistencia de los alimentos, facilitando la masticación y evitando la fatiga. ▸ Promover el comer acompañado o asistido. ▸ Siempre estimular la vía oral, salvo que esté contraindicada.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Incorporar en el plan de capacitación, o bien asegurar que se incorporen, capacitaciones para el equipo de salud en temáticas relacionadas con la prevención y manejo integral de la PM con malnutrición. ▸ Educar y/o promover la educación a la PM, su familia y/o cuidadores en temáticas como: <ol style="list-style-type: none"> a. Alimentación saludable e hidratación. b. Estimulación del aumento o mantención de masa muscular, a través de alimentación adecuada y actividad física. c. Signos de alarma de déficit de nutrientes, cuándo y dónde consultar. d. Manejo de alimentación oral, enteral parenteral según corresponda.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar en investigaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las PM. ▸ Incorporar la perspectiva de género y de PM en todo el proceso de la investigación.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (95), (96), (97), (98), (99), (100), (101), (102), (103).

A continuación la Tabla 19.3 presenta recomendaciones de cuidados para PM con síndrome de malnutrición por déficit.

TABLA 19.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN PM CON SÍNDROME DE DESNUTRICIÓN POR DÉFICIT.

ÁREA		INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar una pesquisa y derivación oportuna al profesional nutricionista o equipo de salud ante la presencia de una PM con malnutrición por déficit. ▸ Gestionar la presencia de recursos humanos necesarios para la atención integral de la PM con malnutrición, en donde el (la) profesional nutricionista, enfermeras(os) y técnicos(as) cobran un rol esencial. ▸ Gestionar los recursos físicos necesarios para dar cumplimiento a la atención integral. ▸ Promover la participación de activos comunitarios, como familia, redes sociales y programas sociales municipales, para otorgar una respuesta de salud integral. ▸ Fomentar capacitación continua de los equipos de salud sobre el manejo de la malnutrición en PM. ▸ Asegurar la permanencia de toda PM con malnutrición por déficit en control nutricional y/o integral en forma regular. ▸ Derivar al equipo de salud integral a aquellos casos de PM que presentan malnutrición por déficit asociada a riesgos psicosociales.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluar y realizar seguimiento con Mini Nutritional Assessment (MNA). ▸ Detectar de manera temprana el síndrome y otorgar tratamiento oportuno. ▸ Manejar el síndrome de manera interdisciplinaria. ▸ Identificar las causas y tratar según su origen: en malnutrición primaria se debe favorecer un balance calórico-proteico neutro o positivo; en malnutrición secundaria se debe tratar la patología subyacente mientras se mantiene un balance calórico-proteico neutro. ▸ Reevaluar las intervenciones realizadas según lo sugerido por la escala Mini Nutricional Assessment (MNA). ▸ Realizar tamizaje del riesgo nutricional en adultos hospitalizados utilizando Nutritional Risk Score (NRS-2002). ▸ Intervenir para prevenir la malnutrición en situaciones de riesgo de desnutrir. ▸ Aplicar en servicios críticos la escala NUTRIC Score, aunque NRS-2002 también sirve en estos casos. ▸ Evaluar la necesidad de iniciar soporte nutricional, prefiriendo la vía oral, luego la vía enteral y por último la vía parenteral.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Incorporar en el plan de capacitación, o bien asegurar que se incorporen, capacitaciones para el equipo de salud en temáticas relacionadas con el manejo integral de la PM con malnutrición. ▸ Educar y/o promover la educación a la PM, su familia y/o cuidadores en temáticas como: <ol style="list-style-type: none"> a. Alimentación saludable e hidratación. b. Estimulación del aumento o mantención de masa muscular, a través de alimentación adecuada y actividad física. c. Signos de alarma de déficit de nutrientes, cuándo y dónde consultar. d. Manejo de alimentación oral, enteral parenteral según corresponda.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participar en investigaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las PM. ▸ Liderar investigaciones orientadas a aumentar el conocimiento al respecto. ▸ Aplicar los principios científicos y humanísticos de la investigación en salud. ▸ Resguardar los aspectos éticos durante toda investigación con seres humanos y modelos animales. ▸ Incorporar la mirada inclusiva de género y de PM en todo el proceso de la investigación.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (95), (96), (97), (98), (99), (100), (101), (102), (103).

Consideraciones finales

La malnutrición es un factor que aumenta la mortalidad hospitalaria y post hospitalaria, en consecuencia, ha de ser tratada idealmente por un equipo multidisciplinario integrado al menos por médico, enfermera, nutricionista, algún profesional de la rehabilitación física (kinesiólogo, profesor de educación física o terapeuta ocupacional) y fonoaudiólogo, si es que la persona presenta disfagia.

La VGI está basada en un paradigma de salud interdisciplinario y complementario, en el que la inclusión del/la profesional de enfermería resulta fundamental para el abordaje de síndromes geriátricos como la malnutrición por déficit.

Ideas centrales

- La malnutrición por déficit es un síndrome multifactorial caracterizado por la carencia de uno o varios nutrientes teniendo repercusiones deletéreas sobre la salud. Puede existir carencia de vitaminas y minerales, de calorías y/o proteínas.
- Es de gran relevancia la malnutrición por déficit para las PM, en cuanto es un factor de riesgo y consecuencia para otras condiciones como la fragilidad.
- En los distintos niveles de atención, los profesionales de la salud suelen centrarse en la malnutrición por exceso, más que en la malnutrición por déficit. Entre los factores de riesgo se encuentran los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento como también las condiciones socio económicas. Además, en este grupo etario algunos síntomas como as-tenia, debilidad y confusión se pueden atribuir también a otras condiciones.
- Es importante buscar y tratar con enfoque multidisciplinario las causas que expliquen la baja de peso. Además, debe considerarse el manejo no farmacológico como uno de los pilares fundamentales para la recuperación de la salud de la PM.

CAPÍTULO 20. IATROGENIA Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PM

Descripción

Las PM presentan hospitalizaciones más frecuentes que otros grupos de edad siendo sus estadías hospitalarias más prolongadas, las que sumadas a los cambios fisiológicos asociados a la edad aumentan el riesgo de lesiones e infecciones durante su hospitalización y una disminución de su funcionalidad al alta.

La iatrogenia es una alteración patológica no intencional y perjudicial para el paciente que resulta de un acto médico legítimo. Es considerado como uno de los síndromes geriátricos que ocasiona más problemas de salud pública, además de involucrar los principios bioéticos de no maleficencia y autonomía.

El conocimiento del síndrome de iatrogenia, de los factores causantes y de cómo prevenirlo, así como también su relación con la ocurrencia de eventos adversos y la importancia que reviste para la seguridad del paciente, permite al equipo de enfermería reflexionar sobre el cuidado de la PM hospitalizada, institucionalizada y en el primer nivel de atención estimulando una mayor eficiencia de éstos y una recuperación más rápida, permitiendo su reintegro en menor tiempo a su entorno familiar y comunitario.

Definición del síndrome geriátrico de iatrogenia

La palabra iatrogenia proviene etimológicamente del griego iatros (médico, sanador) y genia (origen, causa) y se define como el fenómeno que abarca todos los efectos nocivos derivados de la gestión médica, que tiene carácter no intencional y en ocasiones inconsciente y que afecta la integridad física y mental de pacientes, familias u otras personas (104) Se relacionada también con el riesgo elevado que presentan los efectos secundarios de los fármacos y de otras intervenciones en las personas de edad avanzada.

Las complicaciones causadas por la iatrogenia son realizadas de manera inadvertida por el personal de salud (104) y siempre tiene carácter involuntario o no intencional no existiendo deseo de dañar pudiendo ser en ocasiones inconsciente, a veces se conoce el malestar que se ocasionará, pero este es inevitable y hasta necesario y en otras, ni siquiera se es consciente de ello (104).

Los eventos iatrogénicos pueden ser de tipo (105):

- a) Físico, causado por el uso de instrumentos, maniobras semióticas, uso de medicamentos, medios de contrastes, vacunas, irradiaciones y el uso de tecnologías.
- b) Psíquicas causadas por inadvertencia o ignorancia: delirio o síndrome confusional agudo.
- c) Social, causado por diagnósticos incorrectos que puede conducir a la discriminación social del en su núcleo familiar y social.

Se clasifican los eventos iatrogénicos en:

- a) de diagnóstico, causados por retraso en la realización de pruebas diagnósticas, deshidratación y

errores de diagnóstico

- b) terapéuticos causados por varios tipos procedimientos o reacciones adversas a medicamentos administrados y
- c) iatrogénicos debido a diversas situaciones: úlceras por presión o humedad, caídas, infecciones nosocomiales (106).

Epidemiología de los eventos iatrogénicos

Es difícil cuantificar la magnitud y prevalencia de los actos iatrogénicos debido al temor a las sanciones ético-legales y aunque éstos deben ser notificados, no siempre se hace lo que genera una subnotificación y a la falta de instrumentos estandarizados (107). En estudios realizados en España entre el 2005 al 2011, se encontró que, en el ámbito hospitalario, la incidencia estimada de usuarios con eventos adversos asociados a la hospitalización fue del 9,3%, los que estuvieron relacionadas con la medicación, infecciones nosocomiales o problemas técnicos. La prevalencia en las consultas de atención primaria fue del 11,2%, el riesgo de sufrir un evento adverso en unidades de cuidados intensivos fue del 40% y en pacientes atendidos en los servicios de urgencias, del 7,2%.

Un estudio realizado en un hospital de Camerún encontró que el 55,6% de los pacientes estudiados, tuvieron al menos un evento iatrogénico durante la hospitalización, se encontró además 62 eventos iatrogénicos, con una incidencia de 5,28 casos por 100 días-persona de hospitalización; el 30,6% de los eventos iatrogénicos estaban relacionados con fármacos. La mayoría de los eventos iatrogénicos ocurrieron durante los primeros 10 días de hospitalización las infecciones nosocomiales (n=20), flebitis superficial (n=11) y úlceras por presión(n=6) representaron la mayoría de los casos no relacionados con las drogas. El número de medicamentos que recibieron los pacientes con enfermedad iatrogénica era significativamente más alto que el de otros pacientes (108).

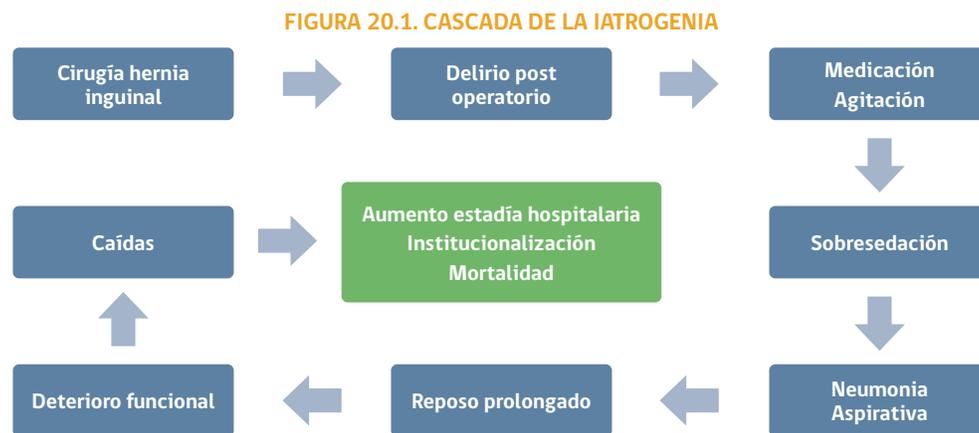
Otro estudio realizado en un hospital docente del estado de Ceará, Brasil, analizó la ocurrencia de iatrogenia relacionada con el cuidado de enfermería con ancianos hospitalizados, para ello revisó 100 registros médicos de los cuales el 54% correspondía a pacientes entre 60 y 70 años, 56% del sexo masculino, siendo los ictus los causa más frecuente de hospitalización (7%). Identificó once eventos iatrogénicos, de los cuales cinco ocurrieron en emergencia; el riesgo de caídas fue el evento iatrogénico predominante, apareciendo en el 17% de las historias clínicas (109).

En el año 2013, se realizó un estudio retrospectivo en la UGA del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que incluyó el análisis de factores de riesgo durante la hospitalización tales como uso de fármacos, manejo hospitalario, capacidad funcional y presencia de delirium; encontrando que las PM hospitalizadas pierden un 78,5% de su capacidad funcional durante su hospitalización. Los factores de riesgo que favorecen la iatrogenia en las Personas Mayores están asociados a (112):

- Una mayor edad.
- Número de fármacos que ingiere el usuario.
- Duración de la hospitalización.

- PM frágiles y geriátricas.
- Múltiples enfermedades crónicas
- Ingreso al hospital desde un ELEAM u otro hospital.

El reposo prolongado y la falta de estimulación funcional genera en las PM lo que se ha denominado la Discapacidad Iatrogénica definida como el «deterioro funcional que resulta de uno o más eventos adversos iatrogénicos ocurridos durante una hospitalización», la que está determinada por la denominada “Cascada de la Iatrogenia” (Figura 20.1), que constituye el desarrollo de serie de complicaciones médicas que se pueden gatillar por un primer evento aparentemente inocuo que dependen de factores gatillantes como las características del usuario, intervenciones y sistemas de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a (108).

Seguridad del paciente:

La seguridad es una responsabilidad en el acto del cuidado, los cuidados seguros incluyen la seguridad física y emocional de los usuarios, los cuidados limpios, la seguridad en la administración de medicamentos, lugares seguros, infecciones asociadas con la atención de salud, cirugías seguras, la preparación de materiales y la seguridad de los usuarios, así como los procesos de aprendizaje y formación (Malvarez y Rodríguez, 2011)

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería, constituyen insumos centrales de la atención de salud a través de los cuales es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los usuarios bajo atención. Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición y la gravedad de sus consecuencias (113).

Evento adverso

La presencia de eventos adversos depende de factores propios del usuario (intrínsecos), factores asociados a la terapia o procedimientos (extrínsecos) y factores relacionados con los procesos propios de la organización. Entre los eventos adversos generados por la atención de enfermería y los factores relacionados con los procesos propios de la organización se encuentran la pérdida de la funcionalidad y la presencia de delirio mientras que los relacionados con el ámbito hospitalario se encuentran las lesiones de piel, caídas e infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones urinarias, las flebitis y las bacteremias asociadas con dispositivos intravasculares y las neumonías) (111).

Error

El error es definido por la OMS como la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía o la aplicación de un plan incorrecto. El error de enfermería, es un concepto nuevo en enfermería, incluye fallas en los procedimientos de enfermería como en la movilización del usuario por un mal cálculo de relación peso-fuerza del usuario, peso-fuerza del enfermero, o por caídas al inicio del abandono de la cama luego de largos períodos de inmovilización o en fallas en la técnica de aumento de la movilización; en la medicación, la higiene y el confort, en el proceso de enfermería y en la conducción y gestión de enfermería en los lugares de trabajo (105).

Complicaciones asociadas a la atención de salud

Entre las complicaciones más frecuentes asociadas a la atención en salud se encuentran (62), (104),(112),(113):

- Tiempo de hospitalización innecesaria.
- Restricciones de la movilidad.
- Infecciones nosocomiales.
- Lesiones por contacto.
- Cuadros confusionales.
- Sobre diagnóstico.
- Falta de diagnóstico.
- Dependencia.
- Riesgos ambientales.
- Síndrome del anochecer.

- Caídas.
- Encamamiento.
- Uso de fármacos.
- Iatrogenia quirúrgica.

El conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios y la prevención y protección ante aquellos que hay que asumir de forma inevitable conducirán a otorgar cuidados seguros, el cuidado lleva implícito la seguridad, por lo tanto, no puede haber seguridad sin enfermería, ni auténtica enfermería sin seguridad, la Seguridad del Paciente, es una responsabilidad en el acto del cuidado (114).

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) de enfermería en PM

VGI en PM

El profesional de enfermería se debe anticipar y minimizar los riesgos comunes que las PM presentan en los estados agudos, fomentando su independencia funcional siendo fundamental la realización de la VGI al ingreso para identificar los factores de riesgo presentes y adoptar medidas de intervención en forma precoz (115). A continuación, en la Tabla 20.1, se presentan recomendaciones para considerar al momento de realizar la VGI.

TABLA 20.1. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON SÍNDROME GERIÁTRICO DE IATROGENIAA

ESFERA	INTERVENCIONES
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevistar a la PM sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Sexo, identidad de género, edad. b. Diagnóstico de ingreso. c. Tiempo de reposo prolongado. d. Antecedentes mórbidos: patologías crónicas en control, anemia, infecciones. e. Hábitos: ingesta de alcohol, tabaco, drogas. f. Antecedentes de alergias a medicamentos, soluciones tópicas, cintas quirúrgicas. g. Fármacos prescritos en forma previa y durante la hospitalización especialmente hipnóticos, anticolinérgicos, sedantes, anticonvulsivantes, analgésicos opioides, anti-coagulantes, AINE. h. Estado nutricional, bajo IMC. i. Presencia de síndromes geriátricos. j. Valora patrón de eliminación urinaria y fecal. k. Antecedentes de caídas, evaluar riesgo de caídas, se recomiendan la escala de valoración de riesgo de J.H Downton. l. Estado de la piel y riesgo de lesiones por presión, se recomienda utilizar escala de Braden.
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar presencia de deterioro cognitivo previo ▸ Valorar presencia de dolor, se sugiere escala EVA. ▸ Indagar por manifestaciones de síndrome confusional agudo, se recomienda: score diagnóstico de Confusión Assessment Method, CAM. ▸ Controlar factores de riesgo para el desarrollo de síndrome confusional agudo. ▸ Valorar dificultades para comunicarse.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar nivel de dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria, utilizar índice de Barthel, cuando corresponda. ▸ Identificar presencia y magnitud de déficit sensorial: visión y audición.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar participación en programas de salud específicos para PM (Más). ▸ Indagar por nivel de actividad social. ▸ Verificar cercanía de artículos personales. ▸ Evaluar del entorno y orden de la habitación. ▸ Valorar la presencia de cuidador/a formal e informal que contribuya en la satisfacción de las necesidades básicas durante la hospitalización.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (106), (108).

Diagnósticos de enfermería relacionados con iatrogenia según taxonomía NANDA

Es parte del cuidado de enfermería atender a estos posibles diagnósticos a fin de prevenirlos, basando sus prácticas en referencias científicamente comprobadas, dado que esto contribuye a consolidar la enfermería como ciencia del cuidar (116).

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la movilidad física.
- Estreñimiento.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de confusión aguda.
- Riesgo de compromiso de la dignidad humana.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos(77).

Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad del paciente sino también por el volumen y el alcance de los mismos en todos los niveles asistenciales (115).

El proceso de enfermería (PE) constituye un instrumento eficaz para la seguridad del paciente ya que se basa en un método racional fundamental para el cuidado seguro el cual se aprende, practica, se evalúa y enriquece en la atención de salud. A continuación se presentan recomendaciones de cuidados de enfermería dirigidas a PM con síndrome de iatrogenia derivada de la atención de salud.

Tabla 20.2. Recomendaciones de cuidados de enfermería, por áreas del rol y acciones de promoción y prevención, en PM con síndrome geriátrico de iatrogenia.

TABLA 20.2. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, POR ÁREAS DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, EN PM CON SÍNDROME GERIÁTRICO DE IATROGENIA.

ÁREA		INTERVENCIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Implementar la atención preferente para favorecer la asistencia y continuidad a los controles de salud. ▸ Adaptar los procedimientos administrativos a las necesidades de las PM con poca escolaridad o déficit cognitivos. ▸ Supervisar la entrega correcta de medicamentos. ▸ Pesquisar y derivar de manera oportuna a especialista si la situación lo amerita. ▸ Fomentar la continuidad de la atención dentro de la comunidad y entre los niveles de atención comunitarios, secundarios y terciarios. ▸ Facilitar y coordinar el acceso a servicios de asistencia social y cuidados domiciliarios. ▸ Mantener los registros de los servicios prestados en los niveles comunitario, secundario y terciario y de la asistencia social provista a sus pacientes.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mejorar la detección y control de factores de riesgo de pérdida de funcionalidad. ▸ Incentivar una mayor adherencia a la oferta programática dirigida a las PM: PACAM, MAS. ▸ Fomentar la vacunación. ▸ Fomentar la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico de cada una de sus patologías. ▸ Mantener actualizada el historial farmacológico de la PM. ▸ Supervisar las dosis, frecuencia, forma de almacenamiento interacciones farmacológicas, y RAM. ▸ Valorar adherencia a hábitos de vida saludable, alimentación, actividad física, sueño, manejo del estrés, relaciones interpersonales significadoras, prácticas contemplativas o espirituales.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Capacitar al personal de salud sobre conceptos de geriatría y gerontología para favorecer la calidad de la atención. ▸ Proveer a las PM y a sus cuidadores informales educación e información, adaptadas a la edad, el género y el medio cultural, sobre la promoción de la salud y el manejo integral de sus patologías y de prevención de las complicaciones

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base (105), (106), (117), (118), (119).

A continuación, la Tabla 20.3 presenta recomendaciones de cuidados de enfermería dirigidas a PM con síndrome de iatrogenia derivada de la atención de salud.

TABLA 20.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, POR ÁREAS DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN PM CON SÍNDROME GERIÁTRICO POR IATROGENIA.

ÁREA		INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Confeccionar y mantener actualizados los protocolos de procedimientos para prevenir contingencias y minimizar los riesgos. ▸ Asegurar evaluación sistemática de protocolos para problemas iatrogénicos potenciales por ejemplo Protocolo de sueño sin inducción farmacológica. ▸ Supervisar al personal a cargo para identificar nivel de conocimientos y cumplimiento de protocolos en las actividades delegadas. ▸ Realizar auditorías internas y externas para analizar los casos de iatrogenia en PM. ▸ Establecer estándares de calidad para mejorar el manejo de condiciones agudas en PM y prevenir los efectos de la hospitalización e institucionalización. ▸ Incentivar una cultura de seguridad en el equipo de enfermería y en el equipo multidisciplinar. ▸ Participar en reuniones multidisciplinarias que permitan elaborar el plan de intervención posterior a la VGI y su evolución. ▸ Realizar inducción al personal de enfermería que se integra a los servicios.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Categorizar a los usuarios para determinar nivel de asistencia en los cuidados y gestionar la carga de trabajo de enfermería y redistribuir los recursos según corresponda. Se sugiere utilizar el cuestionario CUDYR. ▸ Valorar utilizando la VGI al ingreso, durante la hospitalización, en caso de traslado a otra unidad y tras cualquier cambio en su estado físico o mental, o a intervalos regulares de tiempo para identificar problemas y riesgos. Se sugiere también previa al alta. ▸ Desarrollar un plan de cuidados individualizados que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad de la PM: <ol style="list-style-type: none"> a. Prevención de caídas y lesiones asociadas. b. Lesiones por presión. c. Infecciones asociadas a la atención de salud. d. Malnutrición y deshidratación. e. Bronco aspiración. f. Prevención y control del dolor atendiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios y sus cuidadores. ▸ Asistir de manera segura a la PM frágil. ▸ Incluir en el plan de cuidados acciones para informar a los usuarios y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos. ▸ Asistir según necesidades en las ABVD.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular la independencia, potenciar el ejercicio físico, si el usuario se puede movilizar. ▪ Vigilar los medicamentos cuidando que se usen las dosis ajustadas a la edad. ▪ Evitar el uso de pañales y sondas de manera innecesaria. ▪ Cumplir de manera estricta las técnicas asépticas y control de infecciones. ▪ Vigilar de manera estricta los signos vitales, hidratación, estado mental y estado de la piel. ▪ Orientar temporo-espacial según se requiera. ▪ Realizar visita interdisciplinar. ▪ Manejar factores de riesgo ambientales: disminución de ruidos. ▪ Planificar en forma precoz el alta.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al usuario: dedicar en la consulta al usuario todo el tiempo que sea necesario para explicarle el diagnóstico y tratamiento en términos comprensibles. El principio de Autonomía confiere al usuario la facultad de participar en las decisiones que le conciernen y que lo hacen corresponsable informado. ▪ Al personal: la educación en servicio es clave para la formación en seguridad del usuario, realizar capacitación en: <ol style="list-style-type: none"> a. Cuidados gerontogeriatricos. b. Factores asociados a un mayor riesgo de eventos adversos durante la atención. c. Uso de herramientas para identificar riesgos potenciales. d. Intervenciones utilizadas dentro de la institución para prevenir eventos adversos. e. Políticas y procedimientos asociados de uso actual en la institución. f. Ergonomía en la movilización y desplazamientos de pacientes.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar sobre riesgos, errores, eventos adversos y fallas en la seguridad de los usuarios. ▪ Analizar la magnitud de los eventos adversos.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base (105), (106), (117), (118), (119).

Ideas centrales

- Se define iatrogenia como aquellas complicaciones causadas de manera inadvertida por el personal de salud, tratamientos o intervenciones médicas, daños ocasionados por el uso de tecnología.
- El reposo prolongado y la falta de estimulación funcional genera en las PM lo que se ha denominado la Discapacidad Iatrogénica definida como el “deterioro funcional que resulta de uno o más eventos adversos iatrogénicos ocurridos durante una hospitalización”.
- Es difícil cuantificar la magnitud y prevalencia de los actos iatrogénicos debido al temor a las sanciones ético-legales y aunque éstos deben ser notificados, no siempre se hace lo que genera una subnotificación y a la falta de instrumentos estandarizados.
- El conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios y la prevención y protección ante aquellos que hay que asumir de forma inevitable conducirán a otorgar cuidados seguros, aunque la seguridad no es sinónimo de ausencia de riesgos, ya que éstos son inherentes a la atención de salud.

CAPÍTULO 21. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PM CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Descripción

Definición del síndrome geriátrico

El delirium es un síndrome geriátrico frecuente en la población de edad avanzada y de origen multifactorial (120). Es un importante “predictor” de la gravedad y duración del cuadro clínico. Se encuentra asociada a éste, la posibilidad de un mal pronóstico, pues puede evolucionar para condiciones críticas (estupor, coma) y consecuentemente para la muerte si la causa subyacente permanece sin tratamiento (121).

El concepto de “delirium”, denominado en el DSM-IV, apareció como un intento de aunar bajo una misma etiqueta diagnóstica los múltiples términos existentes hasta el momento (estado confusional agudo, fallo cerebral agudo, encefalopatía metabólica, síndrome orgánico cerebral), luego se volvieron a revisar las características clínicas de este cuadro, para actualizar los criterios DSM-V y en la versión española del libro de “Psicogeriatría: una mirada hacia el futuro” los autores Bernardo de la Barra, José Luis Ravinet (2018), vuelven a denominarlo Síndrome Confusional Agudo (122). Independiente del lenguaje utilizado, constituye un síndrome neuropsiquiátrico muy relevante que afecta no sólo a las PM institucionalizadas, sino también aquellas que se encuentran en sus domicilios y que presentan factores predisponentes para el desarrollo de este síndrome. Para fines de este escrito se utilizará el término Síndrome Confusional Agudo (SCA).

La VGI y el cribaje de las condiciones de salud mental, es una tarea compleja y multidimensional, se requieren de actitudes, conocimientos y habilidades en el ámbito de salud mental geriátrica, todo esto reforzado por una relación continua enfermera - paciente y perfeccionados a través de la experiencia práctica (123).

Por lo anterior es necesario estandarizar estos procesos con el fin de mejorarlos, facilitarlos y para un diagnóstico oportuno. Los profesionales de enfermería deben valorar objetivamente los cambios cognitivos mediante una o más herramientas estandarizadas para así fundamentar sus observaciones clínicas (123).

A pesar de la elevada incidencia de SCA en las PM es un síndrome subdiagnosticado en nuestro país, tanto por los médicos como por el personal de enfermería, debido a varias razones: su naturaleza fluctuante, el frecuente solapamiento con deterioros cognitivos, la falta de evaluaciones cognitivas al ingreso y durante la estadía y la subestimación de su importancia y de las consecuencias clínicas asociadas (124).

De ahí la relevancia que este manual, contribuya de guía y apoyo para todos los profesionales de enfermería que diariamente se ven enfrentados a este tipo de situaciones.

Manifestaciones clínicas

El SCA corresponde a un cuadro de comienzo agudo y curso fluctuante, que se caracteriza por una incapacidad para mantener la atención, se manifiesta con alteración del nivel de conciencia, alteración de la memoria, pensamiento desorganizado, desorientación temporo espacial, alucinaciones, ideas delirantes, alteración del ritmo del sueño y vigilia (24).

De todos los síntomas descritos, los síntomas cardinales son los siguientes (125):

- Inicio agudo, en horas o días, a diferencia de la demencia que se desarrolla en meses o años y que suele ser lentamente progresiva.
- La fluctuación de la atención es el síntoma definitorio de SCA.

- La persona no puede concentrarse en órdenes sencillas, pierde el hilo de la conversación, emite frases incoherentes y puede estar desorientado en tiempo y espacio.
- Fluctuación del nivel de conciencia que varía durante el día. Suelen empeorar por la tarde y la noche.

La duración media de los síntomas suele ser de una semana con la aplicación de los cuidados, aunque en las PM puede tardar un mes. La mortalidad global oscila entre el 10-65%; a largo plazo el 35% de los pacientes fallecen durante el primer año tras haber presentado un SCA (126).

El SCA no logra ser identificado adecuadamente en 32% a 67% de los casos y acostumbra a ser objeto de un abordaje terapéutico tardío (126). La literatura describe una serie de factores predisponentes y precipitantes, los cuales se describen en la Tabla 21.1.

TABLA 21.1. FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA).

FACTORES DE RIESGO DE SCA EN PM	
PREDISPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> Edad avanzada. Deterioro cognitivo previo. Antecedentes SCA. Abuso de alcohol y drogas. Factores psicosociales (depresión, stress, soledad). Factores relacionados con la hospitalización: inmovilización, privación de sueño. Falta de adaptación, privación o sobre estimulación sensorial. Institucionalización reciente.
DESENCADENANTES O PRECIPITANTES	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones. Fármacos (anestesia, polifarmacia). Alteraciones hidroelectrolíticas. Trauma. Síndrome de privación de alcohol. Hospitalización reciente.

Fuente: Elaborado por el equipo de personas mayores propia en base a (127), (128).

Los factores descritos anteriormente, son muy relevantes y es vital incorporar su búsqueda en la valoración de enfermería, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre la PM.

Abordaje

Proceso de enfermería (PE) en PM con SCA

VGI

Para realizar la gestión del cuidado en las PM con SCA se debe realizar un plan de cuidados individualizado integral, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, para ello se debe utilizar VGI, la cual permite evaluar de manera global las características propias del envejecimiento, es un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar las PM (129), (130).

El diagnóstico del SCA por lo tanto se efectúa con instrumentos para identificar este síndrome, pero el abordaje integral se realiza en base a la VGI previamente realizada, lo que hace posible llegar a un

diagnóstico preciso de la situación de salud que está viviendo la PM, es por ello según el libro “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” DSM-5 (131), para realizar un diagnóstico más completo se tiene considerar los siguientes criterios.

- A. Una alteración de la atención y la conciencia.
- B. La alteración aparece en poco tiempo, constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (como déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los criterios A y C no se explican por medio de otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería una persona en estado de coma.
- E. En la valoración, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra alteración médica, una intoxicación, o una abstinencia por una sustancia, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

A continuación, la Tabla 21.2 presenta recomendaciones a considerar en la VGI de la PM con SCA:

TABLA 21.2. RECOMENDACIONES PARA LA VGI EN PM CON SCA.

ESFERA	INTERVENCIONES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultar por antecedentes personales, mórbidos, enfermedad actual. ▪ Indagar por patologías que puedan estar gatillando el síndrome. ▪ Recoger información sobre el estado basal de la PM. ▪ Evaluar presencia de ideas delirantes empleando la escala CAM. ▪ Conocer y registrar el detalle del momento cuando se notó el cambio o alteración de conciencia o conducta que lo llevó a consultar. ▪ Controlar signos vitales (evaluar presencia infección o descompensación metabólica). ▪ Valorar presencia de dolor, fiebre, cefalea, disnea, tos, cambios en el hábito intestinal o diuresis, algún déficit neurológico, cambios en la ingesta de líquidos o alimentos o cualquier otro síntoma que pueda orientar a la etiología. ▪ Consultar por terapia farmacológica y no farmacológica. ▪ Indagar cambios en los medicamentos prescritos o auto medicados en los últimos días (medicamentos pueden gatillar o favorecer el SCAM, especialmente los con efecto anticolinérgico importante, sedantes e hipnóticos, antihistamínicos, opioides y dihidropiridinas). ▪ Realizar exploración física buscando elementos que sugieran trauma reciente, las pupilas fijas o dilatadas, miosis o midriasis pueden sugerir toxicidad por opioides o anticolinérgicos respectivamente. ▪ Buscar signos de meningismo, signos de deshidratación, examen cardiaco, pulmonar y abdominal buscando otras causas, buscar celulitis, úlceras infectadas, abscesos perianales, estigmas de daño hepático, fecaloma, retención urinaria, signos de trombosis venosa, focalidad neurológica entre otras. ▪ Realizar pruebas complementarias (exámenes de laboratorios) para descartar hipoglicemia y otras alteraciones metabólicas, también problemas de desequilibrio hidroelectrolítico, hipoxemia y presencia de infecciones.

CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Detectar precozmente los factores de riesgo para el desarrollo del SCA. ▸ Valorar historia nutricional. ▸ Valorar riesgo de caídas secundaria al SCA. ▸ Valorar antecedentes de consumo de alcohol o drogas. ▸ Evaluar alteraciones sensoriales. ▸ Valorar a través de la obtención de la información en base a las necesidades de Virginia Henderson para el diseño de un plan de intervención en forma global e integral.
MENTAL	<p>Área cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Conocer si existe historia de deterioro cognitivo o psiquiátrico. ▸ Evaluar presencia de deterioro cognitivo, demencia o desorientación al ingreso de un centro asistencial y a su egreso a través de la aplicación del test Mini mental. ▸ Valorar presencia de deterioro cognitivo, cuando se requiera complementar la información a través de la aplicación del cuestionario de la Actividades Funcionales Pfeiffer (del informante). <p>Área afectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar la ansiedad, irritabilidad, temor y depresión a través de la aplicación de la escala Yesavage. ▸ Valorar factores predisponentes psicosociales (stress, soledad). ▸ Evaluar presencia de adicciones y alteraciones del ánimo. ▸ Valorar el apoyo espiritual para la persona mayor y familiares como medio para mejorar relaciones y alivio del estrés. ▸ Evaluar el apoyo tecnológico para la comunicación con la familia de la persona mayor. ▸ Evaluar implementación de estrategias de orientación/capacitación para los familiares. ▸ Valorar estrategias para contención emocional y la ayuda psicológica. ▸ Valorar trastornos de adaptación deprivación o sobre estimulación sensorial. ▸ Evaluar entorno que se encuentra la persona mayor para asegurar ciclos de luz/ oscuridad apropiados, favoreciendo el silencio nocturno, y dando tiempo para que las personas mayores desarrollen sus propias actividades básicas de la vida diaria como alimentarse o asearse. ▸ Evaluar estrategias de musicoterapia y masoterapia para manejo del estrés, agitación y prevención de SCA.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conocer su funcionalidad previa (EMPAM, Barthel etc) ▸ Valorar funcionalidad al ingreso de un centro asistencial y a su egreso con la aplicación del índice de Barthel, si corresponde, ▸ En esta área se puede valorar factores precipitantes a la aparición del SCA.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Valorar presencia de redes de apoyo a nivel familiar y comunitario a través de la escala de Gijón. ▸ Valorar sobrecarga del cuidador a través de la escala de carga del cuidador de Zarit. ▸ Valorar el medio en el que se desenvuelve la PM. ▸ Evaluar recursos que cuentan las personas y su entorno socio familiar. ▸ Evaluar desde la esfera micro social los componentes básicos en la funcionalidad de la familia disminuidos o nulos y macro socialmente las actividades y relaciones sociales a través de la aplicación del ECOMAPA.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (107), (132), (133), (134).

Diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA

Entre los principales diagnósticos de enfermería, de acuerdo a la taxonomía NANDA, que afectan a las personas y a sus familias que padecen de un SCA se pueden mencionar (135):

- Confusión aguda.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la memoria.
- Control emocional inestable.
- Control de impulsos inestable.
- Deterioro de la comunicación.
- Baja autoestima situacional.
- Ansiedad.
- Desesperanza.
- Déficit de autocuidado: higiene, alimentos, eliminación y/o vestimenta.
- Cansancio del rol del cuidador.
- Protección ineficaz.
- Trastorno del patrón del sueño.
- Procesos familiares disfuncionales.
- Interrupción de los procesos familiares.
- Conflicto del rol parental.
- Desempeño ineficaz del rol.
- Deterioro de la interacción social.
- Deterioro de la toma de decisiones independientes.
- Riesgo de lesión.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de violencia autodirigida.
- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Riesgo de síndrome de fragilidad de la Persona Mayor.
- Riesgo del cansancio del rol del cuidador.

A estos se suma una larga lista de otros diagnósticos enfermeros relacionados con los factores predisponentes y precipitantes que suelen estar presentes de manera simultánea. Es vital que el profesional de enfermería los identifique para que de esa manera pueda formular un plan de cuidados integral incluyendo en todo momento a la familia.

Cuidados de enfermería en PM con SCA

Como es conocido enfermería es la disciplina encargada de la gestión del cuidado, por lo cual, al realizar la VGI, planifica e implementa los cuidados acordes a las necesidades y particularidades de cada PM que padece SCA, realizando un posterior seguimiento y vigilancia de cada caso de forma personalizada. El plan de cuidado como tal es orientado a favorecer la prevención, recuperación, rehabilitación y la reinserción familiar y comunitaria de la PM. Entre sus funciones por lo tanto se encuentra la prevención y vigilancia activa en la detección del síndrome presente en las PM frágiles (136).

Los profesionales de enfermería y su equipo, son quienes permanecen veinticuatro horas cerca de las

personas cuando están hospitalizadas, acompañándolas con la entrega de sus cuidados en los distintos niveles sanitarios, por lo cual se encuentran en una posición estratégica para identificar de forma prematura este síndrome. Un reconocimiento precoz y el tratamiento del agente condicionante posibilitan, dirigir las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas (121).

Se recomienda la evaluación diaria del estado mental de la PM en el contexto intrahospitalario de manera de detectar los factores de riesgo para aplicar medidas preventivas (137). La Tabla 21.3, presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para PM con SCA.

TABLA 21.3. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, PARA LA PM CON SCA

ÁREA	INTERVENCIONES
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar y actualizar los diagnósticos de enfermería. ▪ Gestionar y planificar los cuidados considerando la participación de familiares durante el desarrollo de la atención para prevenir y tratar el SCA. ▪ Desarrollar y liderar campañas de prevención e identificación oportuna del SCA. ▪ Promover estrategias de pesquisa sobre comorbilidades previsibles y la detección de indicadores de probabilidad de muerte por consecuencia del SCA. ▪ Desarrollar programas para reconocer y validar, acciones que permiten controlar (prevenir/tratar) el SCA y, de esta forma, disminuir sus consecuencias. ▪ Gestionar planes sobre equilibrio sensorial y el mantenimiento de un ambiente seguro. ▪ Estimular la conciencia crítica de los profesionales de la salud para activar diariamente un plan metódico y estratégicamente elaborado, para disminuir la incidencia de este síndrome y reducir las comorbilidades que puedan derivarse. ▪ Implementar el paquete de medidas de prevención no farmacológicas
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar escalas destinadas a evaluar presencia de SCA. ▪ Orientar el estudio de laboratorio según la clínica y la urgencia, pero siempre hacer un tamizaje básico que descarte hipoglicemia y otras alteraciones metabólicas, evaluando equilibrio hidroelectrolítico, hipoxemia, electrocardiograma e infecciones. ▪ Realizar exámenes de segunda línea los cuales se eligen de acuerdo con la sospecha clínica o bien cuando aún no hay claridad del diagnóstico etiológico. ▪ Los estudios complementarios suelen incluir: <ol style="list-style-type: none"> a. TC o RM b. Pruebas para las infecciones sospechosas (p. ej., hemograma, hemocultivos, radiografía de tórax, análisis de orina). c. Evaluación de la hipoxia (oximetría de pulso o gasometría arterial) d. La medición de electrolitos, nitrógeno ureico, creatinina, glucosa en plasma y los niveles en sangre de cualquier medicamento sospechoso de estar produciendo efectos tóxicos e. Prueba de detección sistemática de drogas en la orina.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Cuando el diagnóstico no es claro, otros estudios pueden incluir, medición de calcio y albúmina en suero, tirotrófina, vitamina B12, eritrosedimentación y anticuerpos antinucleares (ANA) y una prueba para sífilis (p. ej., prueba de reagina plasmática rápida (RPR) o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). ▸ Cuando el diagnóstico aún no es claro, los estudios complementarios pueden incluir el análisis de líquido cefalorraquídeo (para descartar meningitis, encefalitis o hemorragia subaracnoidea), la medición de amoníaco en suero y las pruebas para descartar metales pesados. ▸ Si se sospecha actividad comicial (manifestación clínica paroxística brusca e inesperada) no convulsiva, incluso un estado de mal epiléptico (sugerida por fasciculaciones motoras sutiles, automatismos y un patrón fluctuante de agitación y somnolencia), se debe efectuar monitorización con EEG. ▸ Detectar de manera precoz los factores predisponentes y desencadenantes del SCA. ▸ Promoción de los hábitos de vida saludables. ▸ Promoción del sueño por medio de estrategias de control del ruido ambiental durante la noche, ajuste de los horarios de las intervenciones, otorgar protectores auditivos y mascarillas oculares. ▸ Promoción de deambulación precoz. ▸ Promoción de la funcionalidad.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educación sanitaria sobre la importancia de corregir los factores de riesgos predisponentes y desencadenantes. ▸ Educar sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables (alimentación equilibrada, actividad física regular, manejo de estrés, manejo de adicciones, importancia del sueño reparador y relaciones interpersonales significativas). ▸ Educar a la PM y cuidador principal o persona significativa sobre la importancia de disminuir los factores predisponentes y desencadenantes. ▸ Educar al equipo de salud sobre las diversas escalas de diagnóstico del SCA. ▸ Educar al equipo de salud sobre estrategias integrales y multifactoriales con el propósito de prevenir el SCA en PM.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (129), (136), (138), (139), (140), (141).

A continuación, la Tabla 21.4 presenta las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para PM con diagnóstico médico SCA.

TABLA 21.4. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN ÁREA DEL ROL Y ACCIONES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, PARA LA PM CON SCA.

ÁREA		INTERVENCIONES
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecer un sistema de notificación de diagnóstico de SCA. ▸ Adecuar los planes de intervención de acuerdo con los diagnósticos de enfermería. ▸ Gestión de planes de intervención transdisciplinario para prevenir el SCA. ▸ Desarrollar planes individuales, focalizados para disminuir los factores predisponentes y desencadenantes del SCA. ▸ Gestionar los horarios de la administración de los fármacos. ▸ Supervisar y/o controlar la marcha, el equilibrio. ▸ Supervisión del sueño y del dolor. ▸ Supervisión disfuncionalidad familiar. ▸ Supervisión de recursos económicos, infraestructura y de afrontamientos con el fin de la resolución del cuadro por le SCA.
	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar evaluación diaria del estado mental de manera de detectar tanto factores de riesgo para aplicar medidas preventivas, como para realizar un diagnóstico precoz e iniciar tratamiento. ▸ Realizar planes de intervenciones de acuerdo a lo pesquisado en la VGI en las diferentes dimensiones. ▸ Realizar control seriado de los signos vitales. ▸ Realizar movilización precoz, lo que incluye movilización pasiva o activa en cama, reposicionamiento cada dos horas, en casos en que la persona se pueda sentar o levantar se recomienda sentar a la orilla de la cama, levantar, posicionarse en sillón o caminar, los que son cuidados programados por enfermería. ▸ Mantener una hidratación y nutrición adecuadas, privilegiando la administración vía oral, supervisada. ▸ Pesquisar déficits sensoriales. Identificar y corregir alteraciones sensoriales. ▸ Estimular el empleo de ayudas sensoriales (lentes, audífonos). ▸ Realizar actividades de musicoterapia y masoterapia para manejo de agitación y prevención del SCA. ▸ Identificar necesidades de seguridad, según función física y cognitiva, a través de la identificación de los diferentes tipos de SCA. ▸ Eliminar conductas y factores que afectan el riesgo el SCA. ▸ Modificar el ambiente para minimizar los riesgos. ▸ Reconocer y validar, qué acciones permiten controlar (prevenir/tratar) el SCA y, de esta forma, disminuir sus consecuencias. ▸ Disponer de dispositivos adaptativos y de protección (barandas, frenos de camas, cama baja etc.) para aumentar la seguridad especialmente cuando la PM esa cursando SCA. ▸ Mantener una iluminación nocturna tenue que permita un trayecto seguro.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar equipos y mobiliarios que entorpezcan la movilización de la PM especialmente cuando está cursando SCA. ▪ Realizar estrategias terapéuticas no farmacológicas como actividades de jugar a las cartas, leer periódicos, ver programas de televisión apropiados que permita la orientación del paciente en cuanto al tiempo, espacio. ▪ Realizar intervenciones enfocadas: <ol style="list-style-type: none"> 1) deterioro cognitivo (realizando reorientación en realidad, empleo de calendarios de pared y pizarras y visitas extensas de familiares con fotografías de éstos); 2) inmovilidad (promoviendo la movilización precoz); 3) privación del sueño (favoreciendo ambiente nocturno relajado, con ingesta de bebidas tibias, música placentera, luces tenues, reducción del ruido ambiental y evitando aquellos controles clínicos innecesarios); 4) deshidratación (manteniendo hidratación y nutrición adecuadas) y 5) déficit visual y auditivo (suministrando las ayudas técnicas necesarias). ▪ Asegurar el uso de audífonos y anteojos cuando corresponda.
	EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación a los profesionales de salud sobre la atención de las PM en riesgo de SCA. ▪ Educar y reforzar a la PM sobre ayudas sensoriales (lentes, audífonos). ▪ Capacitación a al equipo de salud del abordaje de las PM con SCA. ▪ Capacitación al equipo de salud, familia y persona mayor sobre medidas de prevención no farmacológicas.
	INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar investigaciones sobre prevalencia de SCA utilizando escalas como el CAM, el CAM-ICU o el ICDSC. ▪ Reunir toda la evidencia actual sobre las intervenciones de enfermería más oportunas para el manejo del SCA en PM para potenciar el desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia. ▪ Generar talleres de investigación acción, instancia para presentar evidencia científica sobre el SCA en PM. ▪ Escribir y publicar artículos y/o capítulos de libros para apoyar y argumentar decisiones para intervenciones seguras y adecuadas para PM.

Fuente: Elaborado por equipo de personas mayores en base a (129), (136), (138), (139), (140), (141).

Consideraciones finales

El SCA es una urgencia médica muy prevalente y subdiagnosticada en todos los niveles asistenciales de nuestro país.. Se asocia a más complicaciones, morbilidad, deterioro funcional e incluso mayor mortalidad, aumentado las complicaciones a mayor edad y patologías de base. Por ello, la PM con SCA es un desafío, que requiere evaluación y manejo en forma prioritaria. Para esto existen recomendaciones que incluyen el uso de herramientas de tamizaje validadas, así como el identificar activamente a las personas con factores predisponentes y precipitantes (134).

Adicionalmente, a nivel de sociedad se debe fomentar que las personas adultas, especialmente aquellas de edad avanzada, frágiles o con múltiples comorbilidades, conversen y expresen sus voluntades de cuidado a sus familiares cercanos y al equipo de salud de cabecera con el fin de facilitar la toma de decisiones en situaciones complejas, especialmente cuando la persona afectada se encuentra con sus facultades mentales alteradas, como es el caso de las personas con SCA. En sí, este síndrome requiere de un manejo integral, interdisciplinario con cuidados específicos, seguros, oportunos e individualizado (135).

Ideas centrales

- El delirium es un síndrome geriátrico frecuente en la población de edad avanzada y de origen multifactorial (120). Es un importante “predictor” de la gravedad y duración del cuadro clínico.
- La VGI y el cribaje de las condiciones de salud mental, es una tarea compleja y multidimensional, se requieren de actitudes, conocimientos y habilidades en el ámbito de salud mental geriátrica, todo esto reforzado por una relación continua enfermera/o - paciente y perfeccionados a través de la experiencia práctica.
- En cuanto al manejo, el objetivo principal es encontrar la causa subyacente y tratarla.
- A nivel hospitalario, la estrategia más costo-efectiva es la prevención primaria del delirium implementando protocolos estandarizados, interdisciplinarios y multifactoriales.

REFERENCIAS

- [1]. Abizanda Soler P. Rodríguez Mañas L, Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de [1] Abizanda Soler P. Rodríguez Mañas L, Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores, Segunda., vol. Cap 2. España: Elsevier., 2015.
- [2]. A. Marengoni et al., «Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature», *Ageing Res Rev*, vol. 10, n.o 4, pp. 430-439, sep. 2011, doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003.
- [3]. M. G. M. Olde Rikkert, A. S. Rigaud, R. J. van Hoeyweghen, y J. de Graaf, «Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics?», *Neth J Med*, vol. 61, n.o 3, pp. 83-87, mar. 2003.
- [4]. S. K. Inouye, S. Studenski, M. E. Tinetti, y G. A. Kuchel, «Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept», *J Am Geriatr Soc*, vol. 55, n.o 5, pp. 780-791, may 2007, doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.
- [5]. L. P. Fried et al., «Frailty in older adults: evidence for a phenotype», *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 56, n.o 3, pp. M146-156, mar. 2001, doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- [6]. García-Cruz, Juan Carlos; García-Peña, Carmen Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 54, núm. 2, 2016, pp. S176- S185, p. 11. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- [7]. C. Tapia P, Y. Valdivia-Rojas, H. Varela V, A. Carmona G, V. Iturra M, y M. Jorquera C, «Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta», *Revista médica de Chile*, vol. 143, n.o 4, pp. 459-466, abr. 2015, doi: 10.4067/S0034-98872015000400007.
- [8]. «Fragilidad C Albala INTA 2018 CAIbala 2018 Antecedentes». <https://slidetodoc.com/fragilidad-c-albala-inta-2018-calbala-2018-antecedentes/> (accedido oct. 25, 2021).
- [9]. P. López Pardo, A. Socorro García, y J. J. Baztán Cortés, «Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda», *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, n.o 5, pp. 375-378, sep. 2016, doi: 10.1016/j.gaceta.2016.04.008.
- [10]. L. P. Fried et al., «Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype», *The Journals of Gerontology: Series A*, vol. 56, n.o 3, pp. M146-M157, mar. 2001, doi: 10.1093/gerona/56.3.M146.
- [11]. García-Cruz, Juan Carlos; García-Peña, Carmen Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 54, núm. 2, 2016, pp. S176- S185, p. 11. Instituto Mexicano del Seguro Social. [12] D. V. Antolín, «Predictores de la fragilidad en personas mayores institucionalizadas», vol. 9, p. 13, 2017.
- [12]. Cervera y Saiz, actualización en Geriátrica y Gerontología II, 5º edición, 2019.
- [13]. García Rodríguez Isabel, Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria, trabajo de fin de grado, 2018. «Detección e intervención en el Síndrome de Fragilidad.», p. 47.

- [14]. C. de Miguel Barbero y C. de Miguel Barbero, «Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano"», *Ene*, vol. 14, n.o 2, 2020, Accedido: oct. 25, 2021. [En línea]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- [15]. «Manual de prevención de caídas en el adulto mayor, MINSAL 2020.PDF». Accedido: oct. 25, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab-1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
- [16]. L. Petronila Gómez, S. Aragón Chicharro, B. Calvo Morcuende, L. Petronila Gómez, S. Aragón Chicharro, y B. Calvo Morcuende, «Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción», *Gerokomos*, vol. 28, n.o 1, pp. 2-8, 2017.
- [17]. G. González C, P. P. Marín L, y G. Pereira Z, «Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad», *Revista médica de Chile*, vol. 129, n.o 9, pp. 1021-1030, sep. 2001, doi: 10.4067/S0034-98872001000900007.
- [18]. «Boletín N° 23: Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados - SENDA». <https://www.senda.gob.cl/boletines/> (accedido dic. 14, 2021).
- [19]. M. Bella Beorlegui, N. Esandi Larramendi, A. Carvajal Valcárcel, M. Bella Beorlegui, N. Esandi Larramendi, y A. Carvajal Valcárcel, «La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano», *Gerokomos*, vol. 28, n.o 1, pp. 25-29, 2017.
- [20]. I.- www.ilogica.cl, «Síndrome caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y prevención», *Escuela de Medicina*. <https://medicina.uc.cl/publicacion/sindrome-caidas-adulto-mayor/> (accedido oct. 25, 2021).
- [21]. Llanes Betancourt C.; La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017.
- [22]. Reyes, P. «¿Inmovilidad y postrado o dismovilidad y encamado?», *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Enero-febrero, 2017; vol 21(1) Pág 2.
- [23]. «DISMOVILIDAD-MINSAL-2015.pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DISMOVILIDAD-MINSAL-2015.pdf>
- [24]. «Manual de Geriatria para Médicos 2019.08.13 _pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
- [25]. R. Fernández Alba y F. G. Manrique-Abril, «Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor», *Enfermería Global*, n.o 19, pp. 0-0, jun. 2010.
- [26]. «Manejo de síndromes geriátricos asociados a complicaciones post operatorias. pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/612GRR.pdf>
- [27]. González Madrigal, L. «Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayor», *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (616) 551 - 555*, 2015. Disponible en: <https://>

www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/616/art08.pdf

- [28]. «Gestor de caso del adulto mayor en riesgo de dependencia.pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>
- [29]. Instituto mexicano del Seguro Social, 2014. «Intervenciones de enfermería en personas mayores con síndrome de inmovilidad.pdf». Guía de Referencia Rápida. Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/703GRR.pdf>
- [30]. L. Baro, Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud, 2004. «Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados», p. 18.
- [31]. M. A. L. Olmo, Síndrome de inmovilidad. Guía de ayuda enfermera para el cuidado del paciente geriátrico. 2014, p. 51.
- [32]. «Recomendaciones de mejores prácticas para estrategias holísticas para promover y mantener la integridad de la piel - Wounds International». <https://www.woundsinternational.com/resources/details/best-practice-recommendations-holistic-strategies-promote-and-maintain-skin-integrity> (accedido oct. 26, 2021).
- [33]. A. Lichterfeld-Kottner, M. El Genedy, N. Lahmann, U. Blume-Peytavi, A. Büscher, y J. Kottner, «Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review», *Int J Nurs Stud*, vol. 103, p. 103509, mar. 2020, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103509.
- [34]. «THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF SKIN TEARS IN AGED SKIN.pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/57c1a5cc8a4771a696b4c17b9e2ae6f1.pdf>
- [35]. H. Van Tiggelen et al., «Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries», *British Journal of Dermatology*, vol. 183, n.o 1, pp. 146-154, ene. 2019, doi: 10.1111/bjd.18604.
- [36]. K. Y. Woo, D. Beeckman, y D. Chakravarthy, «Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review», *Adv Skin Wound Care*, vol. 30, n.o 11, pp. 494-501, nov. 2017, doi: 10.1097/01.ASW.0000525627.54569.da.
- [37]. Fletcher J, Beeckman D, Boyles A et al (2020) International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). Wounds International. Disponible en línea en www.woundsinternational.com (accedido oct. 26, 2021).
- [38]. «Estudio_ELEAM_SENAMA_FINAL_JULIO.pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estudio_ELEAM_SENAMA_FINAL_JULIO.pdf
- [39]. K. Van den Bussche, S. Verhaeghe, A. Van Hecke, y D. Beeckman, «The Ghent Global IAD Monitoring Tool (GLOBIAD-M) to monitor the healing of incontinence-associated dermatitis (IAD): Design and reliability study», *Int Wound J*, vol. 15, n.o 4, pp. 555-564,

ago. 2018, doi: 10.1111/iwj.12898.

- [40]. J. Kottner et al., «Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019», *J Tissue Viability*, vol. 28, n.o 2, pp. 51-58, may 2019, doi: 10.1016/j.jtv.2019.01.001.
- [41]. A. Gefen, «The burden of pressure ulcers is one of the most important, yet unsolved, current medical problems. This article reviews the status of technology-based options to prevent pressure ulcers.», vol. 19, n.o 2, p. 7, 2018.
- [42]. E. Jaul, O. Meiron, y J. Menczel, «The Effect of Pressure Ulcers on the Survival in Patients With Advanced Dementia and Comorbidities», *Exp Aging Res*, vol. 42, n.o 4, pp. 382-389, sep. 2016, doi: 10.1080/0361073X.2016.1191863.
- [43]. J. A. Leiva-Caro, N. A. G. Parada, M. P. V. Reyes, C. M. E. R. Torres, y C. L. Martínez, «Úlceras por presión en pacientes de un hospital de alta complejidad en Chile», *Benessere. Revista de Enfermería*, vol. 4, n.o 1, Art. n.o 1, jun. 2020, doi: 10.22370/bre.41.2019.2303.
- [44]. «Haesler - 2019 - Prevention and treatment of pressure ulcersinjury.pdf». Accedido: oct. 26, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf
- [45]. M. Gray, D. Kent, J. Ermer-Seltun, y L. McNichol, «Assessment, Selection, Use, and Evaluation of Body-Worn Absorbent Products for Adults With Incontinence: A WOCN Society Consensus Conference», *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 45, n.o 3, pp. 243-264, jun. 2018, doi: 10.1097/WON.0000000000000431.
- [46]. E. Jaul y O. Meiron, «Dementia and Pressure Ulcers: Is There a Close Pathophysiological Interrelation?», *J Alzheimers Dis*, vol. 56, n.o 3, pp. 861-866, 2017, doi: 10.3233/JAD-161134.
- [47]. L. Atkin et al., «Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds», *J Wound Care*, vol. 23, n.o Sup3a, pp. S1-S50, mar. 2019, doi: 10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1.
- [48]. «Strategies to reduce practice variation in wound assessment and management The TIME Clinical Decision Support Tool - Wounds International». <https://www.wound-sinternational.com/resources/details/strategies-reduce-practice-variation-wound-assessment-and-management-time-clinical-decision-support-tool1> (accedido oct. 26, 2021).
- [49]. E. Haesler, Ed., *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline: the international guideline*, 3. edition. Prag: Epuap, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019.
- [50]. N. T. Contributor, «Incontinence-associated dermatitis 2: assessment, diagnosis and management», *Nursing Times*, mar. 30, 2020. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/continence/incontinence-associated-dermatitis-2-assessment-diagnosis-and-management-30-03-2020/> (accedido oct. 27, 2021).
- [51]. J. Brennan-Cook y R. L. Turner, «Promoting Skin Care for Older Adults», *Home Health-care Now*, vol. 37, n.o 1, pp. 10-16, feb. 2019, doi: 10.1097/NHH.0000000000000722.

- [52]. P. McCluskey y G. McCarthy, «Nurses' knowledge and competence in wound management», *Wounds UK*, vol. 8, pp. 37-47, jun. 2012.
- [53]. K. LeBlanc, K. E. Campbell, E. Wood, y D. Beeckman, «Best Practice Recommendations for Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin: An Overview», *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 45, n.o 6, pp. 540-542, dic. 2018, doi: 10.1097/WON.0000000000000481.
- [54]. Denyer J, Pillay E, Clapham J. Best practice guidelines for skin and wound care in epidermolysis bullosa. An International Consensus. *Wounds International*, 2017. (accedido oct. 27, 2021).
- [55]. I. Khansa, A. R. Schoenbrunner, C. T. Kraft, y J. E. Janis, «Silver in Wound Care—Friend or Foe?: A Comprehensive Review», *Plast Reconstr Surg Glob Open*, vol. 7, n.o 8, p. e2390, ago. 2019, doi: 10.1097/GOX.0000000000002390.
- [56]. M. Rivolo et al., «Heel Pressure Injuries: Consensus-Based Recommendations for Assessment and Management», *Adv Wound Care (New Rochelle)*, vol. 9, n.o 6, pp. 332-347, jun. 2020, doi: 10.1089/wound.2019.1042.
- [57]. «1530-marita-ticchi-incontinence-associated-dermatitis-with-suspected-infection-a-guideline-for-assessment-and-management-m-ticchi.pdf». Accedido: oct. 27, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.vicniss.org.au/media/1924/1530-marita-ticchi-incontinence-associated-dermatitis-with-suspected-infection-a-guideline-for-assessment-and-management-m-ticchi.pdf>
- [58]. G. Vallejos et al., «Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor», *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 84, n.o 2, pp. 158-165, 2019, doi: 10.4067/S0717-75262019000200158.
- [59]. J. E. Robles, «La incontinencia urinaria», *Anales Sis San Navarra*, vol. 29, n.o 2, ago. 2006, doi: 10.4321/S1137-66272006000300006.
- [60]. H. C. de A. Abreu, A. A. O. Reiners, R. C. de S. Azevedo, A. M. C. da Silva, D. R. de O. M. Abreu, y A. D. de Oliveira, «Incidence and predicting factors of falls of older inpatients», *Rev Saude Publica*, vol. 49, p. 37, 2015, doi: 10.1590/s0034-8910.2015049005549.
- [61]. L. P. Marques, I. J. C. Schneider, M. W. C. Giehl, D. L. Antes, y E. d'Orsi, «Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil», *Rev. bras. epidemiol.*, vol. 18, pp. 595-606, sep. 2015, doi: 10.1590/1980-5497201500030006.
- [62]. P. Gil Gregorio, P. González García, J. Gutiérrez Rodríguez, C. Verdejo Bravo, y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, *Manual del residente en geriatría*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2011. Accedido: oct. 27, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
- [63]. M. Busquets C y R. Serra T, «Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria

- del Fondo Nacional de Salud (FONASA)», *Revista médica de Chile*, vol. 140, n.o 3, pp. 340–346, mar. 2012, doi: 10.4067/S0034-98872012000300009.
- [64]. F. Vivaldi y E. Barra, «Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores», *Terapia psicológica*, vol. 30, n.o 2, pp. 23–29, jul. 2012, doi: 10.4067/S0718-48082012000200002.
- [65]. «Protocolo-R-y-CR-SSMO-Incontinencia-Urinaria-20101.pdf». Accedido: oct. 27, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.saludorient.cl/websaludorient/wp-content/uploads/2014/01/Protocolo-R-y-CR-SSMO-Incontinencia-Urinaria-20101.pdf>
- [66]. MINSAL, 2020. «Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario», p. 26. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/8_LINEA-DE-TRABAJO-PROCESO-ASISTENCIAL-DE-ATENCION-AMBULATORIA.pdf
- [67]. R. Barranquero y B. Ausín, «Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores», *Revista de Psicogeriatría*, vol. 9, pp. 41–47, jul. 2019.
- [68]. M. a S. Navarro Ruiz et al., «Frecuencia de estreñimiento en pacientes de Atención Primaria», *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 8, n.o 1, pp. 4–10, feb. 2015, doi: 10.4321/S1699-695X2015000100002.
- [69]. Mearin F., *Estreñimiento en el anciano: ¡lo que faltaba! Estreñimiento. Más importante de lo que parece.*, Ediciones Doyma. Barcelona, España, 2000.
- [70]. F. Mearin, E. Rey, y A. Balboa, «Trastornos funcionales y motores digestivos [Jornada de Actualización en Gastroenterología Aplicada]», *Gastroenterología y Hepatología*, vol. 39, n.o Supl.1, pp. 3–13, 2016, doi: 10.1016/S0210-5705(16)30169-8.
- [71]. G. F. Longstreth, W. G. Thompson, W. D. Chey, L. A. Houghton, F. Mearin, y R. C. Spiller, «Functional bowel disorders», *Gastroenterology*, vol. 130, n.o 5, pp. 1480–1491, abr. 2006, doi: 10.1053/j.gastro.2005.11.061.
- [72]. V. Garrigues, C. Gálvez, V. Ortiz, M. Ponce, P. Nos, y J. Ponce, «Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain», *Am J Epidemiol*, vol. 159, n.o 5, pp. 520–526, mar. 2004, doi: 10.1093/aje/kwh072.
- [73]. S. M. Mugie, M. A. Benninga, y C. Di Lorenzo, «Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review», *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, vol. 25, n.o 1, pp. 3–18, feb. 2011, doi: 10.1016/j.bpg.2010.12.010.
- [74]. T. Rodríguez C. et al., «Prevalencia y perfil epidemiológico de la constipación funcional en población adulta sana con los nuevos criterios ROMA IV», *Revista de cirugía*, vol. 71, n.o 5, pp. 425–432, oct. 2019, doi: 10.35687/s2452-45492019005374.
- [75]. «Verdejo Bravo - 2014 - Estreñimiento en el anciano.pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/GBPC%20ESTRE%C3%91IMIENTO.pdf>

- [76]. «indice_barthel.pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_barthel.pdf
- [77]. «NANDA (DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA) 2018-2020 - pdf Docer.com.ar», Docer.com.ar. <https://docer.com.ar/doc/nxnxnvn> (accedido oct. 28, 2021).
- [78]. B. Iade y V. Umpierre, «Manejo del paciente con constipación», Archivos de Medicina Interna, vol. 34, n.o 3, pp. 67-79, dic. 2012.
- [79]. «World Gastroenterology Organisation (WGO)», World Gastroenterology Organisation (WGO). <https://www.worldgastroenterology.org> (accedido oct. 28, 2021).
- [80]. N. Masnoon, S. Shakib, L. Kalisch-Ellett, y G. E. Caughey, «What is polypharmacy? A systematic review of definitions», BMC Geriatrics, vol. 17, n.o 1, p. 230, oct. 2017, doi: 10.1186/s12877-017-0621-2.
- [81]. «Polypharmacy guidance 2015 pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/dc20150415polypharmacy.pdf>
- [82]. T. Tatum, P. Curry, B. Dunne, K. Walsh, y K. Bennett, «Polypharmacy Rates among Patients over 45 years», Ir Med J, vol. 112, n.o 2, p. 893, mar. 2019.
- [83]. C. Arellano et al., «Using two tools to identify Potentially Inappropriate Medications (PIM) in elderly patients in Southern Chile», Arch Gerontol Geriatr, vol. 67, pp. 139-144, dic. 2016, doi: 10.1016/j.archger.2016.08.001.
- [84]. F. Salech, Q. F. Daniel Palma, y Q. F. Pablo Garrido, «EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE MEDICAMENTOS EN EL ADULTO MAYOR», Revista Médica Clínica Las Condes, vol. 27, n.o 5, pp. 660-670, sep. 2016, doi: 10.1016/j.rmclc.2016.09.011.
- [85]. N. V. Bello Escamilla, P. A. Montoya Cáceres, N. V. Bello Escamilla, y P. A. Montoya Cáceres, «Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados», Gerokomos, vol. 28, n.o 2, pp. 73-77, 2017.
- [86]. H. X. Liu et al., «Association between frailty and incident risk of disability in community-dwelling elder people: evidence from a meta-analysis», Public Health, vol. 175, pp. 90-100, oct. 2019, doi: 10.1016/j.puhe.2019.06.010.
- [87]. P. H. Novaes, D. T. da Cruz, A. L. G. Lucchetti, I. C. G. Leite, y G. Lucchetti, «The "iatrogenic triad": polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults», Int J Clin Pharm, vol. 39, n.o 4, pp. 818-825, ago. 2017, doi: 10.1007/s11096-017-0470-2.
- [88]. D. D. Skaar y H. O'Connor, «Potentially serious drug-drug interactions among community-dwelling older adult dental patients», Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, vol. 112, n.o 2, pp. 153-160, ago. 2011, doi: 10.1016/j.tripleo.2011.03.048.
- [89]. C. Azhagesan, «Role of Nurse in Polypharmacy», NHIJ, vol. 1, n.o 4, 2017, doi: 10.23880/NHIJ-16000123.
- [90]. C. Martins, M. Godycki-Cwirko, B. Heleno, y J. Brodersen, «Quaternary prevention: reviewing the concept», European Journal of General Practice, vol. 24, n.o 1, pp. 106-

111, ene. 2018, doi: 10.1080/13814788.2017.1422177.

- [91]. MINSAL, «Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010», Santiago, 2009.
- [92]. «Informe-Vigilancia-Nutricional-2017.pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Vigilancia-Nutricional-2017.pdf>.
- [93]. «INFORME FINAL ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/602/3895.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [94]. M. J. Kaiser et al., «Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status», *Journal of Nutrition, Health and Aging*, vol. 13, n.o 9, pp. 782-788, 2009. doi: 10.1007/s12603-009-0214-7.
- [95]. I.- www.ilogica.cl, «Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral», Escuela de Medicina. <https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-adulto-mayor-valoracion-geriatrica-integral/> (accedido oct. 28, 2021).
- [96]. M. J. Kaiser et al., «Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status», *J Nutr Health Aging*, vol. 13, n.o 9, pp. 782-788, nov. 2009, doi: 10.1007/s12603-009-0214-7.
- [97]. C. Urteaga R, R. I. Ramos H, y E. Atalah S, «Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor», *Revista médica de Chile*, vol. 129, n.o 8, pp. 871-876, ago. 2001, doi: 10.4067/S0034-98872001000800005.
- [98]. A. S. Detsky et al., «What is subjective global assessment of nutritional status?», *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, vol. 11, n.o 1, pp. 8-13, feb. 1987, doi: 10.1177/014860718701100108.
- [99]. «Orientacion-tecnica-para-la-atencion-en-salud-de-las-personas-adultas-mayores-en-AP-MINSAL-Chile-2014-1.pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/440/Orientacion-tecnica-para-la-atencion-en-salud-de-las-personas-adultas-mayores-en-AP-MINSAL-Chile-2014-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [100]. A. Slachevsky Ch y P. Fuentes G, «Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica», *Revista médica de Chile*, vol. 133, n.o 10, pp. 1242-1251, oct. 2005, doi: 10.4067/S0034-98872005001000015.
- [101]. T. P. Ng et al., «Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial», *Am J Med*, vol. 128, n.o 11, pp. 1225-1236.e1, nov. 2015, doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.017.
- [102]. S. Durán A, A. Ulloa A, y S. Reyes G, «Comparación del consumo de vitaminas y minerales en adultos mayores chilenos según estado nutricional», *Rev. méd. Chile*, vol. 142, n.o 12, pp. 1594-1602, dic. 2014, doi: 10.4067/S0034-98872014001200013.
- [103]. Read «Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids,

Cholesterol, Protein, and Amino Acids» at NAP.edu. doi: 10.17226/10490.

- [104]. Domecq Gómez Yoandra, Freire Soler Josué, Querts Mendez Odalis, Columbié Reyes Juan Lorenzo. Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. MEDISAN [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Dic 10]; 24(5): 906-924. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500906&lng=es. Epub 17-Sep-2020.
- [105]. Contreira Júnior D; Delgado do Amaral K; Fernandes Gomes da Silva M; Waldir Júnior R; Almeida Marquês S; Venturini Garlet C (2020). Ocurrencia y riesgos de iatrogénesis en el anciano: Una Revisión Integrativa Revista CPAQV - Centro de Investigaciones Avanzadas en Calidad de Vida 12 (3) 1-12. DOI: 10.36692/v12n3-21r
- [106]. Szlejf C, Farfel MJ, Saporetti LA, Jacob W, Curiati JA. Factores relacionados con la ocurrencia de iatrogenia en pacientes ancianos internados en una sala de geriatría: un estudio prospectivo. Rev Einstein 2008
- [107]. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [acceso 10 dic 2022];68(1):136-46. Disponible: <https://bit.ly/2PT6Ry3>
- [108]. Ntsama Essomba MJ; Mathurin Kowo; V.Ndikum, Ashuntantang G; Nzana V; Njonjou Sylvain S. Épidémiologie de la iatrogénie chez despatients âgés hospitalisés en médecine interne: une étude prospectivo. La Revue de Médecine Interne 39:A245-A246. DOI: 10.1016/j.revmed.2018.03.261
- [109]. Duarte RipardoN , Coelho Brito M Iatrogenias en ancianos hospitalizados: un estudio exploratorio-descriptivo. Rev. bioét. (Impr.). 2019; 27 (1): 98-104. Doi: 10.1590/1983-80422019271291
- (110). Malvárez S, Rodríguez J (2011): Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales Cap.1 1-11 en Enfermería y Seguridad de los pacientes. OPS.
- [111]. V. Abaira et al., «Documento del grupo de trabajo SESPAS-OMC sobre iatrogenia», FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, vol. 20, n.o 6, pp. 255-264, 2017, doi: 10.33588/fem.206.925.
- [112]. M. do R. Martins, «Síndromes geriátricos: Iatrogenia», jul. 2013.
- [113]. Charlotte Eliopoulos, Enfermería geriátrica y gerontológica, Edición: 9a. País: España: Editores: Wolters Kluwe, 2018.
- [114]. «Mohan et al. - 2008 - Prevención de lesiones causadas por el tránsito, m.pdf». Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/9789275332467_spa.pdf.
- [115]. J.-E. T. Bou, «Pressure ulcers as a safety patient problem», p. 7.
- [116]. D. E. P. de Pires, «Cambios necesarios para el desarrollo de la Enfermería como ciencia del cuidado», Rev. Bras. Enferm., vol. 66, pp. 39-44, sep. 2013, doi: 10.1590/S0034-71672013000700005.

- [117]. P. Gil Gregorio, P. González García, J. Gutiérrez Rodríguez, C. Verdejo Bravo, y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Manual del residente en geriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2011. Accedido: oct. 28, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>.
- [118]. S. Sourdet, C. Lafont, Y. Rolland, F. Nourhashemi, S. Andrieu, y B. Vellas, «Preventable iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization», *J Am Med Dir Assoc*, vol. 16, n.o 8, pp. 674-681, ago. 2015, doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.011.
- [119]. «Procedimientos de Enfermería más Frecuentes en el Proceso Asistencial Documento sin título», <https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4.htm>. <https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4.htm> (accedido oct. 29, 2021).
- [120]. M. L.-D. Nogal y J. M. Ribera-Casado, «Síndrome confusional (delirium) en el anciano», p. 13.
- [121]. M. S. P.-M. Bento, R. M. D. Marques, y P. P. Sousa, «Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica», *Enfermería Global*, p. 17, 2018.
- [122]. Psicogeriatría. Una mirada hacia el futuro y Bernardo Barra, Javier Ravinet, Sicogeriatría, una mirada hacia el futuro. Orjikh editores, 2018.
- [123]. «Screening_for_Delirium_Dementia_and_Depression_in_the_Older_Adult.pdf». Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Screening_for_Delirium_Dementia_and_Depression_in_the_Older_Adult.pdf
- [124]. S. K. Inouye, «Delirium in Older Persons», <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra052321>, oct. 08, 2009. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra052321> (accedido oct. 29, 2021).
- [125]. «Prevención del delirium en el paciente anciano: diseño y evaluación de una intervención no farmacológica en el ámbito hospitalario. Tesis Doctoral.» Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44765/1/T39309.pdf>
- [126]. M. Wschebor, C. Aquines, V. Lanaro, y S. Romano, «Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad Delirium: a comorbidity associated to higher mortality rates», p. 30.
- [127]. A. A. Céspedes, «Ensayo clínico piloto de una intervención multicomponente de enfermería para reducir el delirium en ancianos hospitalizados. (MID-Nurse-P).», p. 177.
- [128]. E. Tobar y E. Alvarez, «DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO», *Rev Med Clin Condes*, vol. 31, n.o 1, pp. 28-35, ene. 2020, doi: 10.1016/j.rmcl.2019.11.008.
- [129]. «Prevención farmacológica del delirium: un largo camino por recorrer». <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300416> (accedido oct. 29, 2021).

- [130]. F. M. Chew, «Volumen 19, Suplemento No. 01-2015 Revista Medicina Interna», n.o 01, p. 7, 2015.
- [131]. J. D. 34. Blazer D, Petersen R, Ganguli M, Blacker D, Faison W. et al., Trastornos Neurocognitivos- Delirium. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales., 5th ed. Editorial Médica Panamericana, 2014.
- [132]. M. Gálvez-Cano, H. Chávez-Jimeno, y E. Aliaga-Díaz, «Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor», *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, vol. 33, n.o 2, p. 321, jun. 2016, doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2204.
- [133]. M. Fonseca Canteros, «Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos», *Revista chilena de cirugía*, vol. 68, n.o 3, pp. 258-264, jun. 2016, doi: 10.1016/j.rchic.2016.03.011.
- [134]. M. Carrasco y M. Zalaquett, «DELIRIUM: UNA EPIDEMIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIA A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO», *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 28, n.o 2, pp. 301-310, mar. 2017, doi: 10.1016/j.rmclc.2017.04.019.
- [135]. «Aplicación taxonomía NANDA en SCA». Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2020/ger201c.pdf>.
- [136]. «Orientación-Técnica-de-Atención-Integral-para-Personas-Mayores-Frágiles-en-Unidades-Geriátricas-de-AgudosUGA.pdf». Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>.
- [137]. T. L. de Souza, K. de O. Azzolin, y V. R. Fernandes, «Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review», *Rev Gaucha Enferm*, vol. 39, p. e20170157, ago. 2018, doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0157.
- [138]. C. Carrera Castro, «Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales», *Enfermería Global*, vol. 11, n.o 27, pp. 356-378, jul. 2012, doi: 10.4321/S1695-61412012000300020.
- [139]. T. Quiroz O, E. Araya O, y P. Fuentes G, «Delirium: actualización en manejo no farmacológico», *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol. 52, n.o 4, pp. 288-297, dic. 2014, doi: 10.4067/S0717-92272014000400007.
- [140]. M. J. R. López, A. V. Ordozgoiti, M. T. S. Díez, M. T. S. Morillo, R. S. Landete, y Y. A. Rubio, «Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio», *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 35, n.o 1, Art. n.o 1, may 2019, Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1749>.
- [141]. «Guía de referencia rápida , prevención diagnóstico y tratamiento en el anciano hospitalizado.IMSS-465-11.pdf». Accedido: oct. 29, 2021. [En línea]. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-465-11.pdf>.

ANEXO: ESCALAS E ÍNDICES DE VALORACIÓN

Anexo	Descripción	Referencia
Escala de Time up and go	Es una prueba simple que se usa para evaluar la movilidad de una persona y requiere un equilibrio estático y dinámico. Utiliza el tiempo que tarda una persona en levantarse de una silla, caminar tres metros, darse la vuelta, caminar hacia la silla y sentarse.	«Orientación-Técnica-de-Atención-Integral-para-Personas-Mayores-Frágiles-en-Unidades-Geriátricas-de-AgudosUGA.pdf». Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf .
Estación Unipodal	La prueba de estación unipodal (EU) mide el equilibrio estático y consiste en cronometrar el tiempo en el cual una PM está en equilibrio apoyado sólo en una extremidad inferior.	«a122378_Acevedo_S_Utilidad_del_uso_de_aceelerometria_2017_Tesis.pdf». Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/18041/a122378_Acevedo_S_Utilidad_del_uso_de_aceelerometria_2017_Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
Escala de Tinetti, para el equilibrio y la marcha	Consta de dos subescalas para la marcha y para el equilibrio. Uno de los principales objetivos es lograr un envejecimiento saludable con el tiempo más corto posible de morbilidad, incapacidad y dependencia: Esperanza de vida libre de enfermedad.	«FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA TERAPIA FÍSICA – PDF Free Download». https://docplayer.es/89335536-Facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-tecnologia-medica-terapia-fisica.html (accedido nov. 03, 2021).
Escala de valoración de PAINAID	Es una escala de fácil aplicación que consta de 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Cada ítem puede obtener una puntuación máxima de 2. Las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor), equivalente a la escala EVA.	«Escala PAINAD.pdf». Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://ulcerasfora.seargas.gal/Informacion/Documents/CP/Escala%20PAINAD.pdf
Mini nutricional assessment-Short Form (MNA-SF)	Mini Evaluación Nutricional (MNA®) es una breve y válida herramienta de cribado nutricional en población de personas mayores. El MNA contiene geriátricos específicos preguntas de evaluación relacionadas con la nutrición y la salud condiciones, independencia, calidad de vida, cognición, movilidad y salud subjetiva (3).	«MNA-spanish.pdf». Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf
Genograma	El Genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multi generacional que registra información sobre los miembros de la familia y sus relaciones. Su estructura permite acceder a la historia familiar y sus relaciones familiares.	«ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA MINSAL». Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

Anexo	Descripción	Referencia
Ecomapa	El ecomapa o mapa ecológico de la familia dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea a la familia: las conexiones importantes, los límites intrasistémicos, los conflictos, los recursos y las carencias, así como la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos, o sea en sus relaciones con el supra sistema, la sociedad, y/o con otros sistemas.	Carlos Alberto Fernández S., «Instrumentos de valoración familiar», 10:27:39 UTC. Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://es.slideshare.net/EnfCarlosAlbertoFS/instrumentos-de-valoracin-familiar-26171254
Escala de MOS y DICK UNC-11	El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), validado en población española, es el instrumento más adecuado, de los que disponemos en la práctica diaria, para estudiar y evaluar el apoyo social. Permite conocer las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social.	M. Á. Suarez Cuba, «IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL», Revista Médica La Paz, vol. 17, n.o 1, pp. 60-67, 2011.
DICK UNC-11	El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo era medir "apoyo social funcional percibido". La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar que el número de amigos o la frecuencia de visitas, las llamadas medidas estructurales. Explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social.	M. Á. Suarez Cuba, «IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL», Revista Médica La Paz, vol. 17, n.o 1, pp. 60-67, 2011.
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.	La Escala de Zarit es una escala de 22 preguntas diseñada para valorar la sobrecarga del cuidador, ampliamente utilizada en estudios de dependencia en atención primaria. ... Esta escala reducida nos permite identificar a todos los cuidadores con sobrecarga únicamente con 7 preguntas	«Orientación-Técnica-de-Atención-Integral-para-Personas-Mayores-Frágiles-en-Unidades-Geriátricas-de-AgudosUGA.pdf», Accedido: nov. 03, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf
Minimetal abreviado (MIMS)	Versión modificada del MMSE de Folstein como parte del ítem de Diagnóstico funcional del adulto mayor (EFAM-Chile). Esta versión del MMSE, fue originalmente concebido como un instrumento abreviado para ser utilizado en el proyecto "Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe". Dicho estudio utilizó un MMSE modificado en los ítems atención/cálculo y dibujo, con el fin de disminuir la influencia de la baja escolaridad de la población estudiada	C. E. para A. L. y el Caribe, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CEPAL, 2006. Accedido: nov. 04, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez

Anexo	Descripción	Referencia
Minimental abreviado de Folstein.	El Mini Mental Examination de Folstein también conocido por sus siglas MMSE fue publicado en el año 1975 por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung. El MMSE de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el deterioro cognitivo. Para ello cuenta con una escala de puntuación que va del 0 a los 30 puntos.	«Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor .pdf». Accedido: nov. 04, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf
Cuestionario de las actividades funcionales de Pfeiffer	El Cuestionario de actividad funcional de Pfeiffer y colaboradores (FAQ) es un instrumento útil para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL)	C. E. para A. L. y el Caribe, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CEPAL, 2006. Accedido: nov. 04, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez
Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer	Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminativa	D. Fejoo Calles et al., «Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo», FC, vol. 11, n.o 1, pp. 14-18, abr. 2019; doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).001.03.
Escala de depresión geriátrica de Yesavage.	La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español	«Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor .pdf». Accedido: nov. 04, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf
Escala de Braden	Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.	«Escala de Braden», Enfermería Creativa, ene. 28, 2019. https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/ (accedido nov. 04, 2021).
Escala de Norton	La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores se suman para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.	«Escala de Norton», Página web de pseudomonas. https://pseudomonas.jimdofree.com/medicina-interna/medicina-familiar/escala-de-norton/ (accedido nov. 04, 2021).
Índice de Barthel	El índice de Barthel o escala de Barthel es un instrumento utilizado por profesionales socio*sanitarios para la valoración funcional de un paciente y realizar un seguimiento de su evolución.	«Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor .pdf». Accedido: nov. 04, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf

Anexo	Descripción	Referencia
Escala de Downton.	La escala de Downton es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos.	«Prevención Caídas y Manejo Agitación Psicomotora - Calidad HOSLA». https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-protocolos/agitacion-psicomotora (accedido nov. 04, 2021).
Escala de CAM	Es una herramienta que puede diferenciar el delirium de la demencia, además de los diferentes subtipos de delirium, así como su estado prodrómico.	«RECOMENDACIONES-PARA-LOS-EQUIPOS-2.pdf». Accedido: nov. 05, 2021. [En línea]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/RECOMENDACIONES-PARA-LOS-EQUIPOS-2.pdf
Escala CAM - ICU	Versión adaptada desde el CAM para el paciente crítico sometido a ventilación mecánica. Se denomina CAM-UCI (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) y está validada en Chile. Se utiliza en pacientes que se pueden comunicar como en pacientes con ventilación mecánica. Han de cumplirse obligatoriamente los criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 o 4 para poder considerar como positivo la presencia de delirium.	E. Tobar et al., «Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español», <i>Medicina Intensiva</i> , vol. 34, n.o 1, pp. 4-13, ene. 2010, doi: 10.1016/j.medin.2009.04.003.
Escala de ICDS	El ICDS (Índice Compuesto de Difusión Secundaria) es un indicador que muestra la visibilidad de la revista en diferentes bases de datos científicas de alcance internacional, o en su defecto en repertorios de evaluación de publicaciones periódicas.	«ICDSD». Accedido: nov. 05, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.lhsc.on.ca/media/8367/download
Escala de NIHSS.	Mide factores como la conciencia, ubicación temporal, lenguaje, fuerza de las extremidades, visión y sensibilidad, entre otros. Se trata de una escala para evaluación cuantitativa del déficit neurológico tras un accidente vascular cerebral agudo.	PABLO, «Escala NIHSS para ictus agudo: ¿Qué es el síndrome de inatención unilateral?», <i>mipropiolo</i> , nov. 08, 2015. https://mipropiolo.wordpress.com/2015/11/08/escala-nihss-para-ictus-agudo-que-es-el-sindrome-de-inatencion-unilateral/ (accedido nov. 05, 2021).
Escala de Coma de Glasgow.	La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala.	«escalas_en_neurologia_marzo.pdf». Accedido: nov. 05, 2021. [En línea]. Disponible en: http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf
Tamizaje del vaso de agua.	El test del vaso de agua consiste en la ingesta de 50 ml de agua en alicuotas, estimándose patológica la presencia de tos, carraspera o estridor ¹² . En la auscultación cervical se aplica un fonendoscopio de membrana sobre el cuello y se ausculta la deflución de cucharadas de jalea.	«Guía Clínica AUGE, ACV isquémico.pdf». Accedido: nov. 05, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf

Anexo	Descripción	Referencia
Manejo postural	La Escala o cuestionario de somnolencia diurna de Epworth (ESS) es un cuestionario tipo Likert que intenta determinar o medir la somnolencia diurna. Esto puede ser de ayuda en el diagnóstico de trastornos del sueño. Fue introducido en 1991 por el doctor Murray Johns del Hospital Epworth en Melbourne, Australia.	M. Gómez G., B. Deck G., P. Santelices B., G. Cavada Ch., C. Volpi A., y L. Serra M., «Adaptación transcultural y validación de la escala de somnolencia de Epworth en la población chilena», Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, vol. 80, n.o 4, pp. 434-441, dic. 2020, doi: 10.4067/S0718-48162020000400434
Escala visual análoga (EVA)	La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.	«Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.» Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf
Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ- SF	El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero	«a122271_Aspe_C_Prevalencia_de_incontinencia_urinaria_2017_Tesis.pdf». Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/18030/a122271_Aspe_C_Prevalencia_de_incontinencia_urinaria_2017_Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.	La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio.	«Guía Clínica AUGÉ, depresión en personas de 15 años y más.pdf». Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf
Test de MOCA	MoCA-test es un instrumento breve de tamizaje, sensible y específico, utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, con puntos de corte que varían según la población estudiada	«MoCA-Test-Spanish.pdf». Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: https://catch-on.org/wp-content/uploads/2016/12/MoCA-Test-Spanish.pdf
Índice de Katz.	El índice de Katz (a veces también llamado Escala Funcional de Katz) es un instrumento de evaluación que permite valorar el grado de dependencia física de un sujeto para la realización de las llamadas actividades básicas de la vida diaria.	«Índice-de-KATZ.pdf». Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: https://redeleam.cl/wp-content/uploads/2020/03/Índice-de-KATZ.pdf
Escala de Lawton y Brody	La escala de Lawton y Brody permite medir el grado de independencia que mantiene la persona mayor para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, dándonos información valiosa para una posible intervención.	«Escala de Lawton y Brody». https://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp (accedido nov. 08, 2021)

Anexo	Descripción	Referencia
<p>Escala de dismovilidad de Dinamarca</p>	<p>La escala Síndrome de Inmovilidad, ahora denominada Síndrome de Dismovilidad por su propio autor es una herramienta de gran ayuda para la evaluación fisioterapéutica de las personas adultas mayores ya que complementa la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja y apoya el diagnóstico fisioterapéutico, lo que permite diseñar de manera óptima el programa de acondicionamiento del movimiento corporal para uno de los más importantes síndromes geriátricos</p>	<p>«1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf». Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf</p>
<p>Escala de evaluación calidad de vida (EQ-5D).</p>	<p>El cuestionario EQ- 5D, diseñado por el Grupo de Investigación EuroQoL en 1990, es una medida genérica de la auto-percepción del estado de salud de un individuo. El estado de salud se define en términos de cinco dimensiones, que son: movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/ malestar y angustia/depresión.</p>	<p>«CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (HR-QoL) EN POBLACION GENERAL. CHILE 2005 Departamento de Estudios y Desarrollo Mayo 2006.» Accedido: nov. 08, 2021. [En línea]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818_recurso_1.pdf</p>
<p>Escala de Frailty Tilburg Indicador (TFI)</p>	<p>El instrumento Frailty Tilburg Indicador (TFI) fue utilizado para medir fragilidad total y en cada do- minio: física (8 ítems), cognitiva (4 ítems) y social (3 ítems). El score se obtiene de la suma de sus preguntas, el rango va de 0-15, siendo frágil la PM que tenga 5 puntos o más.</p>	<p>No hay</p>
<p>Índice de comorbilidad de Charlson</p>	<p>El índice de comorbilidad de Charlson es un instrumento que predice las complicaciones de la suma de ciertas enfermedades, como la capacidad funcional al alta y la mortalidad.</p>	<p>Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf</p>
<p>Test IPAQ</p>	<p>El IPAQ es un instrumento adecuado para la evaluación de la actividad física de adultos entre 18 y 69 años de edad. Considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte), mientras que otros instrumentos evalúan sólo la actividad física del tiempo libre.</p>	<p>Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf</p>
<p>Escala visual de fragilidad</p>	<p>La Escala de fragilidad clínica (CFS) es una herramienta práctica y eficaz para evaluar la fragilidad en las personas mayores. El evaluador emite un juicio sobre el grado de fragilidad de una persona basándose en la información de una evaluación clínica formal que toma en cuenta la cognición, la movilidad, la función y las comorbilidades para asignar un nivel de fragilidad de 1 (muy en forma) a 7 (enfermedad terminal, esperanza de vida <6 meses).</p>	<p>Extraída de Recomendaciones Para Los Equipos De Atención Clínica En La Valoración Y Manejo Integral De Personas Mayores Con Sospecha O Diagnóstico Confirmado De Covid-19 En El Nivel Terciario De Atención, disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/RECOMENDACIONES-PARA-LOS-EQUIPOS-2.pdf</p>

Anexo	Descripción	Referencia
Escala de apoyo social de MOS	El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), es el instrumento más adecuado, para estudiar y evaluar el apoyo social. Permite conocer las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social	Disponible en https://comunidad.semfyce.es/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos/
Escala de riesgo de la vivienda		
Escala de soledad social ESTE II	Esta escala se centra en profundidad en el factor de Soledad Social. Esta escala se divide en tres factores: <ul style="list-style-type: none"> • Factor 1: Percepción del apoyo social. • Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías. • Factor 3: Índice de participación social. 	Disponible en http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf
Cuestionario de Barber	Es el cuestionario más difundido para detectar a las PM en riesgo de dependencia, se creó y comenzó a utilizar en Inglaterra al inicio de los años ochenta.	Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deteccion-ancianos-riesgo-atencion-primaria--13079149
Categorización del riesgo de CUDYR	Categorización de Riesgo es una herramienta que ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del usuario hospitalizado, identificando su perfil, lo cual aporta en la organización y facilita la estandarización de planes de cuidado de cada paciente	Disponible en: http://www.ssmso.cl/tmpArchivos/comunicaciones/CompromisosSSMISO/OT%20CUDYR%20Hospitales%20Mediana%20Complejidad%20RIESGO%20DEPENDENCIA%20FINAL.pdf
Cuestionario de Oviedo del sueño	El Cuestionario Oviedo de Sueño (COS) es una breve entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño de tipo insomnio e hipersomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10 (Bobeis, González, Vallejo et al., 1998). Su versión final está constituida por 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 escalas categoriales o diagnósticas: satisfacción subjetiva de sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems), e hipersomnio (3 ítems).	Disponible en: http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=260
Escala de Hamilton	Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.	Disponible en https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF .

Anexo	Descripción	Referencia
Escala de Beck	El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.	Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck
Escala de satisfacción social de Dtenner	La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, por sus siglas en inglés; Diener, Emmons, Larsen, & Griffins, 1985) es el instrumento de medición mayormente utilizado en el mundo para la evaluación de la SV	
Escala de autoestima de Rosemberg	Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.	Disponible en: https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf
ETADI	La escala está descrita en cinco etapas relacionadas con la dificultad de traslado de la persona, independientemente de las alteraciones de la motricidad con dos sub etapas que indican la progresión del proceso de desacomodamiento.	Disponible en: https://www.gerontologia.org/porta/archivosUpload/Etapificacion_de_la_Dismovilidad.pdf
MUST	El 'MUST' es un instrumento de cribado de cinco pasos, diseñado para identificar a adultos malnutridos, con riesgo de malnutrición (desnutrición) u obesos. Incluye además unas directrices de tratamiento que pueden emplearse para desarrollar un plan de cuidados.	Disponible en: https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf
Cuestionario de Burnout de Maslach	Cuestionario que se ha constituido en el gold standard para la medición del Burnout, ya que es el instrumento más utilizado con estos fines y ha sido validado en varios contextos culturales y laborales. Este instrumento, desarrollado por Maslach y Jackson (1981), se sustentó en investigaciones previas sobre los sentimientos que caracterizaban a un trabajador con Burnout.	Disponible en http://www.omint.com.ar/website2/Portals/0/images/hews-prestadores/CUESTIONARIO-BURNOUT-INTERACTIVO.PDF

Anexo	Descripción	Referencia
Criterio Roma-III	Los criterios de Roma III para enfermedades funcionales permiten proveer educación, legitimación y validación de condiciones clínicas que carecen de marcadores de laboratorio. En el caso del SII, permite además, caracterizar distintos subtipos a fin de ofrecer distintas opciones terapéuticas adaptadas a cada caso.	Disponible en: https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2012n400008.pdf
IMC ajustado a PM	En adultos mayores se ha encontrado que el riesgo de morir es menor entre aquellos IMC 23-28 o 25-29. Entonces, se establece como delgadez un IMC < 23,0; normal, 23,0-27,9; sobrepeso, > 28,0 a 31,9; y obesidad, ≥ 32,0.	Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf
Escala subjetive global assessment	VGS (Valoración Global Subjetiva), nos permite distinguir entre pacientes bien nutridos y aquellos que están en riesgo de desnutrición o bien con algún grado de ésta, sin necesidad de utilizar medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio, con una sensibilidad y especificidad aceptables.	Disponible en: http://nutricomparte.blogspot.com/2012/09/blog-post.html
Escala nutricional risk score (NRS 2002)	El cuestionario de Tamizaje NRS-2002 tiene el propósito de diferenciar a los individuos que se encuentren en alto riesgo de presentar problemas nutricionales o que presentan un estado nutricional deficiente, de aquellos pacientes con buen estado nutricional.	Disponible en: https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/Curso_Soporte_Nutricional_2016/M%C3%B3dulo1/NRS_2002_herramienta.pdf
Escala nutric score	El puntaje NUTRIC está diseñado para cuantificar el riesgo de eventos adversos en el paciente crítico que pueden ser modificados por terapia nutricional agresiva	Disponible en: https://www.criticalcarenutrition.com/docs/PEPuPCollaborative/Puntaje%20NUTRIC_PEP%20uP.pdf
Escala Gijón	La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria	Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatrica/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile