



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DE SALUD Y NECESIDADES DEL
ADULTO MAYOR SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN
RECIBIDA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS
NUEVA AURORA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTORA: CAROLINA BRAVO COFRÉ.
GUÍA DE TESIS: ISABEL SIEFER NAVAS.

VALPARAÍSO – CHILE
AGOSTO 2019

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

INFORME DE EVALUACIÓN TESIS DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, que la Tesis presentada por el candidato/a: CAROLINA BRAVO COFRÉ ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del mes..... del año....., como requisito para optar al grado de Magister en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Tesis: ISABEL SIEFER NAVAS.

Firma: _____

Profesor/a corrector/a de Tesis: _____

Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fe: _____

Firma: _____

ÍNDICE

Resumen	.....	1
Abstract	.....	3
Dedicatoria	.....	5
Agradecimientos	.....	6
Capítulo 1: Introducción	.....	7
Capítulo 2: Marco Referencial	.....	12
2.1 Marco Empírico	.....	12
2.2 Marco Teórico	.....	36
2.21 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson	.....	36
2.22 Teoría de la Motivación y la Jerarquía de las Necesidades de Maslow	.....	51
2.3 Definición de Variables	.....	54
2.31 Operacionalización de variables	.....	54
Capítulo 3: Metodología	.....	62
3.1 Diseño de la investigación	.....	62
3.2 Población en estudio	.....	62
3.3 Selección de la muestra	.....	63
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	.....	65
3.5 Instrumentos recolectores de datos	.....	65

3.6 Recolección de datos	.....	66
3.7 Prueba Piloto	.....	67
3.8 Procesamiento y análisis de datos	.....	67
3.9 Consideraciones éticas	.....	69
Capítulo 4: Resultados	.....	70
Capítulo 5: Discusión, Conclusiones y Sugerencias	.....	101
	.....	101
5.1 Discusión		
5.2 Conclusiones	.....	108
5.3 Sugerencias	.....	110

Referencias Bibliográficas	111
Anexos	118
Anexo N ° 1: Carta de respaldo Corporación Municipal Viña del Mar	119
Anexo N ° 2: Acta de aprobación Comité de Bioética Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso	120
Anexo N ° 3: Carta respaldo Enfermera Jefe SAPU Nueva Aurora	122
Anexo N° 4: Instrumento de recolección de datos	123
Anexo N ° 5: Tabla Clasificación Hipertensión Arterial según Guía Clínica MINSAL Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	130
Anexo N ° 6: Tabla Valores Normales de Frecuencia Cardíaca, Temperatura y Saturación de Oxígeno según la Pontificia Universidad Católica de Chile	130
Anexo N ° 7: Validación de Expertos del instrumento	131
Anexo N ° 8: Tablas de resultados	132
Tabla A: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de la variable signos vitales	132
Tabla B: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de la variable horario de atención	133

Índice de Gráficos

Gráfico N°1: Distribución numérica por edad de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	70
Gráfico N°2: Distribución porcentual por sexo de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	71
Gráfico N°3: Distribución porcentual de los sectores de residencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	72
Gráfico N°4: Distribución porcentual de los adultos mayores consultantes el SAPU Nueva Aurora según previsión de salud	73
Gráfico N°5: Distribución porcentual de los valores de presión arterial en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	74
Gráfico N°6: Distribución numérica de los valores de temperatura en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	75
Gráfico N°7: Distribución porcentual de los valores de temperatura en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	76
Gráfico N°8: Distribución numérica de los valores de pulso o frecuencia cardíaca en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	77
Gráfico N°9: Distribución porcentual de los valores de pulso o frecuencia cardíaca en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	78
Gráfico N°10: Distribución numérica de los valores de saturación de oxígeno en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	79

Gráfico N°11: Distribución porcentual de los valores de saturación de oxígeno en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	80
Gráfico N°12: Distribución porcentual de los motivos de consulta de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	81
Gráfico N°13: Distribución porcentual de los motivos de consulta de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora según estación del año Primavera – Verano, Otoño - Invierno	82
Gráfico N°14: Distribución porcentual de las patologías crónicas presentes en los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	84
Gráfico N°15: Distribución porcentual de las patologías crónicas HTA, DM y otras patologías presentes en los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	85
Gráfico N°16: Distribución numérica de las horas de ingreso a la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	86
Gráfico N°17: Distribución numérica de las horas de egreso de la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	87
Gráfico N°18: Distribución numérica del tiempo del proceso de la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	88
Gráfico N°19: Distribución porcentual del tipo de fármacos utilizados durante la atención de urgencias en el adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	89
Gráfico N°20: Distribución porcentual de la cantidad de fármacos utilizados en la atención de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora	90
Gráfico N°21: Distribución porcentual de las vías de administración utilizadas para los fármacos durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	91
Gráfico N°22: Distribución porcentual del número de vías de administración utilizadas para los fármacos durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	92

Gráfico N°23: Distribución porcentual de los procedimientos realizados durante la atención de urgencias al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	93
Gráfico N°24: Distribución porcentual del número de procedimientos realizados durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	94
Gráfico N°25: Distribución porcentual de las consultas de los adultos mayores en el SAPU Nueva Aurora según lugar de derivación	95
Gráfico N°26: Distribución porcentual de las necesidades básicas comprometidas o con dependencia según FAP en el adulto mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora	96
Gráfico N°27: Distribución porcentual de la cantidad de necesidades básicas comprometidas o dependientes durante la atención del adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora	98

Índice de Tablas

Tabla cruzada con las necesidades básicas con dependencia en el adulto mayor que consulta en el SAPU Nueva Aurora	99
---	----

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional a nivel mundial, también es una situación que ocurre en Chile. Este envejecimiento también se acompaña de cambios epidemiológicos. Por lo cual los adultos mayores son los que consultan mayormente en la red pública y en los Servicios de Atención Primaria de Urgencias.

Objetivo General: Describir el perfil sociodemográfico, de salud y necesidades del adulto mayor según las características de la atención recibida en el SAPU Nueva Aurora.

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, y de diseño observacional retrospectivo. La población de estudio correspondió a las fichas de 5.068 de adultos mayores, con una muestra probabilística estratificada de 175.

El instrumento utilizado fue creado por la investigadora basado en el formulario de atención primaria.

El estudio fue aprobado por el CEC y se consideraron datos anonimizados no vinculables.

Resultados: El perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores consultantes corresponde a una edad media de 74 años, principalmente de sexo femenino (62,6%), beneficiarios del sistema de salud público (99%) y pertenecientes al sector de residencia Nueva Aurora – Agua Santa (67%). Los motivos de consulta más frecuentes son síntomas respiratorios, musculoesqueléticos y circulatorios. Las principales patologías crónicas son HTA (57,3%), DM (17,2%) y otras patologías (25,5%).

La atención brindada al adulto mayor es rápida, de baja complejidad y en horario diurno. Los lugares de derivación son el domicilio (89) y la red de urgencia (11%). Las necesidades básicas con mayor dependencia son necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, necesidad de respirar normalmente y necesidad de moverse y mantener posturas deseables.

Conclusiones: Las necesidades básicas según Virginia Henderson son interdependientes, por lo cual frente a un problema de salud se pueden comprometer varias necesidades a la vez.

Palabras claves: perfil de salud, adulto mayor, atención primaria, urgencias.

ABSTRACT

Introduction: Population aging worldwide is also a situation that occurs in Chile. This aging is also accompanied by epidemiological changes. Therefore, older adults are those who consult mostly in the public network and in the Emergency Primary Care Services.

General Objective: Describe the sociodemographic, health and needs profile of the elderly according to the characteristics of the care received in the SAPU New Aurora.

Methodology: Study with quantitative approach, descriptive scope, and retrospective observational design. The study population corresponded to the records of 5,068 older adults, with a stratified probabilistic sample of 175.

The instrument used was created by the researcher based on the primary care form. The study was approved by the CEC and anonymised non-binding data were considered.

Results: The sociodemographic and health profile of older consulting adults corresponds to an average age of 74, mainly female (62.6%), beneficiaries of the public health system (99%) and belonging to the New residence sector Aurora - Holy Water (67%). The most frequent reasons for consultation are respiratory, musculoskeletal and circulatory symptoms. The main chronic pathologies are HTA (57.3%), DM (17.2%) and other pathologies (25.5%).

The care provided to the elderly is quick, low complexity and during the day. The referral places are the address (89) and the emergency network (11%). The basic needs with greater dependence are the need to avoid environmental hazards and avoid injuring others, the need to breathe normally and the need to move and maintain desirable postures.

Conclusions: The basic needs according to Virginia Henderson are interdependent, so that when faced with a health problem, several needs can be compromised at the same time.

Keywords: health profile, elderly, primary care, emergency.

DEDICATORIA

Dedicada a mis padres, hija y esposo.

AGRADECIMIENTOS

Mis sinceros agradecimientos a la docente guía que me acompañó en este largo camino, EM. Isabel Siefer y al apoyo incondicional del asesor estadístico Igor Araya.

A Juanita Arcaya, Enfermera Jefa del SAPU Nueva Aurora, por su excelente disposición para que esta investigación se llevara a cabo.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Mundialmente la población ha ido envejeciendo, según la OMS entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, aumentando las personas octagenarias y nonagenarias considerablemente. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (1).

En Chile la situación es similar, es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, debido al incremento considerable que ha tenido la esperanza de vida. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la esperanza de vida entre los años 2015- 2020 es de 79,68 años para ambos sexos, para los hombres de 76,68 años y para las mujeres de 82,81 años (2- 3).

De acuerdo con el Censo de Población y vivienda de 2017, en Chile el total de la población es de 17.574.003 habitantes, de los cuales 8.601.989 son hombres y 8.972.014 corresponden a mujeres. De la población total, el 20,1 % son menores de 15 años, el 68,5% personas de 15 a 64 años y el 11,4% corresponde a las personas de 65 años y más (2- 3).

A su vez la región de Valparaíso se encuentra en el tercer lugar de las regiones con mayor porcentaje de población adulta mayor a nivel nacional, con un 20,6 % en el 2015, ocupando el primer lugar del país con el índice de envejecimiento más alto, con una tasa de personas de 60 y más años de 107,0 por cada 100 personas menores de 15 años en la región (4).

Debido a este envejecimiento poblacional a nivel global, el concepto de adulto mayor toma importancia, definiéndose adulto mayor como; la persona de 60 años y más, según el criterio de las Naciones Unidas y el servicio Nacional del adulto Mayor (SENAMA), establecido en la Ley 19.828 en Chile.

Este envejecimiento poblacional a nivel mundial también se acompaña de una transición epidemiológica, según la OMS las principales causas de mortalidad en el adulto mayor son por enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, cáncer y diabetes. Respecto a las principales causas de muerte de las personas mayores en la actualidad, están las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%). Entre los hombres mayores las tres principales causas de muerte son las enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tumores malignos (10,6%), y el infarto al miocardio (8,8%). Para las mujeres mayores, las principales causas de muerte son los tumores malignos (14,5%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), y el infarto al miocardio (7,4%) (1- 2).

Según la encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del año 2016 los principales problemas de salud descritos son las enfermedades crónicas no transmisibles, artrosis, dolores, insomnio y depresión. El primer lugar lo ocupa la hipertensión arterial, seguido de la dislipidemia, artritis y reumatismo, diabetes, insomnio, cataratas, ataque cardíaco o algún otro problema al corazón, enfermedad pulmonar crónica, osteoporosis, úlcera gástrica o duodenal, cáncer o tumor maligno, fractura de cadera, enfermedad vascular cerebral y enfermedad de Parkinson (5).

En relación a la cobertura y acceso a la atención en salud en los adultos mayores que presentan problemas de salud, el 85,2 % se encuentra afiliado al sistema público de salud a nivel nacional, y la región de Valparaíso presenta un 82,5 % de beneficiarios de FONASA y un 7,5% beneficiarios de Isapres (4).

Hoy en día, las consultas en los centros de salud corresponden a un número no despreciable de adultos mayores (AMs); dadas las características propias de la edad, por lo tanto, no es de extrañar que también los servicios pertenecientes a la red de urgencia tanto hospitalarios o de la atención primaria tengan un gran porcentaje de atenciones para resolver problemas de salud propios del envejecimiento. Las personas mayores reflejan de forma muy clara el nuevo escenario que deben atender los tres niveles de atención en salud, dado que este

es el grupo que más crece y que en situación de enfermedad se encuentra más vulnerable que otros adultos (5).

Para resolver los problemas de salud de las personas mayores, la red de urgencia cumple un rol fundamental, donde el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), perteneciente a esta red y a la Atención Primaria de Salud aumenta la cobertura, gestiona la demanda a niveles de mayor complejidad, y resuelve las necesidades de urgencia y/o emergencias pertinentes a su capacidad resolutoria (6 – 7).

Los SAPU funcionan adosados a Consultorios Urbanos de Atención Primaria de Salud (APS) dependiendo técnica y administrativamente de ellos. En Chile la creación de los SAPU data del año 1990, con el objetivo de ampliar la cobertura y acercar la atención de urgencia a la población, constituyendo una red de puntos de acogida de la urgencia de menor complejidad y primer contacto de las emergencias y descongestionar la red de urgencia del país. El programa de Gobierno actual incluye la construcción de 132 Servicios de Atención primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) a lo largo del país, incluyendo a la región de Valparaíso, incluyendo prestaciones a consultas médicas a todo grupo etario, procedimientos diagnósticos como equipos de rayos osteopulmonar, kit de laboratorio básico, acceso a telemedicina y toma de muestra de alcoholemia (7).

La atención entregada en el SAPU a los AMs presenta características propias, estas incluyen los procedimientos realizados durante la atención, tales como administración de medicamentos por diferentes vías como la intramuscular (IM), subcutánea (SC), endovenosa (EV), inhalatoria, etc, y otros procedimientos de apoyo como electrocardiograma (ECG) por telemedicina, hemoglucotest (HGT), urotest, entre otros. Otras características son los horarios de atención, duración de la atención, resultados de los parámetros vitales y el lugar de derivación como: el domicilio, Unidad de Emergencia Adultos (UEA) y el Centro de Salud Familiar (CESFAM).

A la luz del envejecimiento poblacional y las múltiples consultas realizadas en la red de urgencias, resulta interesante realizar una caracterización de los AMs

consultantes y de la atención de salud que reciben en el SAPU según sus necesidades, basadas en el modelo de Virginia Henderson.

Según el modelo de Henderson el individuo sano o enfermo, es un ser integral que presenta catorce necesidades fundamentales y vitales para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Estas son para V. Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad física y mental.

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera diferente.

Normalmente, la persona satisface estas necesidades por sí misma cuando tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen problemas de salud (dependiente). En estas circunstancias que el enfermero/a tiene que ayudar o suplir a la persona de forma que sus necesidades sean cubiertas.

En la persona mayor estas necesidades pueden estar con independencia o dependencia al presentar problemas en su salud y por su condición de mayor vulnerabilidad, por las características propias de la etapa de envejecimiento.

La siguiente investigación generará conocimientos para la práctica de la disciplina de Enfermería, en la identificación de las necesidades de las personas mayores que consultan en una situación de urgencia /emergencia según el modelo de Virginia Henderson, favorecerá la entrega de cuidados individualizados y de calidad a este grupo etario acorde a sus características del ciclo vital.

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico, de salud y necesidades del adulto mayor según características de la atención recibida en un Servicio de Atención Primaria de Urgencia?

La proyección de este estudio a través de la información obtenida permitirá realizar ajustes en la atención de urgencia /emergencia de la persona mayor, como la

dotación del equipo de salud, ya que conocerá el perfil de los consultantes, el tipo de atención realizada, los meses en que se produce mayor demanda de atención, entre otros. Además, generará el sustento para aportar sugerencias en relación al instrumento de registro de las prestaciones entregadas en el SAPU (FAP: Formulario de Atención Primaria), incluyendo datos específicos para las personas mayores, optimizando la calidad de la atención de la persona mayor.

Los objetivos general y específicos de la investigación son los siguientes:

Objetivo general:

- Describir el perfil sociodemográfico, de salud y necesidades del adulto mayor según las características de la atención recibida en el SAPU Nueva Aurora durante el año 2017.

Objetivos Específicos:

- Identificar características sociodemográficas del AM durante la consulta de urgencia: edad, sexo, lugar de residencia y previsión de salud.
- Identificar características de salud del AM durante la consulta de urgencia: valores de los signos vitales, motivo de consulta y patologías crónicas durante la atención.
- Identificar las características de la atención brindada a los adultos mayores: horario de atención, fármacos utilizados, vías de administración de fármacos, procedimientos realizados durante la atención y lugar de derivación.
- Describir las necesidades básicas comprometidas o con dependencia de los adultos mayores según las características de salud del adulto mayor.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Empírico

Envejecimiento poblacional a nivel mundial

El envejecimiento en la población es una situación que se está viviendo a nivel mundial. Actualmente la esperanza de vida al nacer es igual o superior a los 60 años. Según la OMS, para el año 2050 se espera que la población mundial entre los 60 años y más alcance cifras de los 2000 millones de personas, pasando del 11 al 22% (1 – 8).

Las personas de 80 años o más llegan a cifras de 125 millones de personas. Para el año 2050, habrá un número similar de este grupo de edad solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo (1).

Para el año 2050, el 80% de la población adulta mayor se concentrará en países de ingresos medianos y bajos. Este fenómeno de envejecimiento poblacional en primer lugar se presentó en los países de ingresos altos, como es el caso de Japón, donde el 30 % de la población tiene 60 años y más. Los cambios más drásticos en la distribución de la población se presentan en países de ingresos altos y medianos, por lo cual, para mediados de siglo en países como Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, alcanzarán proporciones de personas mayores similar a la situación de Japón (1 – 8).

La etapa de la vejez desde un punto de vista biológico es la consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares a través del tiempo, traducándose en un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de las enfermedades y la muerte (1 - 8).

El envejecimiento también se caracteriza por la aparición de afecciones comunes de la vejez como la pérdida de la agudeza de los sentidos de la audición y visión, problemas musculo esqueléticos, osteoarticulares, enfermedades no transmisibles, entre otras. A su vez se presentan estados de salud complejos, que no se enmarcan en las categorías de morbilidad específicas, y corresponden a *los síndromes geriátricos*, los cuales, por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que presentan las personas mayores como: fragilidad, incontinencia, caídas, estados delirantes, entre otros (1- 8).

El fenómeno de envejecimiento poblacional, es una situación que se presenta a nivel mundial y también en Latinoamérica. Estas situaciones se presentan como consecuencia del proceso de transición demográfica, descensos en las tasas de mortalidad y fecundidad y prolongación de la vida de las personas (9).

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en los países latinoamericanos hay una gran heterogeneidad en los indicadores de envejecimiento, como resultado de las diferentes etapas de transición demográfica de los países (9).

En el siglo XX la tasa de crecimiento anual en América Latina y el Caribe era de un 2,7%, ahora en la actualidad alcanza cifras del 1,5 %. Este crecimiento varía marcadamente en los diferentes grupos de edad, el grupo de los niños tiende a decrecer. En la década de los 2040 los grupos quinquenales menores de 40 años sufrirán una merma. Actualmente el mayor crecimiento se registra en edades centrales de la población, pero para el año 2050 esta condición se desplazará hacia las personas de 60 años y más (10).

Entre los años 2000 a 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los millones existentes y de 2025 a 2050 este incremento será de 86 millones de personas, esta cifra elevará el porcentaje de personas mayores al 23 % (10).

El envejecimiento de la población, ocurre de diferente intensidad en los países de Latinoamérica, desde una condición incipiente a una avanzada. Se incrementará

sostenidamente el grupo de personas de 60 años y más en los próximos decenios en esta región (10).

Por lo cual, la transición demográfica en América Latina y el Caribe, la podemos dividir en cuatro agrupaciones: **transición incipiente** (TI), que comprende a países que poseen altas tasas de natalidad y mortalidad, como es el caso de Haití y Bolivia; **transición moderada** (TM), incluye a países que presentan una mortalidad en descenso y una natalidad relativamente elevada, como El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay; **plena transición** (PT), se caracteriza por una natalidad en disminución y una mortalidad moderada o baja, como en el caso de Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, Panamá, República Dominicana y Venezuela; **transición avanzada** (TA), en que las tasas de mortalidad y natalidad son moderadas o bajas, en el caso de Argentina y Uruguay, éstos países han mantenido por largo tiempo niveles bajos de fecundidad y mortalidad, en el caso de Chile y Cuba, han alcanzado esta misma situación recientemente (11).

La pirámide poblacional de los países en transición incipiente es aún joven, al igual que los países en transición moderada. En los países de plena transición, el descenso de la fecundidad es más notorio, se inicia el “angostamiento de la pirámide por la base”. Entre los países en transición avanzada se presentan diferencias entre Chile y Cuba, por un lado, Argentina y Paraguay, por otro lado. En primer lugar, Chile y Cuba iniciaron una transición demográfica avanzada con posterioridad, lo que se ve reflejado en sus estructuras etarias y continúan en la etapa de “angostamiento de la pirámide por la base”, de manera más notoria que los países en plena transición. Por otro lado, Argentina y Paraguay habrían iniciado el proceso de “angostamiento de la pirámide por el centro”, donde disminuye los grupos etarios de los menores de 15 años y también el de jóvenes y adultos. En relación a las personas de edad, se registran aumentos porcentuales en los cuatro países (11).

Envejecimiento poblacional en Chile y la Región de Valparaíso

Chile, como se mencionó anteriormente se encuentra en un período de transición demográfica avanzada, este período se refiere a los cambios desde niveles altos a bajos de la mortalidad y la fecundidad, cuya consecuencia más inmediata es el cambio en la estructura por edad de la población, evidenciándose una disminución del porcentaje de población joven y el aumento de la concentración porcentual en las edades más avanzadas (12).

Durante el siglo XX y lo que se lleva del XXI, en Chile acontecieron dos cambios importantes para que comenzara la transición demográfica, primero, a partir de los años 20 se produce un descenso en la tasa de mortalidad, y luego, en la década del 60, se le suma la disminución de la tasa de natalidad (12).

Además, existe un efecto combinado del descenso de la fecundidad y la mortalidad, es el aumento de la esperanza de vida y cambio de estructura de la edad de la población (12).

La transformación de la estructura de la población, es la consecuencia de la variación en el ritmo de crecimiento de los grandes grupos de edad, aumentando la proporción de adultos mayores, se ha triplicado, aumentando también el grupo de los adultos (15 a 59 años) y disminuyendo la de los menores de 15 años (12).

Entre 1907 y 1960, el grupo de los menores aportaron valores cercanos al 40% de la totalidad de la población. Posterior a la década de los 60 hubo un paulatino y sostenido descenso de los menores, alcanzando un 26% en 2002 y llegar a cifras de un 20 % hacia el 2025. Por el contrario el grupo de adultos mayores ha tenido un sostenido aumento en su aporte porcentual, el cual continuará en las próximas décadas superando el 20% el 2025 y aproximándose al 30% hacia el 2050. El grupo comprendido entre los 15 y 59 años de la población de Chile, ha concentrado porcentajes entre el 56% y 63% de la población total. Sin embargo, esta situación se revertirá y comenzará a disminuir, llegando a representar cerca del 60% hacia 2020 y continuar disminuyendo las próximas décadas (12).

Este proceso ocurrido en Chile desde los años 60, en que el grupo de los menores ha disminuido su porcentaje y el de adultos mayores ha ido en aumento, constituye el llamado **envejecimiento demográfico de la población** (12).

Tras el envejecimiento poblacional, aparecen indicadores demográficos que resumen las modificaciones de la pirámide poblacional, como es el **Índice de Adultos Mayores**, el cual es el cociente entre la población de 60 años y más y la población de menores de 15 años y expresa el número de adultos mayores por cada cien menores de 15 años. En el índice de adultos/as mayores se observa su tendencia a crecer a largo plazo producto de la esperanza de vida cada vez más elevada, en conjunto con el mejoramiento de las condiciones de vida y salud, en especial en los adultos mayores. Otro indicador es el **Índice de Dependencia Demográfica**, es el cociente entre la población potencialmente inactiva (adulto mayor e infante - juvenil) y la población potencialmente activa; esto es la población entre 15 y 59 años de edad (12).

En Chile durante el período de los años 1907 – 1960, hubo algo menos de 20 adultos/as mayores por cada cien menores de 15 años. Entre 1970 y 2002 este índice de adultos /as mayores creció, pasando de 19 a 44 adultos mayores por cada cien menores de 15 años. Actualmente, el grupo de adultos mayores es una “minoría creciente”, a pesar de esto su ritmo de crecimiento anual es mayor al total de las edades restantes. En el año 2007 en el país hubo 48 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, es decir hay 1 adulto mayor por cada 2 menores de 15 años. Se estima que hacia el 2025, en Chile habría 1 adulto mayor por cada menor de 15 años y, hacia el 2050 habría 1,7 adultos mayores por cada menor de 15 años (12).

De acuerdo con el Censo de Población y vivienda de 2017, en Chile el total de la población es de 17.574.003 habitantes, de los cuales 8.601.989 son hombres y 8.972.014 corresponden a mujeres. De la población total, el 20,1 % son menores de 15 años, el 68,5% personas de 15 a 64 años y el 11,4% corresponde a las personas de 65 años y más (13- 14).

Del total de la población del país, 2.850.171 personas son adultos mayores (60 años o más), lo que equivale al 16,2 %. Esto representa un aumento de un 39,7% de la población adulta mayor respecto del año 2002, lo que pone en evidencia el acelerado proceso de envejecimiento de la población que está experimentando el país (13- 14- 15- 16).

Las personas mayores constituyen un grupo etario muy heterogéneo, en los aspectos sociales, familiares, económicos, educacionales y de salud. Las personas mayores reflejan de forma muy clara el nuevo escenario que debe atender la atención primaria de salud como el área intrahospitalaria. Al nuevo contexto demográfico lo acompaña un nuevo cuadro epidemiológico (5).

En relación a los problemas de salud que presentan las personas mayores son en general las enfermedades crónicas no transmisibles, artrosis, dolores, insomnio, depresión y las caídas que aumentan el riesgo de fracturas (5).

Según la encuesta de calidad de vida en la vejez 2016, los problemas de salud más prevalentes en las personas mayores en orden decreciente son: hipertensión arterial (63,3%), dislipidemia (36,8%), artritis, osteoartritis o reumatismo (31,7%), diabetes (28,8%), insomnio (23,7%), cataratas (17,6%), problemas cardiacos o IAM (13,1 %), enfermedad pulmonar crónica como bronquitis, asma o enfisema (12,8%), osteoporosis (11,2 %), úlcera gástrica o duodenal (7,9%), cáncer o tumor maligno (5,6%), fractura de cadera o de fémur (5,4%), ACV o enfermedad vascular cerebral (3,7%) y enfermedad de Parkinson (1,5%) (5).

En relación a los problemas de salud que se presentan en forma frecuente según la encuesta de calidad de vida en la vejez y que son motivo de consulta en el sistema de salud público son los siguientes: dolor de espalda, en las rodillas, caderas o artralgias (64,4%), cefalea persistente (34,4%), falta de ánimo (30,3 %), edema en las extremidades inferiores (27,1 %), problemas de memoria (26,3 %), problemas gástricos, intestinales, estreñimiento o diarrea (21,2%), mareos (17,4%) , angina de pecho o sensación de ahogo al caminar (17%), incontinencia urinaria (14,8%), tos persistente o disnea (13,3%), caídas o fracturas (11,6) y consumo excesivo de alcohol (1,6%) (5).

Hoy sabemos que las personas mayores son los nuevos usuarios del sistema de salud público, al analizar las principales brechas de salud por edad, se observa que la población de 60 años o más es la que tiene más afiliados a FONASA (85,2%), además este grupo es el que en mayor proporción declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidentes, así como también haber tenido algún problema de acceso a la atención de salud. También al realizar una comparación por sexo, se observa que hay una mayor proporción de mujeres afiliadas a Fonasa (80%) en relación a la población general (13- 14).

El proceso de envejecimiento de la población en Chile es heterogéneo, es distinto en las diferentes regiones del país, se evidencia, ya que, el año 2017 la región de Tarapacá mostró un porcentaje de personas mayores del 11,9 %, la cual fue la cifra menor entre las regiones, por el contrario, la región de Valparaíso para el mismo año, llega al 17,9 %, con un índice de adultos mayores mayor de las 15 regiones , con 71 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, comparado con el índice de adultos mayores de la región de Tarapacá que es aproximadamente de 39 personas de 60 años o más por cada 100 infanto – juveniles, lo que demuestra que es una región más joven. En comparación con la región Metropolitana, esta se encuentra bajo el promedio nacional de personas sobre los 60 años, esto se puede explicar, ya que, es la región más grande del país, con gran flujo de población migratoria, bajando el promedio de personas mayores (17- 18).

Desde el año 2004 al 2017, hubo un gran cambio en la región de Valparaíso, el año 2004 se encontraba dentro de las cuatro regiones que registraban un menor porcentaje de natalidad, hoy en día es la región que muestra mayores índices de adultos mayores según su número de habitantes (17- 18).

Las comunas que presentan porcentajes más altos de personas sobre los 60 años al año 2017 son: en primer lugar, destaca la comuna de Navidad, la cual registra un 29,16%, en segundo lugar, se encuentra la comuna de Providencia, con un promedio de 27,55% de habitantes sobre los 60 años de edad. En tercer lugar, está la comuna del Tabo, perteneciente a la región de Valparaíso, la cual tiene un 25,36%

de personas mayores, es decir un cuarto de la población de la comuna tiene sobre los 60 años de edad (17- 18)

Para el año 2020, se proyecta que la región de Valparaíso, y Arica y Parinacota, serán las zonas más envejecidas de Chile y las únicas con un índice de adultos mayores superior a 100, es decir la población adulta mayor será mayor que la infanto – juvenil. En contraposición, Antofagasta seguiría siendo la región más joven de nuestro país con un índice de adultos mayores de 57 (17 - 18).

Sistema de Salud en Chile

La Organización Mundial para la Salud (OMS), define sistema de salud como: “el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud, es decir, un conjunto de elementos que desarrollan acciones sanitarias, estas últimas entendidas como todo acto en el ámbito de la salud personal o colectiva, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar el nivel de salud de las personas y de la comunidad o población” (19).

El sistema de salud chileno está organizado como un sistema mixto, compuesto por dos subsistemas; uno público y el otro privado. En el caso del financiamiento público, este se sustenta en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al cual se puede optar como seguro público cotizando el 7% cuando las personas reciben ingresos o como beneficiario legal en las personas carentes de recursos. Para el sector privado, el aseguramiento está radicado en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a la cual acceden los cotizantes que pueden optar por este seguro privado, en el cual el aporte generalmente supera el 7%. Existen además grupos específicos, que tienen sistemas cerrados como es el caso de las FF. AA. o grupos específicos de trabajadores (minería / Codelco) (19- 20).

La provisión de servicios en el caso del sistema público se realiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales depende una red de aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad, y establecimientos de atención ambulatoria secundaria. A lo anterior se suma la red de consultorios de atención primaria, en su gran mayoría administrados por los gobiernos locales (Municipalidades) y que en los últimos años han presentado un giro de modelo de atención orientándose al denominado Enfoque de Atención Integral y Comunitario, donde el Centro de Salud Familiar (CESFAM) es un eje articulador. Por su parte, el sistema privado realiza las acciones de salud tanto para la atención cerrada como para la

ambulatoria a través de diferentes prestadores, generalmente privados, con fines de lucro y de diversa complejidad (centros médicos, clínicas privadas, etc.), incluyendo en determinadas situaciones a prestadores públicos (19).

La red asistencial de la región de Valparaíso está conformada por los siguientes servicios; Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ), Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) y Servicio de Salud Aconcagua (SSA).

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota es uno de los de mayor extensión geográfica del país con una población asignada de 1.803.063 habitantes. La mayor concentración poblacional se encuentra en etapa productiva, con índices que dan cuenta de un progresivo proceso de envejecimiento.

El SSVQ, tiene una jurisdicción de 18 comunas, 4 provincias y la administración de 11 hospitales. Incluye más de 90 dispositivos de Salud Primaria (Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Postas de Salud Rural, Centro Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Atención Primaria de Urgencia, Servicio de Urgencia Rural) y la gestión de 11 hospitales.

En relación a la Atención Primaria de Salud (APS), el SSVQ abarca 4 áreas: Petorca, Quillota, Litoral y Marga - Marga. Específicamente en estas áreas existen Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPUS).

En el área de Quillota los SAPUS de Artificio (Calera), San Pedro (Quillota) y Miguel Concha (Quillota).

En el área de Marga- Marga los SAPUS El Belloto Sur (Quilpué), Pompeya (Quilpué) y Eduardo Frei Montalva (Villa Alemana).

En el área Litoral los SAPUS Nueva Aurora (Viña del Mar), Miraflores (Viña del Mar), Las Torres (Viña del Mar), Reñaca Alto (Viña del Mar) y Con - Cón (19 – 20).

Atención Primaria de Salud y Servicios de Atención Primaria de Urgencias

El nuevo modelo de atención en Chile, está basado en un sistema de salud en red, donde la Atención Primaria de Salud (APS) y su Modelo de Salud Familiar es la entrada al sistema (21).

El nivel primario de atención está constituido por los Consultorios Generales Urbanos (CGU) y rurales (CGR), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros de Salud Urbanos (CSU) y Rurales (CSR), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Postas y Estaciones Médico Rurales (PSR). Entre los años 1981 y 1990 se realizó el traspaso de estos establecimientos a la administración de las municipalidades, sobre la base de convenios entre los Servicios de Salud y las municipalidades. Este “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud”, comenzó a aplicarse en forma sistemática a partir de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM), el año 1997. Este modelo propone una atención centrada en las personas y familias, con un enfoque biopsicosocial, una atención personalizada y continua, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad (21- 22 – 23).

En relación a la atención primaria de urgencias, el Ministerio de Salud y particularmente la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ha venido potenciando estrategias asistenciales orientadas a la consolidación de una Red de Urgencia que mejore el acceso de la población a estos servicios. Es por esto que, a partir del año 1990, se han implementado los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPUS), estos son considerados un servicio asistencial de baja complejidad que se emplazan adosados a los Centros de Salud Urbanos. Los SAPUS se constituyen, entonces, en parte de un sistema orientado a mejorar el acceso oportuno y equitativo de la población, ofreciendo la resolución de los problemas de urgencia/emergencia en la Atención Primaria de Salud (APS) (24).

Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Un **Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)**, es un establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencias de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en una dependencia anexa. Depende técnica y administrativamente del Centro de Salud (24).

EL SAPU forma parte de la Red de Urgencia y al ser parte del nivel primario, tiene la obligación de asegurar a la población el acceso inmediato a la atención médica, dando respuesta a los problemas pertinentes a su capacidad resolutoria y/o derivando los casos que no pueden ser resueltos a ese nivel a otros establecimientos de la Red (24-25).

El **propósito** del SAPU, es facilitar el acceso oportuno y equitativo a los usuarios a la atención que otorga la red de urgencia /emergencia del sistema público de salud, frente a eventos de salud que la población percibe como urgentes. Contribuye a la implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar, ya que contribuye a la resolución de problemas de salud de urgencia/emergencia en el establecimiento más cercano al usuario, para dar continuidad a la atención, desde una perspectiva de una atención integral (24-25).

Los **objetivos** del SAPU son los siguientes:

1. Mejorar la accesibilidad y resolutoriedad de la atención médica de emergencia/urgencia, otorgando atención médica inmediata a la demanda de la población, en horario no hábil.
2. Gestionar la demanda de atención de urgencia-emergencia que requiera de consultas y/ referencias en otros niveles.
3. Aplicar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes en situaciones de emergencia/urgencia.
4. Derivar y trasladar oportunamente, y en condiciones de seguridad, aquellos casos, que, por su complejidad o recursos requeridos, deban ser atendidos

en otros establecimientos de mayor capacidad resolutive de la Red Asistencial local.

Organización y Funcionamiento

El funcionamiento del SAPU se enmarca en el binomio Centro de Salud – SAPU, conformando una unidad asistencial, relacionada e interdependiente, que a su vez es componente de la Red Asistencial y de Urgencia local. Para cubrir las necesidades de la población, se coordinan con la Red de Urgencia Local, a través del Centro Regulador o directamente con las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) de la Red Asistencial. En consecuencia, cada SAPU organizará su horario de atención de acuerdo a la realidad local, ciñéndose a lo señalado por el convenio establecido con la entidad administradora municipal del establecimiento y del Servicio de Salud correspondiente, según la modalidad determinada por el Ministerio de Salud. Se ha establecido el emplazamiento de un SAPU por cada 30 mil habitantes (24 - 25).

Los SAPU se financian con recursos transferidos desde el Ministerio de Salud en dos modalidades, determinadas por el número de horas semanales de funcionamiento:

- a) SAPU corto: funciona 67 horas semanales. Lunes a viernes desde las 17:00 hrs. a las 24:00 hrs. Sábados, Domingos y festivos desde las 08:00 hasta las 24:00 hrs.
- b) SAPU largo: funciona 123 horas semanales. Lunes a viernes desde las 17:00 hrs. a las 08:00 hrs. del día siguiente. Sábados, Domingos y festivos desde las 08:00 hrs. hasta las 08:00 hrs. del día siguiente.

Recursos Humanos: La dotación mínima de recurso humano para el funcionamiento de un SAPU dimensionado para 30.000 habitantes contempla lo siguiente:

1. 1 Médico por turno, en forma permanente durante el funcionamiento del SAPU. Puede existir un segundo médico de refuerzo en horas peak.
2. 1 Enfermero/a Coordinador/a.
3. 2 Técnicos Paramédicos en forma permanente durante el funcionamiento del SAPU.
4. 1 Conductor de ambulancia por turno.
5. 1 Personal administrativo por turno (optativo).
6. 1 Auxiliar de aseo por turno.

El Municipio, de acuerdo a sus recursos, magnitud de la demanda y horario de atención establecido, puede aumentar la dotación del recurso humano.

Infraestructura: Los SAPU, generalmente están adosados al CESFAM, del cual dependen. En algunas ocasiones pueden constituir un establecimiento independiente y depender de la Dirección de Salud Municipal. Debe contar con box de atención, box de reanimación, sala de procedimientos y tratamientos, box o sala de observación (24- 25).

Servicio de atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora (SAPU Nueva Aurora)

El SAPU Nueva Aurora, es un componente de la Red de Urgencia del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, fue creado el 18 de diciembre de 1998, depende del CESFAM Nueva Aurora y del área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar (26 -27).

Se ubica en la ciudad de Viña del Mar, en la Variante Agua Santa, paradero N° 5 Nueva Aurora. Los límites geográficos que abarca son; desde la subida El Sauce hasta Traslaviña y desde la Gruta de Lourdes hasta el empalme de la ruta 66 – 68 incluyendo la vía Las Palmas (26-27).

El SAPU, no tiene asignada una población beneficiaria específica, la cobertura incluye a todas las personas que necesitan una atención médica de urgencias, no

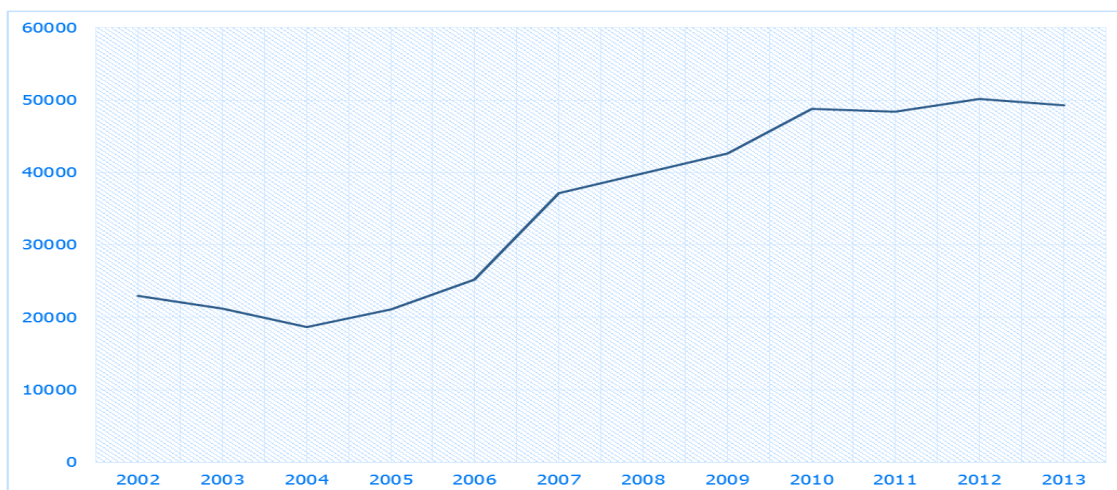
importando si son beneficiarios del sistema de salud público o el lugar de su residencia (27).

Su planta física es de 289 metros cuadrados, está conformada por una recepción, sala de espera, 3 box de atención, box de reanimación, estación de Enfermería, sala de estar del personal, sala de lavado de material, bodega, residencia médica y oficina de Enfermera Jefe (27).

La dotación del recurso humano cuenta con: 11 médicos, 1 enfermera que cumple el rol de Jefe de SAPU, 13 Técnicos Paramédicos, 4 conductores de ambulancia, 3 administrativos y 4 auxiliares de apoyo (27).

El SAPU Nueva Aurora atiende urgencias y emergencias de baja complejidad, otorga anualmente 51.000 atenciones aproximadamente. Según estadísticas entregadas por el SAPU, el año 2017 se realizaron 48.221 atenciones a la población usuaria, de las cuales 8757 atenciones correspondieron a personas de 60 años y más. La imagen N°1, muestra cómo se han ido incrementando el número de atenciones a través de los años (26- 27)

Imagen N° 1: Atenciones SAPU Nueva Aurora 2002 - 2013



Fuente: SAPU Nueva Aurora

Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR)

En el año 2014 durante el gobierno de la presidenta Bachelet se anunció la construcción de 132 SAR, en diferentes comunas de nuestro país, 15 corresponden para la Región de Valparaíso (28).

A pesar, que este proyecto estaba planificado entre los años 2014 – 2017, existen algunos SAR que no se han habilitado, como es la situación del SAPU Nueva Aurora, de la comuna de Viña del Mar (28).

El objetivo principal del SAR, es descongestionar los servicios de emergencia, dando solución a consultas de baja complejidad. Cuentan con equipos de rayos osteopulmonar, kit de laboratorio básico, acceso a telemedicina y toma de muestra de alcoholemia y entregan prestaciones en horario inhábil, complementario al funcionamiento del CESFAM y SAPU (28).

Estudios relacionados

Según la revisión de diferentes investigaciones a nivel nacional e internacional relacionadas con la investigación y las variables estudiadas; se ha encontrado que **el perfil sociodemográfico y de salud** de la persona mayor es el siguiente, Casas P (2012), en su estudio descriptivo “Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general”, los resultados indican que, de los 290 pacientes evaluados, el 69,3% fueron mujeres, el 65,5% tenía entre 60 y 79 años, el 34,5% fueron mayores de 80 años, la edad promedio fue de 76,3 años. En relación al perfil de salud el 52,1% de los adultos mayores padecía de hipertensión arterial, 24,5% osteoartrosis, 23,4% osteoporosis y 10% diabetes mellitus. El síndrome geriátrico más frecuente fueron las caídas 23,8% (29). También Martín F (2013), en su estudio “Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias”, refiere que los pacientes mayores de 65 años son cada vez más frecuentes en los servicios de Urgencia Hospitalarios, concluye que el anciano presenta una serie de modificaciones asociadas al envejecimiento, así como una mayor probabilidad de presentar enfermedades asociadas y elevado consumo de medicamentos (30).

Novelli G (2011), en su estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, “Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia”, identificó el perfil sociodemográfico y los principales motivos de consulta de la población adulta atendida, donde el 53,7% correspondía al sexo femenino y 46,3% al sexo masculino, el promedio de edad fue de 41,6 años con una edad mínima de 14 años y máxima de 94 años. Del total de las consultas realizadas alrededor de 800 consultas correspondió a la población adulta mayor, provenientes de su propio municipio. En relación al perfil de salud de los usuarios se obtuvo que el 7,3% posee diabetes mellitus, 7,3% hipertensión arterial y el 5,1% cardiopatías. Los principales motivos de consulta fueron cefalea, lumbago, dolor abdominal y dolor torácico. Durante la atención se midieron los parámetros vitales con un resultado de; presión arterial sistólica (PAS) promedio de 140 mmHg, presión arterial diastólica promedio de 80 mmHg, un promedio de frecuencia cardíaca de 80 latidos por

minuto, una frecuencia respiratoria promedio de 18 respiraciones por minuto y una temperatura promedio de 36,5 ° C. (32).

A su vez Ortega M, (2008), en su estudio descriptivo, transversal, “Perfil de usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061”, el perfil de los usuarios corresponde a un 67,4% al sexo femenino y 32,6% al sexo masculino, con un porcentaje de 55,1% de adultos mayores de 65 años y más. Con una edad media 61,7 años en los hombres y 56,3 las mujeres. El principal motivo de consulta son los problemas respiratorios con un 27,9%. En cuanto a relación de la edad y tipo de patología, el grupo donde se concentra las patologías respiratorias es el de 65 a 74 años (38,9%) (33).

Serrano F, (2013), en su estudio descriptivo, transversal, “Perfil del paciente geriátrico en urgencias hospitalarias”, concluye que el perfil de los pacientes corresponde al de un paciente de unos 75 años de edad, que acude al servicio de urgencias por iniciativa propia los resultados evidencian que los pacientes geriátricos consultan por una amplia diversidad de patologías, siendo las más consultadas sobre todo las osteomusculares, respiratorias, digestivas y síntomas generales e inespecíficos. Los motivos más frecuentes por los que la persona mayor consulta son los síntomas generales, los problemas digestivos, respiratorios y músculo-esqueléticos (35).

En el estudio de García E, (2008), se presenta un contexto muy similar al estudio realizado en el SAPU Nueva Aurora, estudio descriptivo, “Perfil de consulta del Servicio de Urgencia de Atención Primaria Padre Joan Alsina de la comuna de San Bernardo”. Donde se estudió las características de la población consultante, concluyéndose que la mayor demanda asistencial la realizan personas adultas de sexo femenino (60%), entre 20 y 64 años, el 6% corresponde a la población de 65 años y más. El 10 % de las atenciones correspondió a los grupos de riesgo que incluye a los niños menores de 1 año y adultos mayores. El 90 % de los usuarios que consultan pertenecen al Centro de Salud que se encuentra adosado al SAPU. Los diagnósticos más frecuentes en la atención de urgencia/emergencia fueron: enfermedades respiratorias altas, respiratorias bajas, digestivas y traumatológicas

y los motivos de consultas predominantes fueron fiebre, tos, dolor abdominal y de garganta y cefalea (50%). La fiebre alcanzó el 16% y el dolor se asoció a diagnósticos respiratorios o abdominales (38).

Otro estudio realizado a nivel nacional por Bórquez A, (2010) en un contexto similar al SAPU Nueva Aurora, en su estudio descriptivo, "Policonsultantes del Servicio de Atención Primaria de Urgencias del Consultorio Externo Valdivia", se definió que las características sociodemográficas del paciente policonsultante es una mujer, de edad media, 40 años, con bajo nivel educacional, perteneciente a niveles socioeconómicos bajos, FONASA A, soltera y portadora de una enfermedad crónica /mental. El sexo femenino lideró el número de consultas, representando al 68,5% y un rango entre 15 y 93 años, con una edad media de 40 años, en tanto el sexo masculino correspondió al 31,5%, con una edad media de 38 años y rango entre 15 y 90 años. Según distribución etaria, para ambos sexos, el grupo de 55 a 74 años ocupa un 17,8% de consultas y el grupo de mayores de 75 años con un 4,3%. Del total de consultantes los adultos mayores de 65 años representaron un 10,3% (10,7% sexo femenino y 9,2% sexo masculino). Dentro de las enfermedades crónicas destacan las de origen cardiovascular, HTA y DM, enfermedades musculoesqueléticas. Las principales causas de consulta en el período de estudio son de origen respiratorio, digestivo, osteoarticular y muscular. Para ambos sexos las tres principales causas de consulta siguen siendo la respiratoria, digestiva y osteoarticular y muscular. El porcentaje de mujeres superó al de los hombres en más de la mitad de las causas de consulta. El grupo etario de 55 a 74 años registró la mayor cantidad de consultas por causa cardiovascular 38% y el grupo etario de 75 años y más concentró un número significativo de consultas de origen cardiovascular 13,9%. El grupo de edad correspondiente a los mayores de 65 años alcanzó el 6,4% de las policonsultas (39).

Otro estudio descriptivo realizado por Pérez S, (2004), caracteriza el perfil de los usuarios hiperconsultantes, "Perfil de los usuarios hiperconsultantes de la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia", la información fue obtenida de la revisión de fichas clínicas y una encuesta. La población hiperpoliconsultante es principalmente de sexo femenino, de 65 años y más 14,4%,

el 12,2% de este grupo etario corresponde al sexo masculino, mayoritariamente previsión Fonasa A. El principal motivo de consulta de la población hiperconsultante corresponde a enfermedades del aparato respiratorio derivadas de patologías crónicas respiratorias, en su mayoría personas mayores de 65 años y más pertenecientes a la comuna de Valdivia (40).

Lara R, (2009), en su estudio “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán”. Los resultados demostraron mayor proporción de mujeres (61%), entre 70-79 años (59%), un elevado porcentaje presentaba enfermedades crónicas (91%) y pluripatologías (59%), prevaleciendo la hipertensión arterial (75%), diabetes mellitus (32%) y patologías músculo esqueléticas (25%), observándose además sobrepeso y obesidad (41% y 18% respectivamente) (41).

Otra de las variables de estudio en esta investigación son las **características de la atención brindada a las personas mayores en el SAPU**; Novelli G, (2011), en su estudio “Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia”, en relación a esta variable concluye que las consultas fueron realizadas por demanda espontánea, por una población procedente del municipio, con una distribución equilibrada en el número de atenciones en los días de la semana, con un mayor porcentaje de atenciones el día lunes. En relación a los horarios de atención, la mayor demanda de atenciones se concentró entre las 7:00 y 12:59 hrs (45%), la estacionalidad de las consultas no presentó una diferencia significativa según la estación del año, en primavera la mayor cantidad de consultas fue por cefalea, dolor torácico y lumbago, en invierno por cefalea, tos y dolor abdominal, en el otoño cefalea, lumbago y dolor abdominal y en el verano lumbago, cefalea y dolor abdominal, en general las atenciones de salud apuntaron a consultas de baja complejidad. Entre los exámenes complementarios más realizados a los usuarios fueron exámenes de sangre, imagenológicos, urotest y electrocardiograma. Entre los procedimientos de enfermería más realizados están la medicación endovenosa (EV) 50%, medicación vía oral (VO) 10 %, recolección de sangre 8%, hemoglucotest 7 % y medicación intramuscular (IM) 5%. Las tres principales hipótesis diagnósticas

son lumbago, infección del tracto urinario y de las vías aéreas superiores y cefalea. En relación a los lugares de derivación posterior a la atención el 74,1% recibió el alta, el 24,4 % derivados a otros servicios de otras instituciones y el 0,2% hospitalizados en la institución (32).

Por el contrario, Ortega M, (2008), en su estudio “Perfil de usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061”, el perfil más frecuente del usuario consultante corresponde a una persona mayor, de sexo femenino que consulta por problemas respiratorios (27,9%), el día domingo (55,6 %) y en horario de 8 a 15 horas y el resto de los días el horario con mayor demanda fue entre las 15 y 22 horas, en el tramo de 8 a 15 horas la edad media de los usuarios consultantes fue de 60,9 años (33).

En el estudio de García E, (2008), “Perfil de consulta del Servicio de Urgencia de Atención Primaria Padre Joan Alsina de la comuna de San Bernardo”, se concluye que la mayor demanda la realizan los adultos de sexo femenino entre 20 y 64 años, la mayor cantidad de consultas se realizó en horario de 17:00 a 20:30 horas, donde el 91 % de las atenciones obedecen a una gravedad leve o baja complejidad y un 2% a una mediana complejidad y 0% situaciones graves, en general un 50% de las consultas realizadas en el SAPU correspondían a situaciones que no requirieron de ningún procedimiento clínico, sólo recibieron evaluación e indicación médica. Las actividades clínicas realizadas en el SAPU corresponden en su mayoría a administración de fármacos, la vía de administración de fármacos más utilizada es la parenteral, la técnica más utilizada es la administración de medicación vía intramuscular, seguida por la técnica intravenosa. Además, la mayoría de los consultantes son usuarios del Centro de Salud, no pertenecen a grupos de riesgo, el motivo de consulta está relacionado con la posibilidad de acceder a una prestación de servicio fuera del horario laboral, geográficamente está cercano a su domicilio y la única restricción es la priorización de la atención según gravedad. De acuerdo a la preferencia de horario de consulta coincide con el horario de extensión horaria del centro de salud. Posterior a la atención en el SAPU el destino o lugar de derivación el 91 % de la población atendida fue derivada a su domicilio, el 2,1% a la

red de urgencia, 0,7% a otro destino y el 6,2 % de las atenciones no se registró el lugar de derivación (38).

Las características de la atención en el estudio de Pérez S, (2004), "Perfil de los usuarios hiperconsultantes de la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia", la población hiperpoliconsultante es principalmente de sexo femenino, de 65 y más años, la mayoría de éstos usuarios demanda entre 10 a 19 consultas anuales, que se encuentran relacionadas con patologías del sistema respiratorio derivadas de patologías respiratorias crónicas, que son derivadas a los Centros de Atención Primaria con una pertinencia C4, categoría de patología que no corresponde ser atendida en una Unidad de Emergencia Hospitalaria, realizadas en un horario diurno, disminuyendo las atenciones en el horario nocturno sin estacionalidad según los meses de atención durante el año. Tras la atención, la población usuaria fue derivada a su consultorio de pertinencia o a su domicilio (58,2%), un 28,1% fueron derivados al policlínico de especialidades y un 9,1 % no registra lugar de derivación (40).

Como se mencionó anteriormente es clave conocer las características de la atención otorgada a los usuarios consultantes en un SAPU, durante la atención brindada a los usuarios el profesional de enfermería tiene un rol fundamental en esta situación, para así poder planificar y entregar cuidados de enfermería de calidad, integrales y atingentes al ciclo vital de los usuarios consultantes. Con las variables descritas anteriormente, en relación a las características de salud (perfil de salud del adulto mayor) y las características de la atención se describió las necesidades básicas con dependencia según el modelo de Virginia Henderson.

En relación a las características de la atención brindada a los adultos mayores consultantes de un SAPU, es imprescindible describir las **necesidades básicas que se encuentran comprometidas o con dependencia en la persona mayor**, el profesional de enfermería frente a esta situación ocupa un rol de ayuda o suplencia para cubrir estas necesidades.

Al identificar las necesidades que se encuentran con dependencia, se puede establecer un plan de cuidados durante la atención de urgencias /emergencias, los

cuales también serán entregados a la persona mayor, cuidador principal y/o familiar basados en la teoría de V. Henderson, considerando las características propias del adulto mayor, en su condición de grupo de riesgo determinado por la edad, presencia de patologías crónicas/ síndromes geriátricos, pluripatologías, usuarios de polifarmacia y con algún grado de dependencia y fragilidad , las cuales son el resultado del proceso de envejecimiento.

Duaso E, (2009), en su estudio “Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos”, describe que la atención geriátrica de urgencias debe basarse, en un profundo conocimiento de la realidad que se está atendiendo y poder identificar la diferencia entre la población adulta joven y la población adulta mayor. La población adulta mayor, atendida en los servicios de urgencia presenta alta complejidad geriátrica, donde los profesionales que los atienden presentan deficiencias formativas. También es importante conocer que los instrumentos de valoración geriátrica utilizados son extremadamente útiles. En el contexto del SAPU Nueva Aurora la valoración de la persona mayor se basa en aspectos clínicos y la información recabada en el FAP y no incluye aspectos específicos de la valoración geriátrica y excluye aspectos funcionales, sociales y mentales, claves en la atención de urgencia del adulto mayor (31).

Condori M, (2016), en su estudio “Cuidados de Enfermería según Virginia Henderson y su relación con la calidad de vida del adulto mayor que pertenece al C.S La Esperanza Tacna”. Los resultados del estudio mostraron que el 67 % de los adultos mayores perciben los cuidados de enfermería según Virginia Henderson en categoría regular y no existe una relación estadística entre los cuidados de enfermería según Virginia Henderson y la calidad de vida del adulto mayor (42). Por el contrario, en el estudio realizado por Cabascango L, (2018), “Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “Awawta Wasi Samay” Guaranda- Bolívar”, se elaboró y aplicó el Proceso de Enfermería y la guía de valoración y cuidado basado en el Modelo de Virginia Henderson, sirviendo como herramienta de apoyo a la hora de valorar y brindar cuidados al adulto mayor. Se concluyó que el personal de

enfermería conoce, pero no aplica el Proceso de Enfermería y que el cuidado brindado a los adultos mayores del centro es rutinario, empírico y sin sustento científico. Según datos obtenidos de la ficha de observación aplicada al personal de enfermería se evidenció que no se brindan intervenciones de manera individualizada según los requerimientos del adulto mayor, factor que declina el enfoque biopsicosocial del individuo por la insatisfacción de las 14 necesidades básicas denotadas en el modelo de Virginia Henderson (43).

2.2 Marco teórico

2.21 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual (44- 45).

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios al profesional de Enfermería, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido a la función asistencial que desarrolla el profesional de enfermería. Es de interés conocer a cabalidad el Modelo de Virginia Henderson, para ser aplicado en los cuidados de enfermería entregados a las personas, en especial en las personas mayores, que aumentan progresivamente como consecuencia del envejecimiento poblacional (44- 45).

Uno de los modelos de cuidados con mayor aceptación en la práctica de enfermería es el de **Virginia Henderson**, ya que es totalmente compatible con el Proceso de Enfermería (PE), aspecto esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Henderson identificó en su teoría las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, identifica el rol fundamental de la enfermera/o, el cual debe realizar la suplencia o ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada (44- 45).

Virginia Henderson, identificó las 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería (Cuadro N ° 1) las cuales son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (45 – 46).

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona

las satisface y manifiesta de una manera diferente. Henderson también identifica los tres niveles de relaciones enfermera/o – paciente en los que la enfermera actúa, estos son los siguientes:

1.- Sustituta del paciente: compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma, por su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

2.-Colaboradora o auxiliar del paciente: establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

3.-Compañera del paciente: fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado del paciente.

Cuadro N° 1

14 necesidades humanas básicas de Henderson
1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo normal y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Necesidades básicas con dependencia o comprometidas en el adulto mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora según Modelo de Virginia Henderson

En esta investigación se identificaron 6 de las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, con la información recabada de la ficha de atención del paciente (FAP), utilizando los datos obtenidos del motivo de consulta, síntomas que presenta la persona mayor y los valores de los signos vitales de presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca durante el control de los signos vitales. Las necesidades básicas con dependencia o comprometidas en el adulto mayor durante la atención de urgencia /emergencia en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora son las siguientes:

1.- Necesidad de respirar normalmente

La necesidad de respirar normalmente es esencial para la vida de la persona. Al valorar esta necesidad se pretende conocer la función respiratoria, en este caso de la persona mayor, por lo cual es clave valorar aspectos específicos durante la valoración de enfermería como la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tipo de respiración, patrón respiratorio, permeabilidad de la vía aérea, características de la tos, presencia y características de las secreciones, signos de dificultad respiratoria, hábito tabáquico, entre otros (45).

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de los síntomas respiratorios, síntomas circulatorios, valor de la presión arterial, frecuencia cardiaca y saturometría durante la atención de urgencias.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente

La necesidad de comer y beber adecuadamente también es esencial para la persona mayor, ya que existen cambios propios del envejecimiento que pueden provocar dependencia de esta necesidad.

Esta necesidad incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético del organismo. También puede variar según la cultura, por causas físicas, psicológicas, sociales y por la edad de la persona.

El profesional de Enfermería valora esta necesidad recabando información acerca de la alimentación del paciente, presencia de inapetencia, náuseas, vómitos, alteración del peso, intolerancia a la alimentación, problemas en la alimentación como el uso de prótesis, problemas en la deglución, alteraciones en la cavidad oral, problemas en la masticación, problemas en la dentición, presencia de sonda nasogástrica o gastrostomía. También es necesario indagar en el horario de las comidas, lugar de las comidas, hábitos de alimentación, valorar el peso, talla e IMC de la persona (45).

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de los síntomas digestivos que fueron motivo de consulta en los adultos mayores como náuseas, vómitos inapetencia y problemas en la deglución.

3.- Necesidad de eliminar los desechos corporales

Esta necesidad se basa en que el organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las deposiciones, también a través de la piel (sudor, transpiración) y respiración pulmonar. La valoración de esta necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, urinaria, piel).

Esta necesidad puede ser dependiente en el adulto mayor a causa de cambios propios del envejecimiento o por problemas de salud. Los datos que debe buscar el enfermero/a para valorar esta necesidad incluyen el patrón de eliminación urinaria e intestinal, características de la orina y deposiciones, presencia de incontinencia, dolor al orinar o defecar, hemorroides, frecuencia de la eliminación urinaria e intestinal, características de la menstruación, sudoración excesiva y otras pérdidas de líquidos, presencia de estreñimiento o diarrea, entre otros aspectos.

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de motivos de consulta en los adultos mayores como diarrea, constipación, y síntomas nefrourológicos (retención urinaria).

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas deseables

Según Virginia Henderson, la necesidad de moverse y mantener posturas deseables, es un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad y armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, como la edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social, etc. Esta necesidad también puede estar dependiente en la persona mayor por cambios propios del envejecimiento.

Los aspectos a valorar en esta necesidad incluyen: el grado de actividad física cotidiana, deambulación, uso de un dispositivo de ayuda para la movilización, dismovilidad, postura habitual (sentado, de pie, acostado), limitaciones o dificultades para moverse y mantener posturas adecuadas, alteraciones motoras (pérdida de fuerza y tonicidad, inestabilidad en la marcha) (45).

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de los síntomas musculoesqueléticos que fueron motivo de consulta en los adultos mayores y dismovilidad.

5.- Necesidad de mantener la temperatura corporal

Esta necesidad hace referencia a la mantención de la temperatura corporal dentro de los límites normales según la temperatura ambiental (frío – calor).

Algunas patologías pueden provocar alteraciones de la temperatura corporal y también esta puede estar afectada por características propias de la etapa del ciclo vital como en la etapa de adulto mayor y de recién nacido.

Los datos más relevantes que debe valorar el profesional de enfermería en esta necesidad son: la medición de la temperatura corporal, edad del paciente, exposición a temperaturas extremas, capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental, recursos utilizados para mantener la temperatura corporal, utilización de medidas físicas antitérmicas o antipiréticos en caso de fiebre (45).

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de los valores de la temperatura corporal registrados durante el control de los signos vitales de la persona mayor.

6.- Necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros

Esta necesidad se enmarca en que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.

Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.

Por lo cual, el enfermero/a debe enfatizar su valoración en los siguientes aspectos: estado de ánimo, interés por conductas saludables y de prevención, adhesividad al tratamiento terapéutico, medidas de seguridad personales y ambientales,

condiciones ambientales y del hogar, presencia de alergias ambientales a fármacos y alimentos, automedicación, orientación temporo- espacial y de las personas, alteraciones sensoriales- perceptivas, nivel de conciencia, memoria, equilibrio, dolor, características del dolor, complicaciones derivadas de este, hábitos nocivos (alcohol, tabaco, drogas), hospitalizaciones, accidentes, caídas, lesiones en la piel por el riesgo de infección, violencia, maltratos, anestesia, sedación o procedimientos invasivos (45).

En esta investigación se valoró esta necesidad a través de los motivos de consulta de los adultos mayores como dolor por diferentes causas, síntomas dermatológicos, otros síntomas, lesiones en la piel y caídas.

Conceptos básicos del modelo de Henderson

a) Metaparadigma

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su **metaparadigma**:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

- **Persona:** La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Henderson la define como un todo complejo que presenta 14 necesidades fundamentales que puede satisfacer independientemente, por lo contrario, si no logra satisfacer las necesidades, el individuo necesita ayuda para recuperar su salud, su independencia o para encontrar una muerte tranquila, para todo lo cual el cuerpo y el alma son inseparables. A su vez el paciente y su familia son considerados como una unidad.

- **Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones o influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un individuo. Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia y la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

- **Enfermería:** La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila, actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Esta cooperación debe realizarse de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo antes posible (45- 46- 47).

b) Principales supuestos y afirmaciones teóricas

El enfermero o enfermera:

- Debe ayudar a individuos sanos o enfermos
- Actúa como miembro del equipo de salud
- Posee conocimientos tanto de biología como de sociología
- Puede evaluar las necesidades humanas básicas

La persona:

- Debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional
- Su cuerpo y su mente son inseparables
- Requiere ayuda para conseguir su independencia

La salud:

- Es calidad de vida
- Es fundamental para el funcionamiento humano
- Requiere independencia e interdependencia
- Favorecerla es más importante que cuidar al enfermo

c) Conceptos principales de la teoría

Henderson utiliza conceptos clave de los cuales derivan definiciones operativas como:

1.-Necesidades básicas: Henderson indica que existen catorce necesidades humanas básicas, comunes a toda persona, que componen los cuidados enfermeros. Este concepto, no fue definido claramente por Henderson, se deduce que el término necesidad no significa carencia o problema, sino requisito, donde todos son indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano (45- 46- 47).

Sobre la base de las necesidades humanas, y con la influencia de la escala de necesidades de Maslow, Henderson define las catorce necesidades. Las primeras siete presentan similitudes con la fisiología, la octava y novena tienen que ver con

la seguridad, la décima con la propia estima; la once con la pertenencia y la doce a la catorce con la autorrealización. Las catorce necesidades fundamentales, comunes a todos los seres humanos, pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ello factores físicos, psicológicos o sociales (45- 46-47).

Normalmente, la persona satisface estas necesidades por sí misma cuando tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen problemas de salud (dependiente). En estas circunstancias que el enfermero/a tiene que ayudar o suplir a la persona de forma que sus necesidades sean cubiertas (45- 46- 47).

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o por falta de conocimientos.

Las necesidades según Henderson, se definen como requisitos y como elementos integradores. Son a la vez universales y específicas, universales ya que son comunes a todos los seres humanos y específicas porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.

Existen dos tipos de factores que modifican las necesidades básicas, factores permanentes y factores variables (45- 46- 47).

Factores permanentes:

- Edad
- Nivel de inteligencia
- Medio social o cultural
- Capacidad física

Factores variables (asociados a estados patológicos):

- Falta aguda de oxígeno
- Conmoción (colapso y hemorragias)
- Estados de inconsciencia (desmayo, coma, delirios)

- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del organismo marcadamente anormales
- Estados febriles agudos debidos a toda causa
- Una lesión local, herida o infección, o ambas
- Una enfermedad transmisible
- Estado preoperatorio
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento

2.-Cuidados básicos: Derivan del concepto de necesidades y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en los aspectos que lo requiera o ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma de modo adecuado. Por lo tanto, son cuidados de baja complejidad (45- 46- 47).

3.-Autonomía: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. La autonomía se ve influenciada por la edad y etapa del desarrollo, donde el cuidador sule temporalmente una capacidad hasta que la persona la desarrolle, como ocurre en el caso del niño o niña o del adulto mayor. También está influenciada por la enfermedad, que de manera temporal o definitiva, total o parcialmente, afecta la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades (45- 46- 47).

4.-Independencia: Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Henderson la define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Este

nivel viene determinado por las características de la persona como ser único y holístico, y el modo de satisfacer sus necesidades básicas se ve influido positivamente o negativamente por los procesos o experiencias que vive, a los que debe adecuarse. Esto implica que el enfermero y la enfermera debe adecuar la práctica diaria al usuario, y con esto se evita la rutinización de los cuidados, ya que el profesional, de acuerdo a sus conocimientos y experiencias – y a la luz de las capacidades del usuario, su situación global y sus experiencias de vida –determina, en cada caso, si la persona ha alcanzado o no el nivel óptimo de desarrollo potencial (45-46-47).

5.-Dependencia: Es el desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de sus necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas (45- 46- 47).

No hay niveles universales establecidos de dependencia, sino que es el profesional de enfermería quien debe aplicar, de acuerdo a sus conocimientos y experiencias y a la luz de la realidad del usuario, si es suficiente o no el desarrollo del potencial del usuario (45- 46- 47).

6.-Fuente de Dificultad: Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia. Puede ser de orden psicológico, físico, social o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado (45- 46- 47).

Conceptos del Modelo de Henderson en la persona mayor

El modelo de Henderson puede ser aplicado en todas las etapas del ciclo vital, por el crecimiento avanzando de la población adulta mayor, es necesario que el profesional de enfermería conozca y aplique el modelo de Henderson en la persona mayor.

Los conceptos mencionados anteriormente también son aplicados en el adulto mayor, como el de **autonomía**, definido por la OMS como “la capacidad de un hombre o mujer de desarrollar actividades en la medida en que lo desea”, en la persona mayor el dar respuesta a este concepto depende de una determinada capacidad física, la fuerza; de un nivel de conocimientos, lo que sabe y de una determinada motivación, la voluntad. Estas características físicas están condicionadas por la etapa de la vida en la que se encuentra – última etapa del ciclo vital -. El conocimiento o saber que posee está contextualizado en su recorrido biográfico, igualmente el área de la voluntad. El hecho de ser un adulto mayor, no significa que la persona está incapacitada para seguir siendo autónomo, sino que presenta características diferentes (48).

Necesidad, es otro concepto de Henderson, el cual es clave en las personas mayores, la cual debe interpretarse desde tres dimensiones: biofisiológica, psicológica y social – situacional. A su vez se debe considerar el enfoque de lo común para todas las personas y en lo específico que cada persona requiere en función de su individualidad (48).

En relación a las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson se pueden presentar manifestaciones de independencia y dependencia.

Se considera **independencia** el estado o nivel aceptable de satisfacción de las necesidades alcanzado por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo sin la ayuda de otra persona. El concepto de independencia es relativo, ya que las personas a lo largo de su vida mantienen un cierto nivel de dependencia respecto a las personas que los rodean (pareja, padre/madre, compañeros de trabajo, etc) (48).

La independencia, se identifica en función de la propia percepción del sujeto respecto a otras personas y el grado de implicación de otras personas en acciones vitales para la persona como la higiene personal, eliminación, alimentación, etc.

En algunas oportunidades el sujeto de intervención profesional corresponde a más de una persona. Es posible encontrar un binomio madre/hijo, persona mayor/ hijo/a, o con un grupo, grupo familiar, grupo comunitario, etc. En estas situaciones el grado de independencia se valora en función de la demanda que ese binomio o grupo identifica fuera de sus propias capacidades y recursos (48).

Esta situación es habitual en la relación del profesional de enfermería y la persona mayor. Se puede identificar que el binomio persona mayor/hijo/a es independiente del sistema profesional de cuidados. En muchas situaciones la persona mayor y su cuidador necesita de un seguimiento profesional.

En cuanto al concepto de **dependencia**, se identifica como la incapacidad del sujeto de adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. En este concepto también se puede presentar la dependencia del binomio o grupo (48).

En relación al concepto de dependencia el profesional de enfermería puede identificar la incapacidad de la persona para satisfacer alguna de sus necesidades. En este caso las manifestaciones de dependencia vienen acompañadas de los signos observables por los que se determina que la necesidad se encuentra satisfecha o no dentro de los parámetros de normalidad (48).

En el caso de la persona mayor, deben considerarse los parámetros de normalidad de un adulto mayor sano, es decir, un individuo con cambios anatomofisiológicos, psicológicos y sociales importantes que corresponden a una etapa de la vida determinada, con parámetros diferenciados a esta etapa del ciclo vital. Por lo cual el enfermero/a debe conocer los cambios físicos y biológicos importantes de la persona mayor como; los cambios físicos y biológicos – musculares, neurológicos, gástricos, osteoarticulares, etc. – cambios psicológicos y cambios sociales/

situacionales muy significativos – capacidad de percepción, escala de valores, sentido de pertenencia etc. – teniendo en cuenta la valoración en los parámetros de normalidad y saber identificar que los signos de dependencia son diferentes a los signos de envejecimiento (48).

Respecto al concepto de **f fuente de dificultad**, esta se define como la causa o impedimento mayor que genera la dependencia. Puede ser de orden físico, psicológico, social o de falta de conocimientos.

La fuente de dificultad puede tener su origen en experiencias presentes o experiencias anteriores que estén muy arraigadas. Las experiencias pasadas en la persona mayor constituyen una gran parte de su individualidad, siendo un elemento clave al realizar una valoración de enfermería (48).

Otras fuentes de dificultad pueden ser problemas relacionados con la medicación, patologías asociadas, dificultades sensoriales que producen limitación, problemas psicológicos relacionados con la alteración de memoria, estado afectivo, estado de conciencia, ansiedad, etc. Con respecto al área social o situacional adultos mayores en condición de dismovilidad, hospitalización o con barreras en el entorno, valores culturales que dificultan la satisfacción de necesidades y fuentes de dificultad derivadas de la falta de conocimientos.

2.22 Teoría de la Motivación y la Jerarquía de las Necesidades de Maslow

Virginia Henderson, basa su Modelo de las 14 Necesidades en la Teoría de la Motivación y la Jerarquía de las Necesidades de Maslow, a continuación, se detallan los conceptos principales de la teoría, los cuales ayudan a identificar las necesidades que se encuentran con dependencia o independencia en la persona mayor.

La teoría de Maslow propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación.

Maslow clasifica las necesidades en orden jerárquico. En primer lugar, se encuentran las **necesidades fisiológicas** que son las más básicas y potentes de todas. Están asociadas a la supervivencia del individuo, se denominan homeostáticas, ya que, contribuyen al equilibrio del estado corporal, lo que se asocia a las necesidades de mantener la temperatura corporal, alimentarse, dormir, beber agua, aliviar el dolor, satisfacción sexual, refugio, entre otras (49- 50- 51).

Cuando estas necesidades no son satisfechas por un tiempo largo, la satisfacción de las otras necesidades pierde su importancia.

En segundo lugar, encontramos las **necesidades de seguridad**, las cuales están relacionadas con un estado de orden, seguridad personal, estabilidad y protección. La mayoría de las personas llegan solo hasta este nivel y se expresan como las necesidades de sentirse seguros, la necesidad de tener estabilidad, la necesidad de tener orden, la necesidad de tener protección y la necesidad de dependencia, como, por ejemplo: seguridad física, empleo, ingresos y recursos, seguridad familiar, salud, preocupación por ahorrar, para obtener una vida ordenada y con un futuro predecible. Esta necesidad se puede manifestar negativamente como temor y miedo (49- 50- 51).

En el tercer lugar se encuentran las **necesidades de amor y pertenencia**, que están orientadas socialmente y representan la voluntad de reconocer y ser

reconocido por los semejantes, de sentirse arraigados en lugares e integrados en redes y grupos sociales. La existencia de esta necesidad está subordinada a la satisfacción de necesidades fisiológicas y de seguridad. Entre ellas se encuentran la necesidad de amigos, de compañeros, de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto (49- 50- 51)

Las **necesidades de estima**, se encuentran en el cuarto lugar, cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas surgen las necesidades de estima, orientadas a la autoestima. Su satisfacción es necesaria para la evaluación personal y el reconocimiento de uno mismo, en referencia a los demás. A su vez se pueden subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se refieren al respeto de otros (reputación, condición social, fama, etc). Entre estas se encuentran la necesidad de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, de admiración, de confianza en sí mismo, de autovalía y de autoaceptación. La insatisfacción de esta necesidad genera sentimientos de inferioridad que se manifiesta como vergüenza o culpa, las personas se sienten inferiores y sin valor (49- 50- 51).

El quinto lugar lo ocupan las **necesidades de autorrealización**, estas son las más elevadas, ocupan la cima de la jerarquía. Son difíciles de describir, ya que varían de un individuo a otro, e incluye la satisfacción de la individualidad en todos los aspectos. Para que una persona inicie su proceso de autorrealización debe haber satisfecho muchas necesidades previas. La autorrealización es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica. Entre ellas se encuentran las necesidades de satisfacer nuestras propias capacidades personales, de desarrollar nuestro potencial, de hacer aquello para lo cual tenemos mejores aptitudes. Para poder satisfacer la necesidad de autorrealización es necesario tener la libertad de hacer lo que uno quiera hacer (49- 50 – 51).

Maslow adicionalmente, menciona otros dos tipos de necesidades: **las cognitivas y las estéticas**, aunque no las ubica en un lugar específico dentro de la jerarquía. Las **necesidades cognitivas**, de saber y comprender provienen de las necesidades

básicas, expresándose en la forma de deseo de saber las causas de las cosas y de encontrarse pasivo frente al mundo (49- 50 – 51).

Las **necesidades estéticas**, están relacionadas con el deseo del orden y la belleza. Estas necesidades incluyen: necesidad por el orden, necesidades por la simetría, necesidad de llenar los espacios en las situaciones mal estructuradas, la necesidad de aliviar la tensión producida por las situaciones inconclusas y la necesidad de estructurar los hechos (49- 50 – 51).

Maslow plantea la existencia de distintos tipos de necesidades que van ascendiendo, en una jerarquía, desde las necesidades más básicas y elementales para la supervivencia hasta llegar a la cúspide del desarrollo humano representado por la autorrealización.

Es imprescindible satisfacer las necesidades básicas para poder pasar al estado siguiente de motivación. Según Maslow, la satisfacción de las necesidades y las motivaciones ligadas a ellas son el impulso o dinamismo que conduce a los individuos a desarrollar su personalidad en los diferentes ámbitos de la vida. La insatisfacción de las necesidades trae consecuencias negativas para las personas, pues generan estados de frustración y egoísmo; y si la persona no supera una etapa difícilmente podrá pasar a una etapa siguiente; su desarrollo se estanca en la etapa que no pudo superar. Idealmente, es posible llegar a la autorrealización que involucra el despliegue del sujeto en todas sus potencialidades, si bien en la realidad son escasos los que efectivamente lo logran (49- 50 – 51).

2.3 Definición de variables

Conceptual

Perfil sociodemográfico: Conjunto de variables de la población, tales como sexo, edad, actividad económica, nupcialidad, área de residencia, entre otras (Fuente: Diccionario Demográfico de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, UIECP).

Perfil de salud: Caracterización del estado de salud de una población específica, teniendo en cuenta los factores que directa e indirectamente se relacionan con ella (Fuente: DeCS BIREME).

Características de la atención: Aspectos de provisión y distribución de servicios de salud a una población de pacientes (Fuente: DeCS BIREME).

Necesidad básica: requisito básico que cada individuo tiene que cubrir para dar respuesta a su integridad como persona (Fuente: García M., Rodríguez C., Toronjo A., Enfermería Geriátrica, 2012).

Operacional

Perfil sociodemográfico: Conjunto de variables de la población adulta mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora, tales como sexo, edad, área de residencia y previsión de salud, medido a través del Formulario de Atención Primaria (FAP).

Perfil de salud: Caracterización del estado de salud de la población adulta mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora, tales como los valores de los signos vitales según guía clínica del MINSAL “Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más” y valores normales de los parámetros vitales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, motivo de consulta, tipo de consulta, presencia de patologías crónicas, medido a través del Formulario de Atención Primaria (FAP).

Características de la atención: Aspectos de provisión de prestaciones de salud a la población adulta mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora, tales como tiempo de consulta, fármacos administrados, vías de administración de medicamentos, procedimientos realizados y lugar de derivación, medido a través del Formulario de Atención Primaria (FAP).

Necesidades básicas: requisito básico en la población adulta mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora para dar respuesta a su integridad como persona, tales como la necesidad de respirar normalmente, necesidad de comer y beber adecuadamente, necesidad de eliminar los desechos corporales, necesidad de moverse y mantener posturas deseables, necesidad de mantener la temperatura corporal y la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros medido a través del Formulario de Atención Primaria (FAP).

Tabla N °1: Operacionalización de las variables de Estudio

Variable	Dimensión	Indicador
<p>Perfil Sociodemográfico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Lugar de residencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos • Hombre • Mujer • Nueva Aurora - Agua Santa • Otros sectores de residencia

	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • FONASA • Isapre • Otro
Perfil de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales • Presión arterial • Temperatura • Frecuencia cardiaca • Saturación de oxígeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Normotenso < 140/90 mmHg • Hipertenso > 140/90 mmHg • Afebril (36 – 37 °C) • Subfebril (37,1 - 37,5 °C) • Febril (> 37,5 °C) • Bradicardia (< 60 latidos por minuto) • Normocardia (entre 60 – 100 latidos por min) • Taquicardia (> 100 latidos por minuto) • Normosaturación > o = 95% • Desaturación < 95%

	<ul style="list-style-type: none"> • Motivos de Consulta • Estaciones del año y motivos de consulta • Patologías crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas Respiratorios • Síntomas Digestivos • Síntomas Circulatorios • Síntomas Nefrourológicos • Síntomas musculoesqueléticos • Síntomas dermatológicos • Otros Síntomas • Primavera – Verano • Otoño – Invierno • HTA • DM • Otras patologías crónicas
<p>Características de la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de atención • Fármacos utilizados durante la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Hora de ingreso • Hora de egreso • Tiempo transcurrido de la atención • Analgésicos • Soluciones Parenterales • Antihipertensivos • Corticoides • Antihistamínicos • Broncodilatadores

	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de fármacos utilizados • Vías de administración de fármacos utilizadas durante la atención • Cantidad de vías de administración durante la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos • Antibióticos • Antiespasmódicos • Sedantes • Antieméticos • Antiulcerosos • 0 • 1- 2 • 3 y más • Intramuscular (IM) • Sublingual (SL) • Endovenosa (EV) • Tópica • Inhalatoria • Subcutánea (SC) • Endorectal (ER) • Oral (VO) • 0 • 1 • 2 • > 2
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos realizados durante la atención • Cantidad de procedimientos realizados durante la atención • Lugar de derivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía Venosa • Fleboclisis • Urotest • Medicamentos EV • Medicamentos IM • Medicamentos SL • Electrocardiograma (EKG) • Curación • Nebulización (NBZ) • Hemoglucotest (HGT) • Instalación Sonda Foley • Cambio recolector Sonda Foley • Cambio Sonda Foley • Férula • Aerosolterapia • 0 • 1- 2 • 3 y más • Unidad de Emergencia Adultos • Domicilio • Control CESFAM • Otro
--	---	---

<p>Necesidades Básicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de respirar normalmente • Necesidad de comer y beber adecuadamente • Necesidad de eliminar desechos corporales • Necesidad de moverse y mantener posturas deseables • Necesidad de mantener la temperatura corporal • Necesidad de evitar peligros del 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas respiratorios • Síntomas circulatorios • Valor Saturometría • Valor Frecuencia Cardiaca • Valor presión arterial • Síntomas digestivos • Náuseas • Vómitos • Inapetencia • Problemas de deglución • Síntomas Nefrourológicos • Diarrea • Constipación • Síntomas musculoesqueléticos • Dismovilidad • Valor Temperatura • Dolor por diferentes causas
-----------------------------------	---	--

	<p>entorno y evitar lesionar a otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de necesidades comprometidas o con dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas dermatológicos • Otros síntomas • Lesiones en la piel • Caídas <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • > 2
--	--	---

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la Investigación

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, y de diseño observacional retrospectivo a través de un instrumento creado por la investigadora basado en la Ficha de Atención Primaria (FAP), realizado en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Nueva Aurora, perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar, durante el año 2017 (53).

3.2 Población en estudio

La población estudiada correspondió a los adultos mayores (AMs) de 60 años y más que consultaron en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Nueva Aurora durante el año 2017, que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Según datos estadísticos entregados por el SAPU Nueva Aurora, perteneciente al SSVQ el año 2017 consultaron 48.221 usuarios, de los cuales 8757 atenciones correspondieron a adultos mayores de 60 años y más, lo cual corresponde a un 18,1% de población adulta mayor, distribuidos desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de ese mismo año.

Se tuvo acceso a una población total $n = 5.068$ de adultos mayores correspondientes a los meses detallados en la tabla N° 1, ya que se extraviaron los datos de 5 meses (Enero, Abril, Mayo, Noviembre y Diciembre).

3.3 Selección de la muestra

Muestra:

El muestreo fue probabilístico estratificado, el criterio utilizado para estratificar fue el número de consultas por mes, se utilizó la función aleatoria de Microsoft Office Excel.

El tamaño muestral se determinó según el número de consultas de adultos mayores en cada mes en el SAPU Nueva Aurora (ver tabla N° 2), considerando una distribución normal de la población adulta mayor con un valor de $\alpha = 0,05$), una Potencia de 0,95 y un error muestral de 5%.

El tamaño muestral se determina por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\left(\frac{z}{\varepsilon}\right)^2 \cdot \beta}{1 + \frac{\left(\frac{z}{\beta}\right)^2 \cdot \beta}{N}}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = tamaño de población

β = error Beta (valor entre 0.05 y 0.1) para poblaciones mayores a 100 individuos. (Potencia (P) = 1- β)

ε = error muestral o precisión (estimado en 0.05)

z = Valor estandarizado de una distribución Normal, considerando intervalo de confianza del 95%, se estima un valor igual a 0,96.

Los valores obtenidos se detallan en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2: Tabla específica tamaño poblacional y muestral

Mes	N ° de consultas de adultos mayores	Muestra por mes Potencia 0,95
Enero	0	0
Febrero	639	25
Marzo	838	25
Abril	0	0
Mayo	0	0
Junio	705	25
Julio	780	25
Agosto	696	25
Septiembre	656	25
Octubre	754	25
Noviembre	0	0
Diciembre	0	0
Total	5.068	175

Considerando que la población adulta mayor se distribuye de forma normal, se obtuvo una muestra por mes de 25 FAP, con un total de 175, ya que hubo extravío de las fichas de los meses de Enero, Abril, Mayo, Noviembre y Diciembre.

Unidad muestral:

La unidad muestral correspondió a cada “formulario de atención” (FAP) que cumpliera con los criterios de elegibilidad.

Se realizó un muestreo aleatorio simple, enumerando los FAP, separándolos por mes utilizando la función aleatoria de Microsoft Excel se procedió a seleccionarlas.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Formularios de atención de AMs ≥ 60 años y más, que consultaron en el SAPU Nueva Aurora durante el año 2017.

No existen criterios de exclusión.

3.5 Instrumentos recolectores de datos

El instrumento utilizado fue confeccionado por la investigadora y está basado en la información obtenida del formulario de atención (FAP) que se utiliza en el SAPU en cada atención de los adultos mayores y en el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson descrito en el marco teórico.

El contenido del instrumento se divide en cuatro áreas:

1.- Perfil Sociodemográfico: considera 4 ítems (edad, sexo, lugar de residencia y previsión de salud).

2.- Perfil de Salud: considera 3 ítems (signos vitales, motivos de consulta y patologías crónicas).

La información sobre los motivos de consulta se agrupó en siete grupos, los cuales fueron los siguientes: síntomas respiratorios, síntomas digestivos, síntomas circulatorios, síntomas nefrourológicos, síntomas musculoesqueléticos, síntomas dermatológicos y otros síntomas, para una mejor interpretación de las necesidades básicas. También se consideró la estación del año primavera – verano y otoño – invierno y los motivos de consulta.

3.-Características de la atención: considera 5 ítems (horario de atención, fármacos utilizados, vías de administración de fármacos y procedimientos realizados durante la atención y lugar de derivación).

4.-Necesidades básicas: considera 6 ítems (necesidad de respirar normalmente, necesidad de comer y beber adecuadamente, necesidad de eliminar desechos corporales, necesidad de moverse y mantener posturas deseables, necesidad de

mantener la temperatura corporal y necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros).

Para describir esta variable de estudio se utilizó y analizó los datos obtenidos en las características de salud del adulto mayor detallado anteriormente, y si uno de los indicadores está alterado se consideró que la necesidad está comprometida o con dependencia.

Para la validación del instrumento, se realizó una prueba de validez de contenido que consiste en entregar el instrumento completo a un comité de expertos para su evaluación.

Para cuantificar la validación se utilizó Coeficiente de Validación de Contenido (CVc) según el modelo de Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008), en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada (54- 55).

Los expertos que participaron en la evaluación fueron:

- Enfermera Jefa de Servicio de Atención Primaria de Urgencias.
- Enfermera- Matrona, Magister Mención Geronto – Geriátría.
- Enfermera- Matrona, experta en Metodología de la Investigación.

El valor total obtenido del test de coeficiente de validación de contenido fue de **0,907**, valor que considera el instrumento válido, para cada uno de los ítems el valor fue mayor a 0,5823, considerándose todos válidos (Ver tabla anexo N ° 7).

3.6 Recolección de datos

En la etapa de pre-recolección de los datos se realizó una visita al SAPU Nueva Aurora para ver la factibilidad del estudio. La investigadora se entrevistó con la Enfermera Jefa y con el equipo de salud del SAPU para acordar días y horarios adecuados para realizar la recolección de datos, para no interferir en las actividades del SAPU.

La segunda etapa correspondió a la revisión de los FAP y recolección de los datos, realizado durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2018 por la investigadora.

Se revisaron los FAP del año 2017 en las dependencias del SAPU Nueva Aurora, se lograron obtener los datos de los meses de Febrero, Marzo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre, los cuales fueron vaciados a una planilla Excel. Sin embargo, se detectó que hubo extravío de las fichas de los meses de Enero, Abril, Mayo, Noviembre y Diciembre.

Se resguardó la confidencialidad de la información considerando solamente el número del FAP sin la identificación de la identidad del adulto mayor.

3.7 Prueba Piloto

Se aplicó una muestra piloto para verificar la calidad del contenido de la ficha clínica, encontrándose un gran porcentaje de datos perdidos, cinco meses no registrados.

Para evaluar la codificación e interpretación de los datos se procesó una muestra de 25 fichas del mes de Febrero.

Tras esta codificación e interpretación de la información de las fichas del mes de Febrero se agrupó la información sobre los motivos de consulta en siete grupos, los cuales fueron los siguientes: síntomas respiratorios, síntomas digestivos, síntomas circulatorios, síntomas nefrourológicos, síntomas musculoesqueléticos, síntomas dermatológicos y otros síntomas, para una mejor interpretación de las necesidades básicas.

También se agruparon los fármacos en: analgésicos, soluciones parenterales, antihipertensivos, corticoides, antihistamínicos, broncodilatadores, diuréticos, antibióticos, antiespasmódicos, sedantes, antieméticos y antiulcerosos, para una mejor interpretación de los fármacos utilizados durante la atención de la persona mayor.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizaron los programas de hoja de cálculo Excel de Microsoft 2016, y el programa estadístico IBM-SPSS versión 22.

Para la descripción del **perfil sociodemográfico** se midieron las dimensiones de edad, sexo, lugar de residencia y previsión de salud, mediante medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar y cuartiles), tablas de frecuencia, gráficas (circulares, de columna e histogramas).

Para el **perfil de salud** se midieron las dimensiones: signos vitales, motivos de consulta y patologías crónicas, se midieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar y cuartiles), tablas de frecuencia, gráficas (circulares, de columna e histogramas).

Para la descripción de las **características de la atención** se midieron las dimensiones: horario de atención, fármacos utilizados, vías de administración de fármacos utilizadas y procedimientos realizados durante la atención y lugar de derivación. Se midieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar y cuartiles), tablas de frecuencia, gráficas (circulares, de columna e histogramas).

Para la **descripción de las Necesidades básicas** se midieron las siguientes necesidades: necesidad de respirar normalmente, necesidad de comer y beber adecuadamente, necesidad de eliminar desechos corporales, necesidad de moverse y mantener posturas deseables, necesidad de mantener la temperatura corporal y necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, cada una con sus indicadores descritos en la tabla N ° 1 (Ver tabla N °1) mediante medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar y cuartiles), tablas de frecuencia, gráficas (circulares, de columna e histogramas).

3.9 Consideraciones éticas

Esta investigación se enmarcó en los siete principios éticos de Ezekiel Emanuel y contempló someterse a la aprobación del Comité de Bioética Facultad de Medicina (CBI – FAMED) de la Universidad de Valparaíso y del Comité de Ética correspondiente a la Corporación Municipal de Viña del Mar.

En relación con la confidencialidad de los datos, esta se resguardó, ya que, el instrumento creado por la investigadora no incluye el nombre del consultante, se otorgó un número correlativo a cada instrumento el que se asoció al número de consulta de la hoja FAP (Formulario de Atención Primaria).

Al momento de recopilar la información a través del instrumento se consideraron datos anonimizados no vinculables, es decir, es imposible que se pueda establecer la identidad del sujeto y excluirá datos sensibles de la vida privada o intimidad, resguardando la intimidad y los derechos humanos de los consultantes.

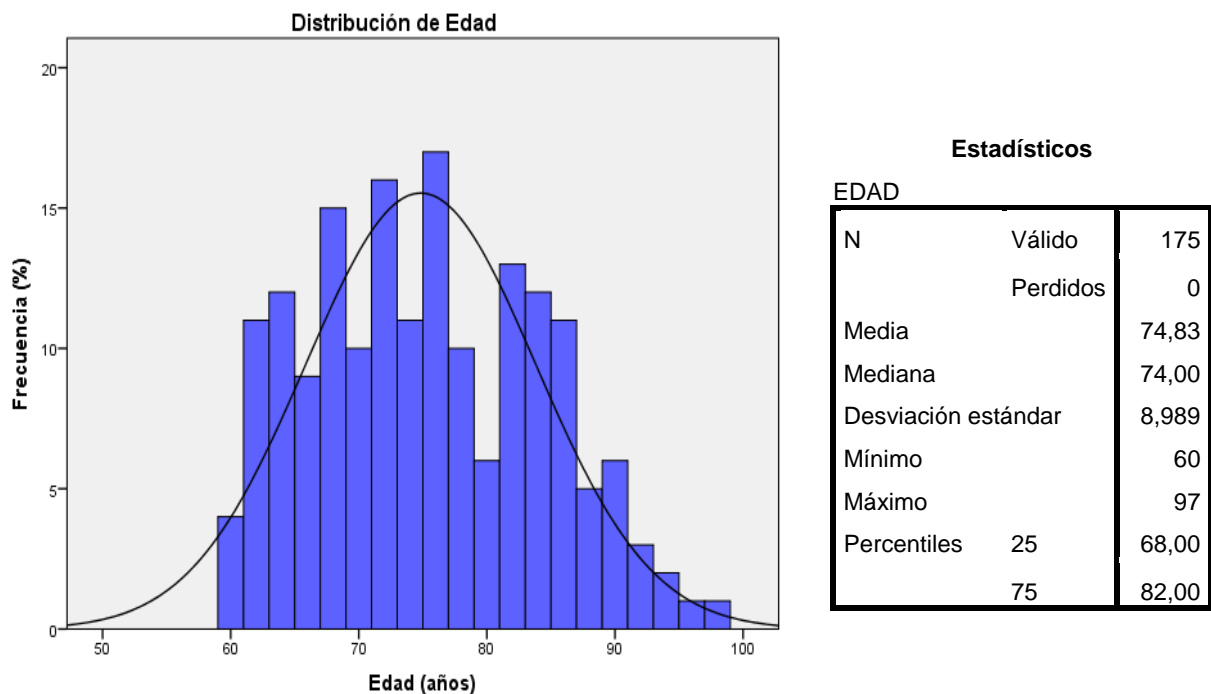
La custodia de los datos se realizará guardando los instrumentos de recolección de datos por 2 años en la oficina del profesor guía de tesis en su oficina bajo llave.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

1.-PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR

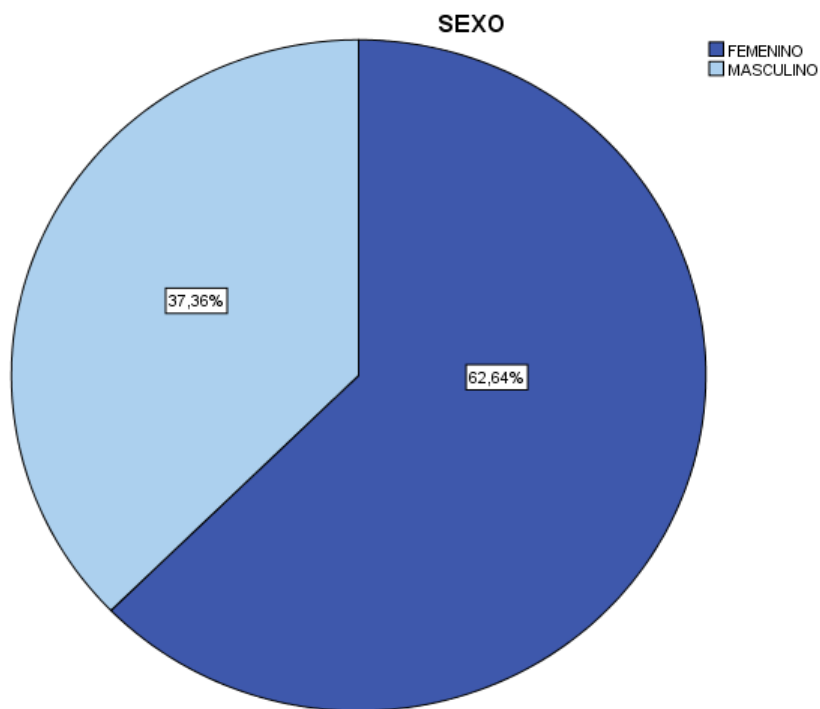
Gráfico N°1: Distribución numérica por edad de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



El gráfico N°1 representa la distribución de la muestra según edad de la población de adultos mayores, donde se evidencia que las edades donde se concentran los adultos mayores que consultan en el SAPU Nueva Aurora es entre los 60 y 80 años, con una media y mediana de 74 años (DS 8,9).

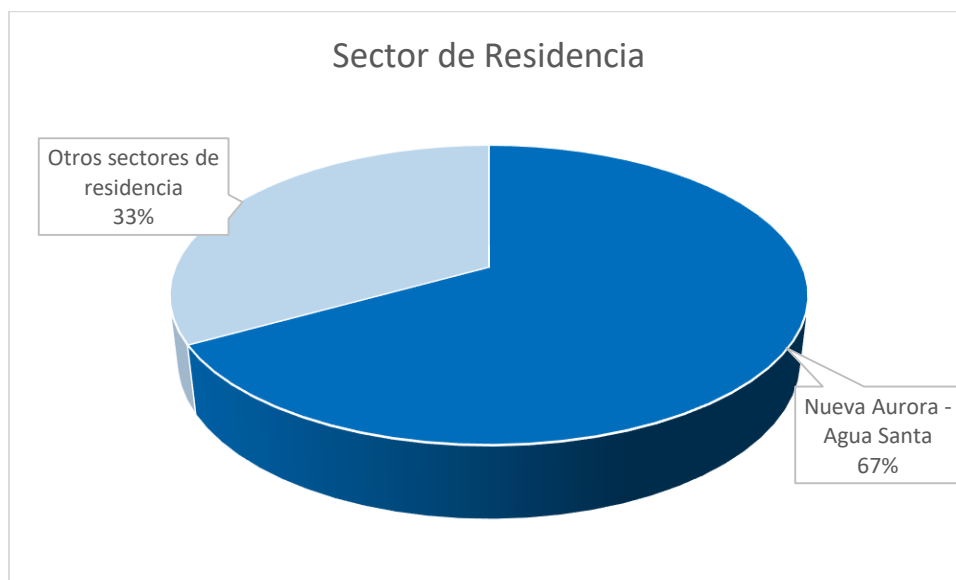
Con una edad mínima de los adultos mayores de 60 años y una edad máxima de 97 años. Lo que evidencia el envejecimiento poblacional en Chile.

Gráfico N° 2: Distribución porcentual por sexo de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



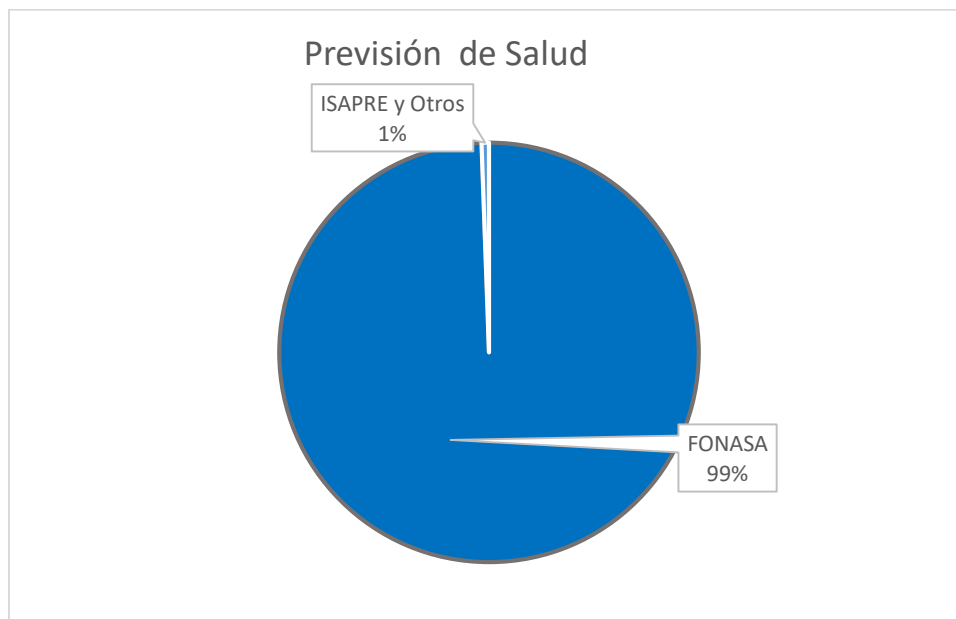
El gráfico N°2 representa la distribución de la muestra según sexo, donde el 62,64% corresponde al sexo femenino y el 37,36% al sexo masculino, con una marcada concentración de la población adulta mayor de sexo femenino, la cual consulta en una mayor proporción en el SAPU Nueva Aurora y coincide con la mayor concentración de población femenina según el CENSO de 2017.

Gráfico N° 3: Distribución porcentual de los sectores de residencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



En el gráfico N°3 se observa que el porcentaje mayor de atenciones (67%), corresponden a adultos mayores que residen en el sector de Nueva Aurora y Agua Santa, los cuales son usuarios beneficiarios del CESFAM y SAPU Nueva Aurora. A su vez podemos observar que también hay consultas de adultos mayores de sectores de residencia que no corresponden a límites geográficos que abarca el SAPU (33%), son consultas de beneficiarios de la red pública que buscan una atención más expedita y resolutive a su problema de salud, ya que, muchas veces en la Unidad de Emergencia Adultos tarda muchas horas.

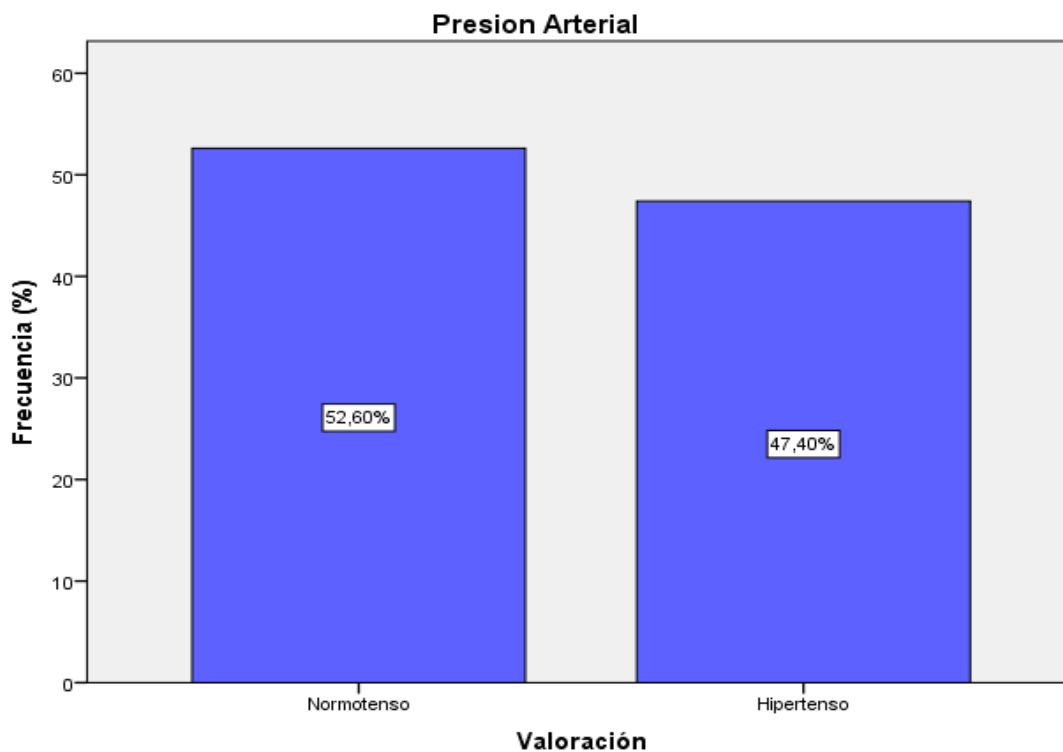
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora según previsión de salud



En el gráfico N °4 se observa la distribución porcentual de la previsión de salud que se encuentran afiliadas las personas mayores que consultan en el SAPU Nueva Aurora, el 99 % corresponde a FONASA y el 1 % a otra previsión de salud (PRAIS). Los adultos mayores son el grupo etario con más afiliados en FONASA y se concentra en el sexo femenino.

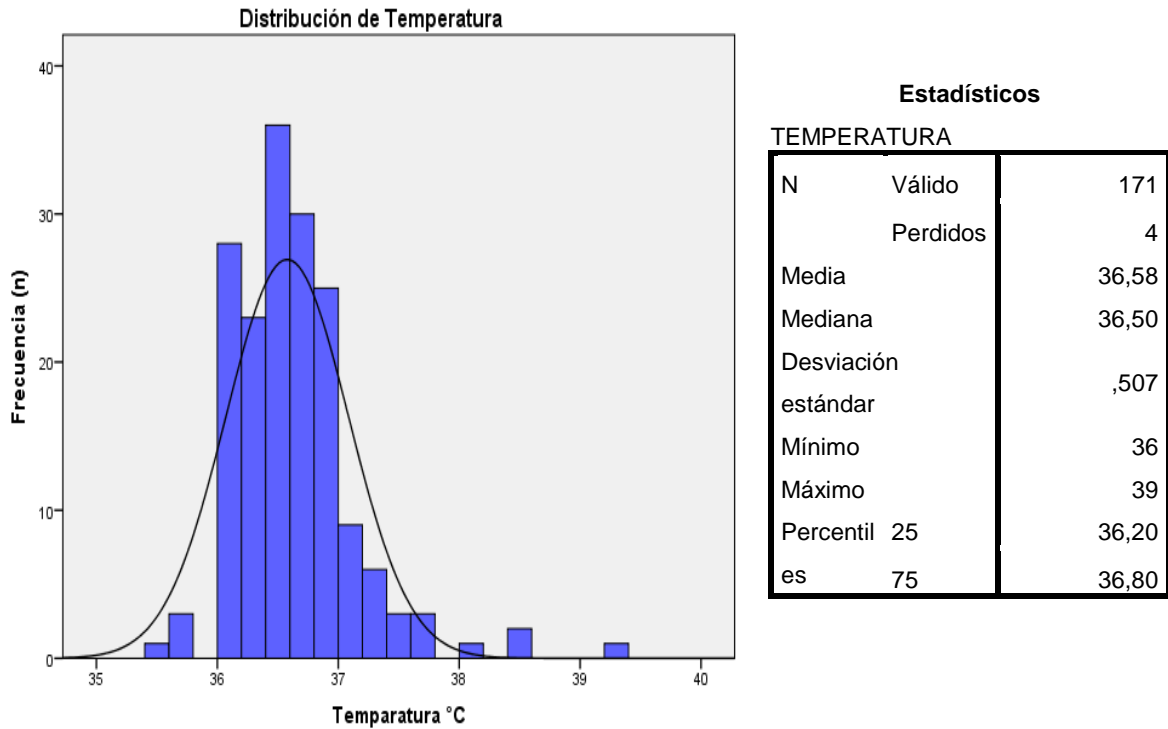
2.-PERFIL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Gráfico N °5: Distribución porcentual de los valores de presión arterial en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



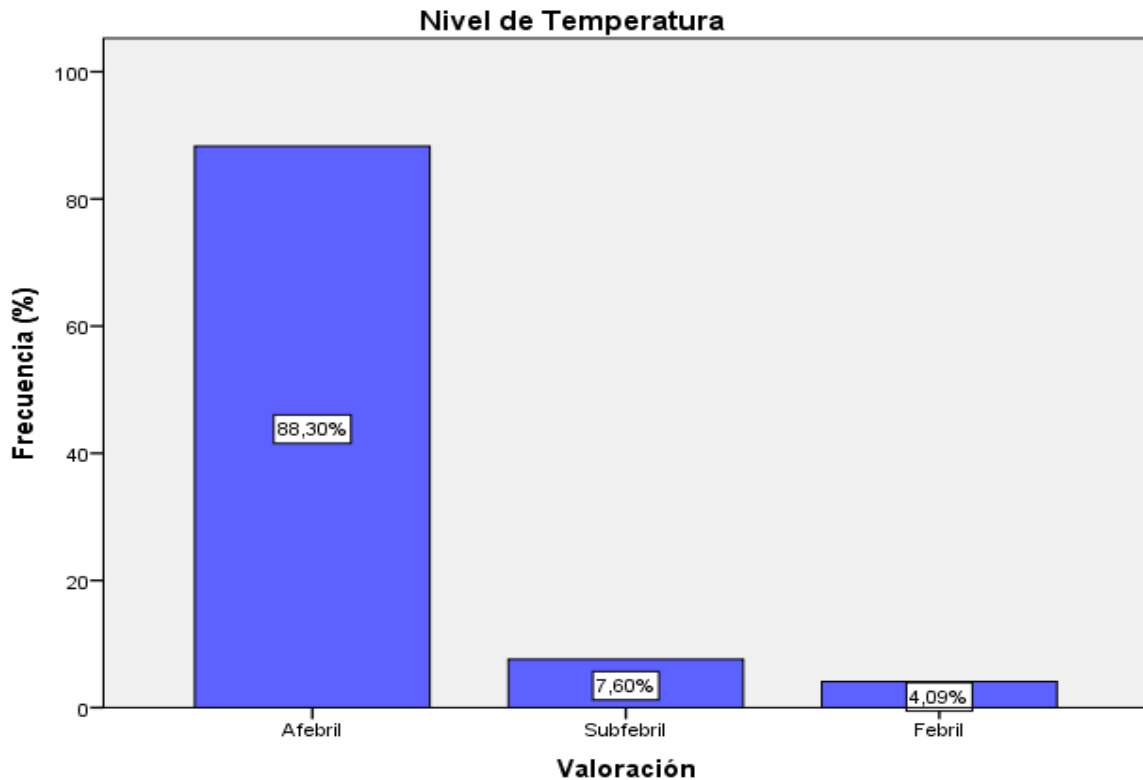
El gráfico N° 5 representa la distribución porcentual de los valores de presión arterial de los adultos mayores durante la atención de urgencia en el SAPU Nueva Aurora, el 52,6% de los adultos mayores se encuentran normotensos y el 47,4% hipertensos. Evidenciándose que a pesar que padecen de patologías crónicas como la hipertensión arterial, se encuentran compensados con rangos normales de presión arterial según la guía clínica del MINSAL.

Gráfico N ° 6: Distribución numérica de los valores de temperatura en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



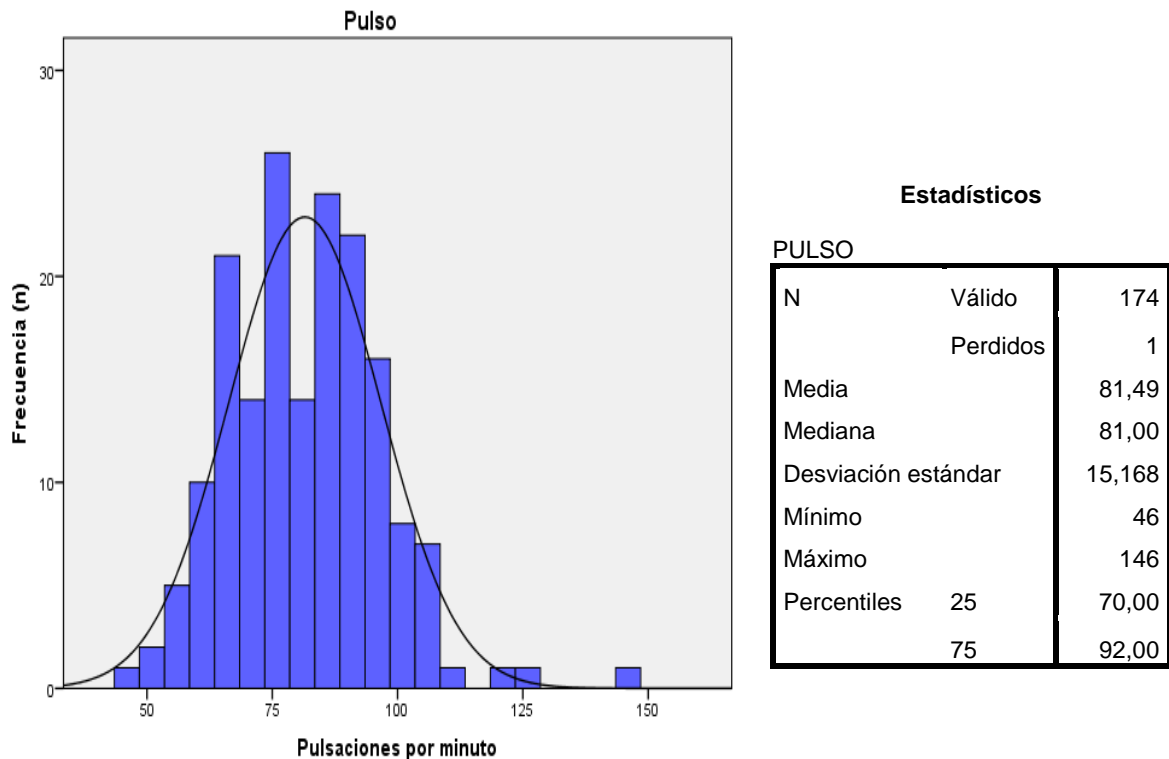
En el gráfico N° 6 se observa la distribución de los valores de temperatura de las personas mayores al momento del control de signos vitales en la atención de urgencia /emergencias en el SAPU Nueva Aurora, estos valores se concentran entre los 36 y 37° Celsius (°C), con una media y mediana de 36,5 ° Celsius. Con un valor mínimo de 36°C, y un valor máximo de 39° C. Se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan una temperatura dentro de los rangos normales, se encuentran afebriles.

Gráfico N ° 7: Distribución porcentual de los valores de Temperatura en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



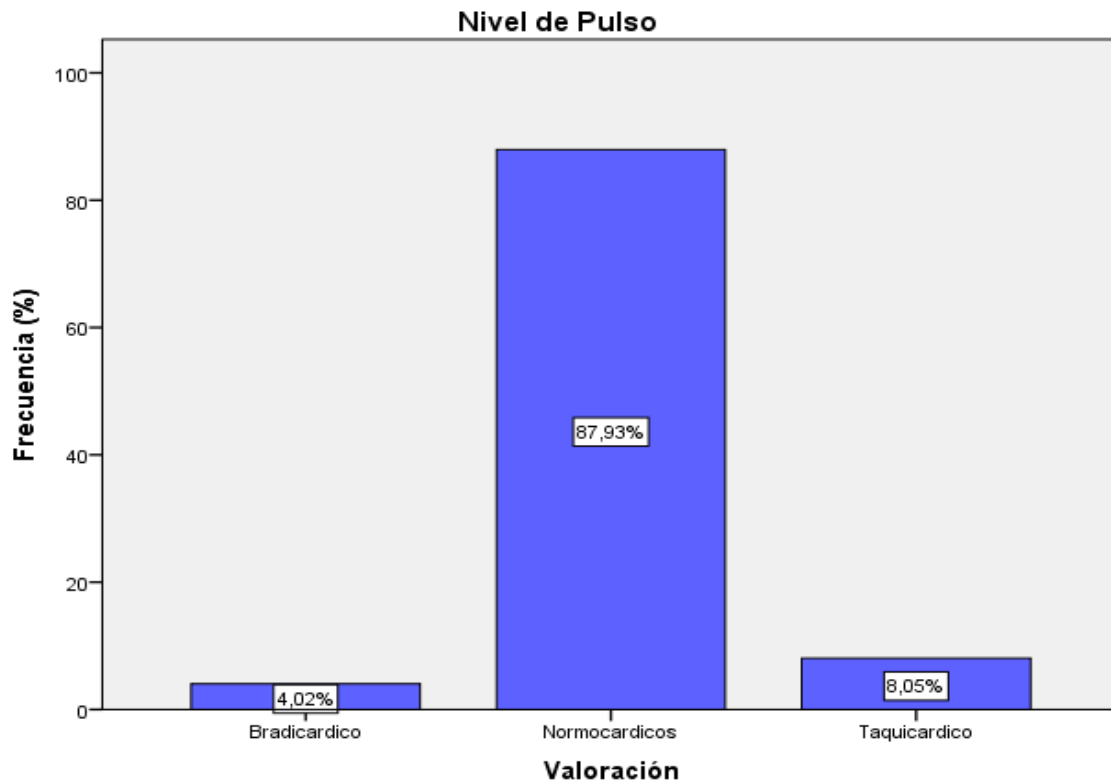
El gráfico N ° 7 representa la distribución porcentual del valor de la temperatura en los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora, el 88,3% se encuentran afebriles, el 7,6% subfebriles y el 4,06% febriles durante el control de la temperatura axilar. A pesar que las personas mayores consultan por un problema de salud en el SAPU, no se encuentra con dependencia la necesidad de mantener la temperatura corporal en un 88,3%

Gráfico N ° 8: Distribución numérica de los valores de pulso o frecuencia cardiaca en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



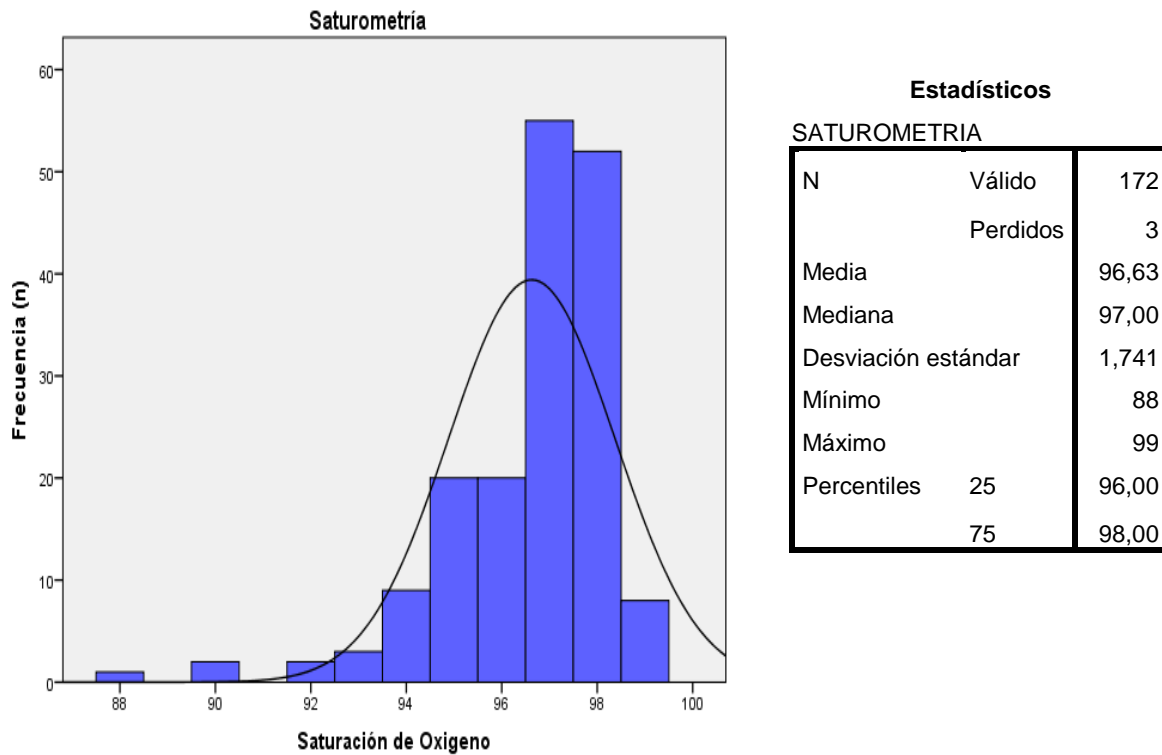
El gráfico N ° 8 muestra los valores del pulso de los adultos mayores al momento del control de signos vitales de ingreso, estos valores se concentran entre los 80 y 90 latidos por minuto, con una mediana de 81 latidos por minuto, con una DS (15,1). Con un valor mínimo de 46 latidos por minuto y un valor máximo de 146 latidos por minuto.

Gráfico N ° 9: Distribución porcentual de los valores de pulso o frecuencia cardiaca en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



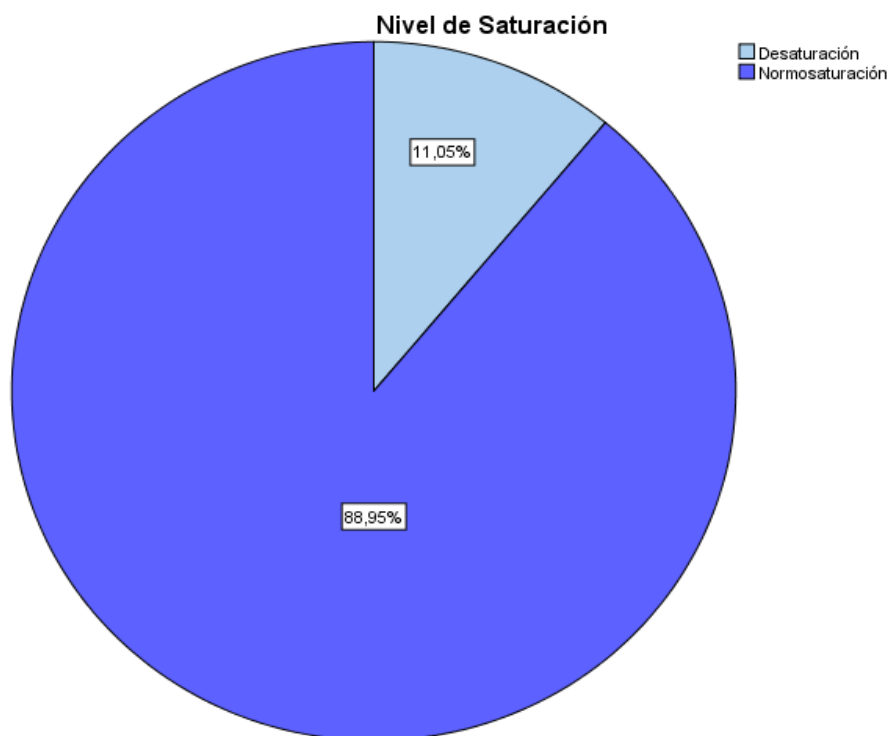
El gráfico N°9 muestra la distribución porcentual de los valores de frecuencia cardiaca o pulso de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora, el 4,0% se encuentran bradicárdicos, el 87,9% normocárdicos y el 8,0% taquicárdicos al momento de realizar el control de la frecuencia cardiaca. A pesar que los adultos mayores consultan por un problema de salud el mayor porcentaje de estos se encuentran con una frecuencia cardiaca dentro de los rangos normales.

Gráfico N ° 10: Distribución numérica de los valores de saturación de oxígeno en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



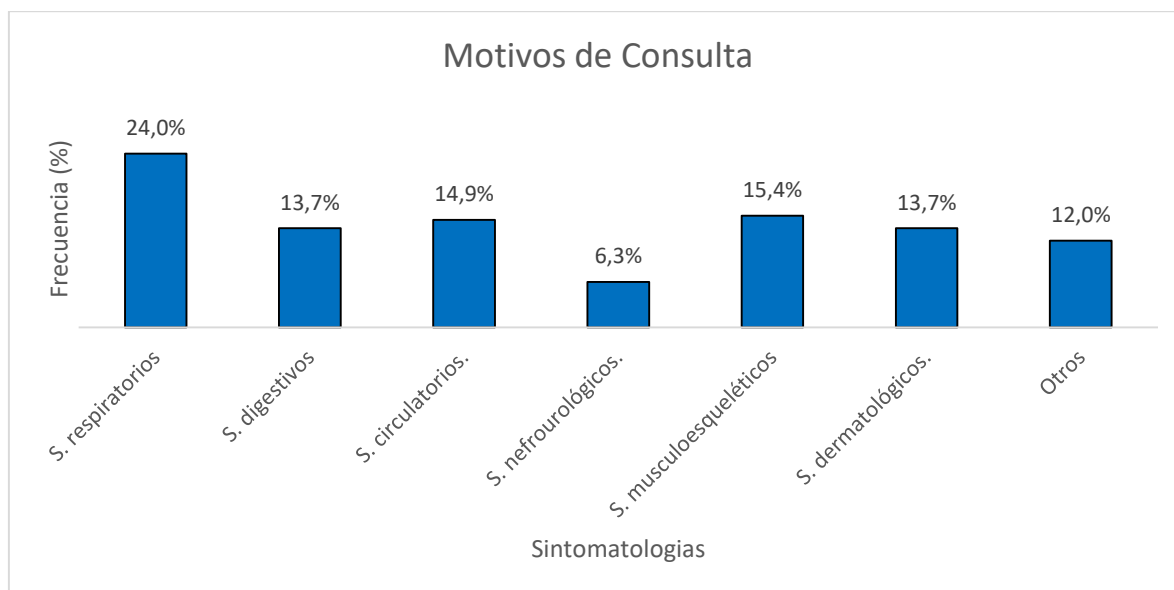
El gráfico N ° 10 representa los valores de saturación de oxígeno que presentan las personas mayores al momento del control de los signos vitales al ingreso, estos valores se concentran entre los 97 y 98 %, con una mediana de 97 % y una DS (1,7). Con un valor mínimo de 88 % y un valor máximo de 99 %.

Gráfico N ° 11: Distribución porcentual de los valores de saturación de oxígeno en el control de signos vitales de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



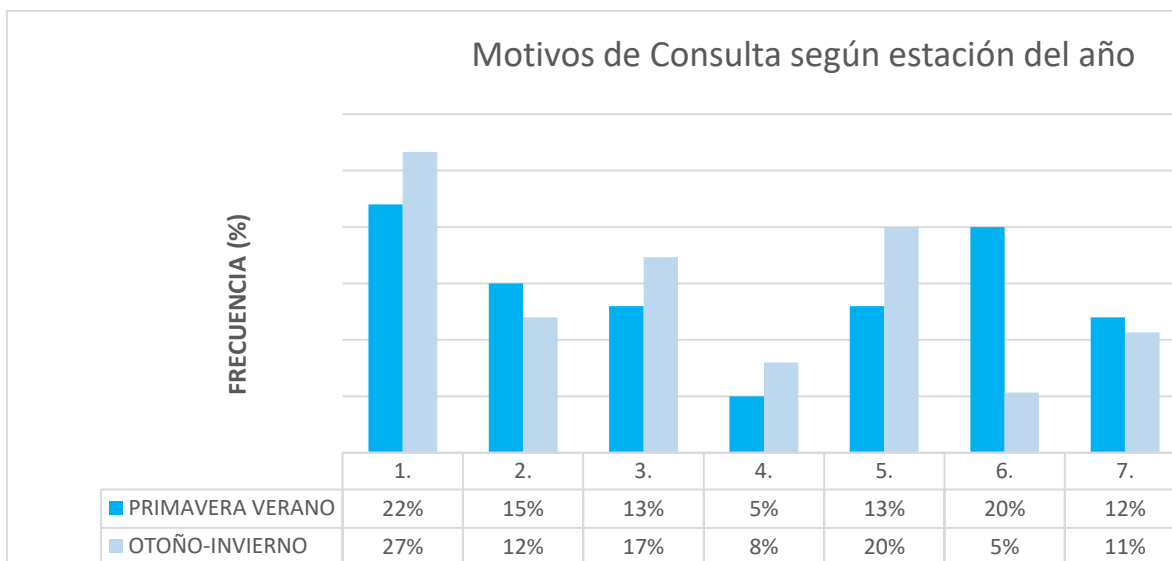
El gráfico N ° 11 representa la distribución porcentual de los valores de saturación de oxígeno de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora, el 89,9% se encuentra con una normosaturación y el 11,0% con desaturación al momento del control de la saturometría. A pesar que el mayor porcentaje de los adultos mayores consultan por síntomas respiratorios, la saturación de oxígeno se encuentra dentro de rangos normales (normosaturación).

Gráfico N ° 12: Distribución porcentual de los motivos de consulta de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



En el gráfico N°12 se observa que el mayor porcentaje de las atenciones de urgencia corresponden a motivos de consulta asociados a síntomas respiratorios con un 24%, seguido por los síntomas musculoesqueléticos con un 15,4%, los síntomas circulatorios 14,9%, los síntomas digestivos 13,7%, al igual que los motivos de consulta asociados a problemas dermatológicos en la persona mayor, 12% corresponde a otros síntomas de otros sistemas y el 6,3% a síntomas nefrourológicos.

Gráfico N ° 13: Distribución porcentual de los motivos de consulta de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora según estación del año Primavera – Verano y Otoño – Invierno



Motivo de Consulta
1. Síntomas respiratorios
2. Síntomas digestivos
3. Síntomas circulatorios
4. Síntomas nefrourológicos
5. Síntomas músculoesqueléticos
6. Síntomas dermatológicos
7. Otros síntomas

El gráfico N ° 13 representa la distribución porcentual de los motivos de consulta de las personas mayores según la estación del año. En la estación primavera – verano el mayor porcentaje lo alcanza los motivos de consulta por síntomas respiratorios con un 22%, al igual que en la estación de otoño – invierno donde alcanzan un 27%,

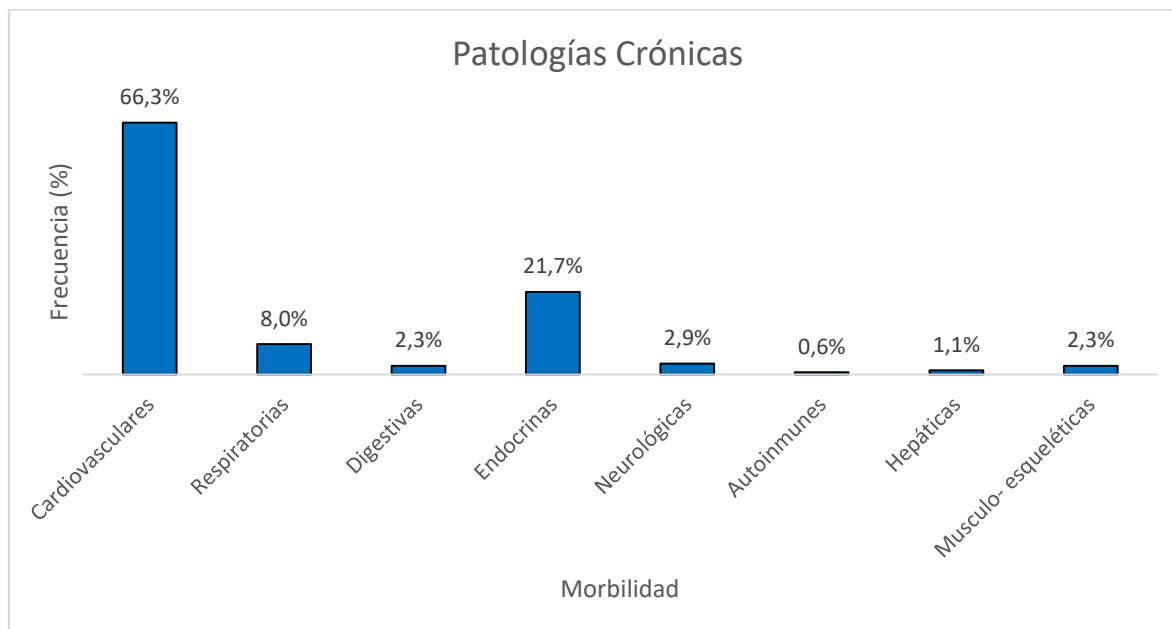
lo que concuerda con los problemas de salud más prevalentes de los adultos mayores en esta estación del año. Esto fundamenta que la necesidad de respirar normalmente es una de las necesidades con mayor dependencia en las personas mayores.

El segundo lugar lo ocupan los síntomas dermatológicos en la estación de primavera – verano con un 20%, los cuales son motivos de consulta habituales en esta estación, lo cual genera una dependencia de la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros en la persona mayor.

También se puede observar que un porcentaje considerable de adultos mayores consulta por síntomas músculo esqueléticos (20%) durante la estación de otoño – invierno, y como consecuencia genera dependencia en la necesidad de moverse y mantener posturas deseables.

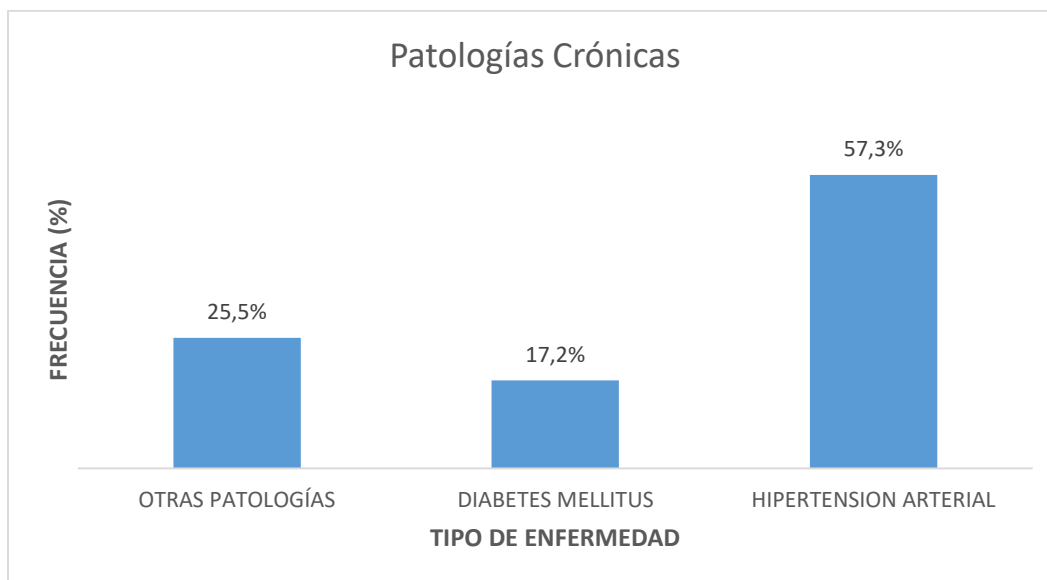
Los motivos de consulta que ocupan el tercer lugar corresponden a los síntomas digestivos en la estación de primavera - verano con un 15%, y estos corresponden a problemas de salud frecuentes en esta estación del año y producen dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente, también ocupan el tercer lugar los síntomas circulatorios 17 %, los cuales representan una dependencia en la necesidad de respirar normalmente y corresponden a motivos de consulta habituales de los adultos mayores que consultan en el SAPU ya que poseen patologías crónicas principalmente HTA.

Gráfico N° 14: Distribución porcentual de las patologías crónicas presentes en los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



El gráfico N° 14 nos muestra las patologías crónicas presentes en los adultos mayores, donde el 66,3% corresponde a patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial, arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva, el 21,7 % a patologías endocrinas como la diabetes mellitus, hipertiroidismo e hipotiroidismo, el 8,0 % a patologías respiratorias como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema pulmonar, el 2,9 % a patologías neurológicas como demencia senil, epilepsia y enfermedad de Parkinson, el 2,3% a patologías digestivas como reflujo gastroesofágico, también un 2,3% a patologías músculo – esqueléticas, un 1,1% a patologías hepáticas y el 0,6% a patologías autoinmunes como el Lupus.

Gráfico N° 15: Distribución porcentual de las patologías crónicas HTA, DM y otras patologías presentes en los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora

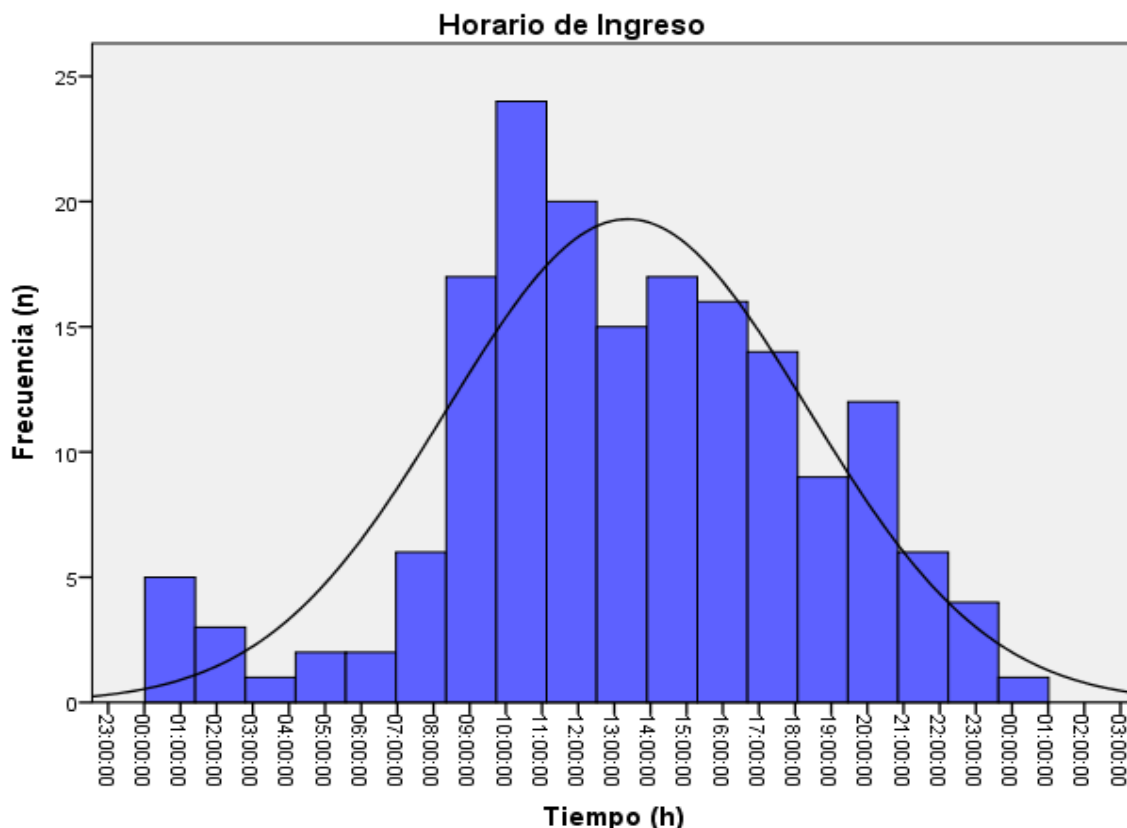


El gráfico N°15 representa las patologías crónicas que presentan los adultos mayores consultantes en el SAPU, el 57,3% a hipertensión arterial (HTA), el 25,5% a otras patologías y el 17,2% a diabetes mellitus (DM).

Como se observa en el gráfico N ° 14 las patologías crónicas más frecuentes corresponden a las circulatorias 66,3%, dentro de las cuales se encuentra la HTA.

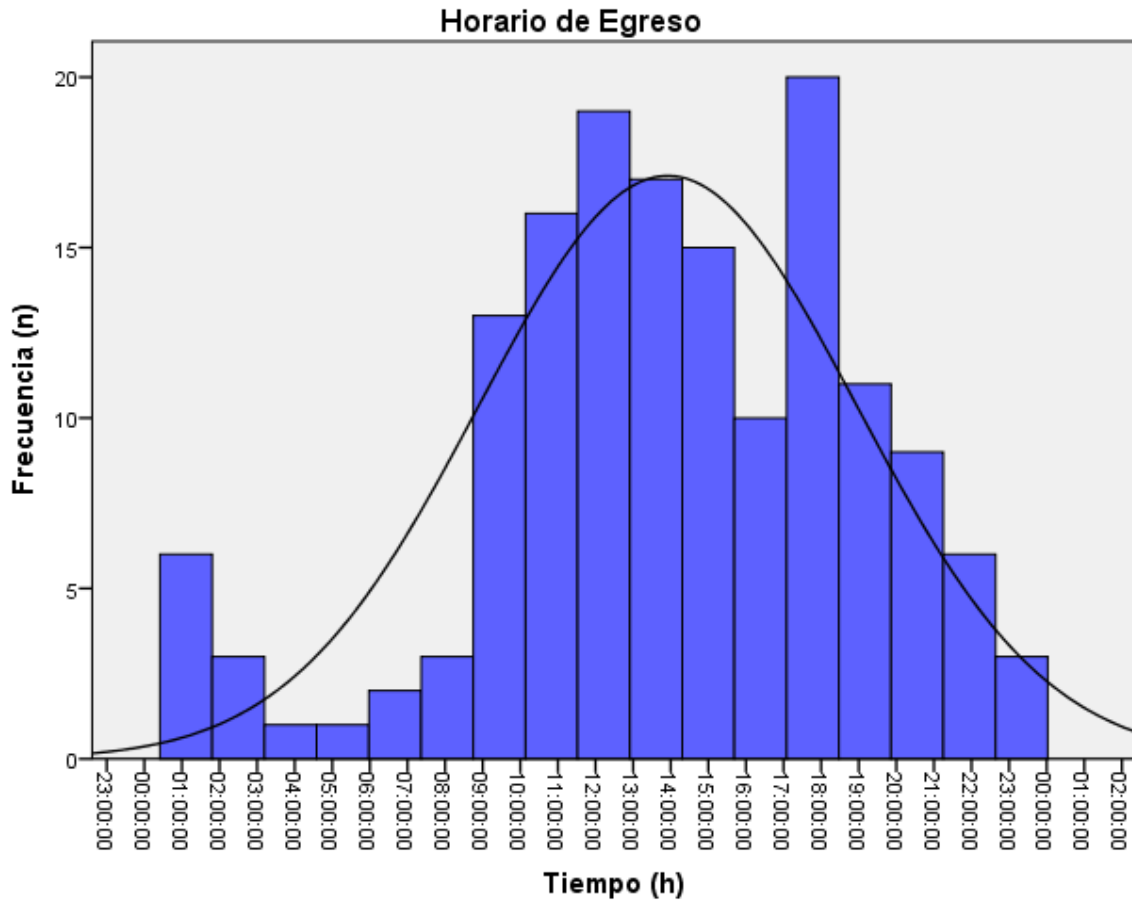
3.-CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN BRINDADA AL ADULTO MAYOR

Gráfico N° 16: Distribución numérica de las horas de ingreso a la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



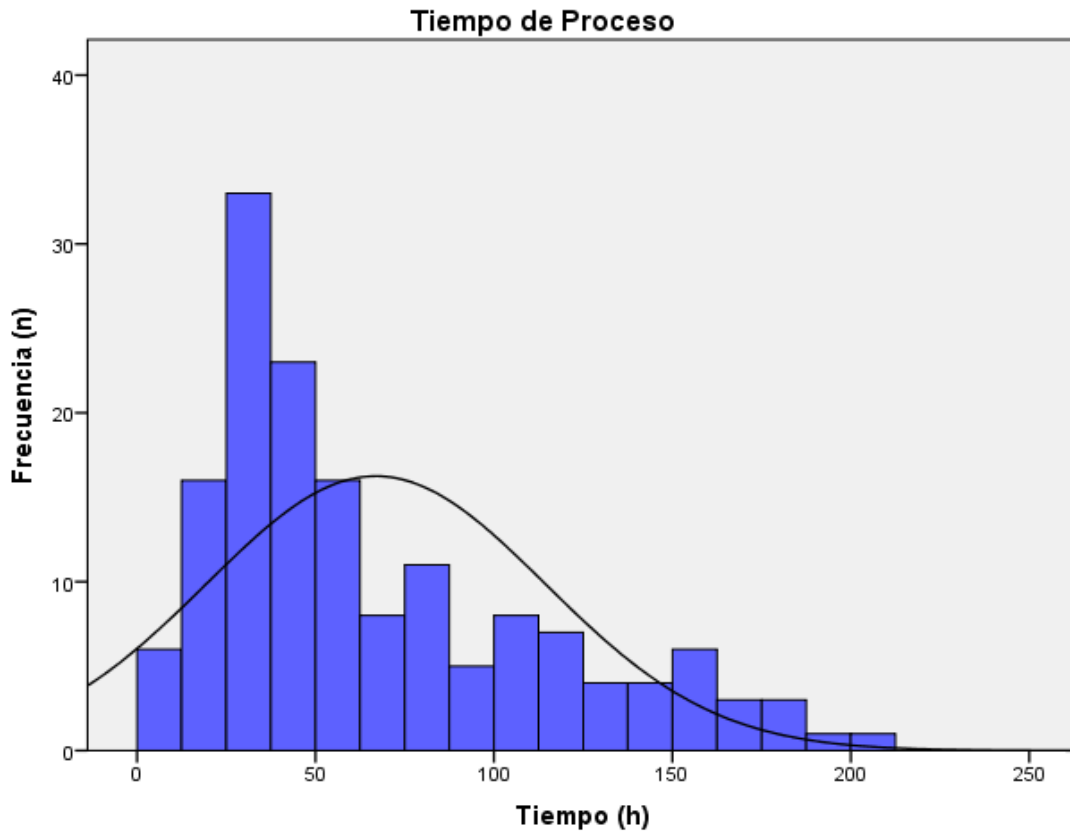
El gráfico N °16 muestra que la hora de ingreso en que se concentran la mayor cantidad de atenciones a los adultos mayores en el SAPU Nueva Aurora es entre las 9 y 18 horas, que corresponde al turno de día, con una mediana de las 13:19 horas y una media de las 13:21 horas (Ver tabla Anexa B). Estas atenciones disminuyen hacia el horario nocturno, se puede deducir que son consultas intencionadas y que les permiten a los adultos mayores una resolución rápida a sus problemas de salud.

Gráfico N° 17: Distribución numérica de las horas de egreso de la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



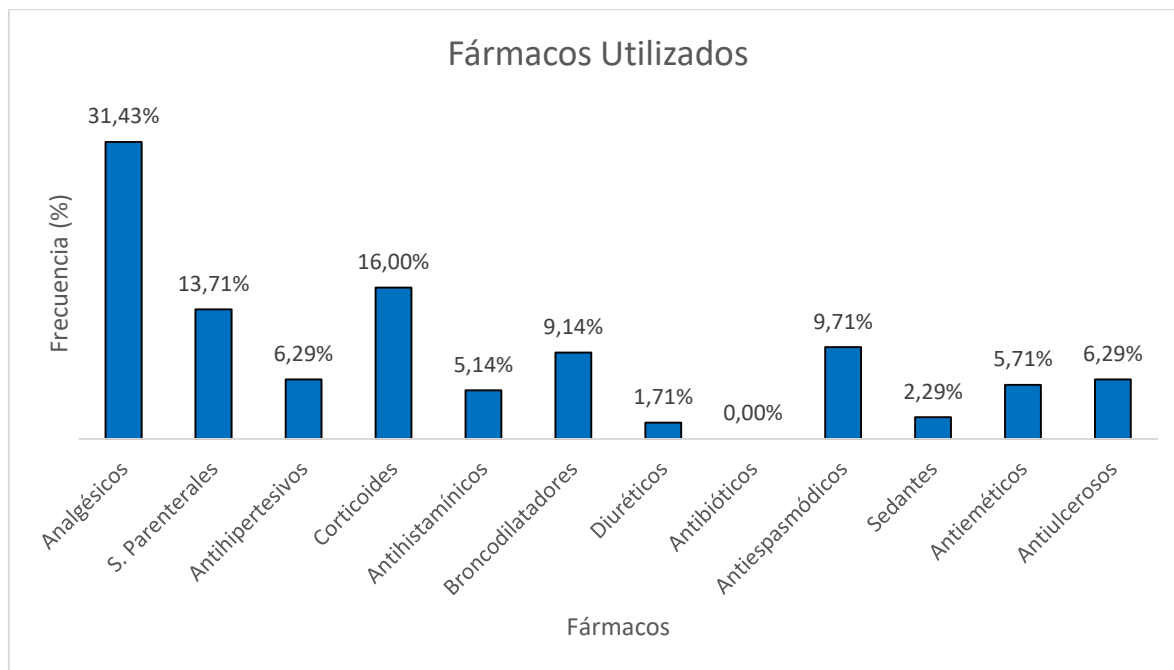
En relación al gráfico N° 17 la hora de egreso de las atenciones en los adultos mayores del SAPU Nueva Aurora, el mayor porcentaje se presenta entre las 9 y 18 horas. Se evidencia que la mayor cantidad de atenciones se realizan en horario diurno, con una mediana de las 13:50 horas (Ver tabla Anexa B).

Gráfico N° 18: Distribución numérica del tiempo del proceso de la atención de urgencia de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



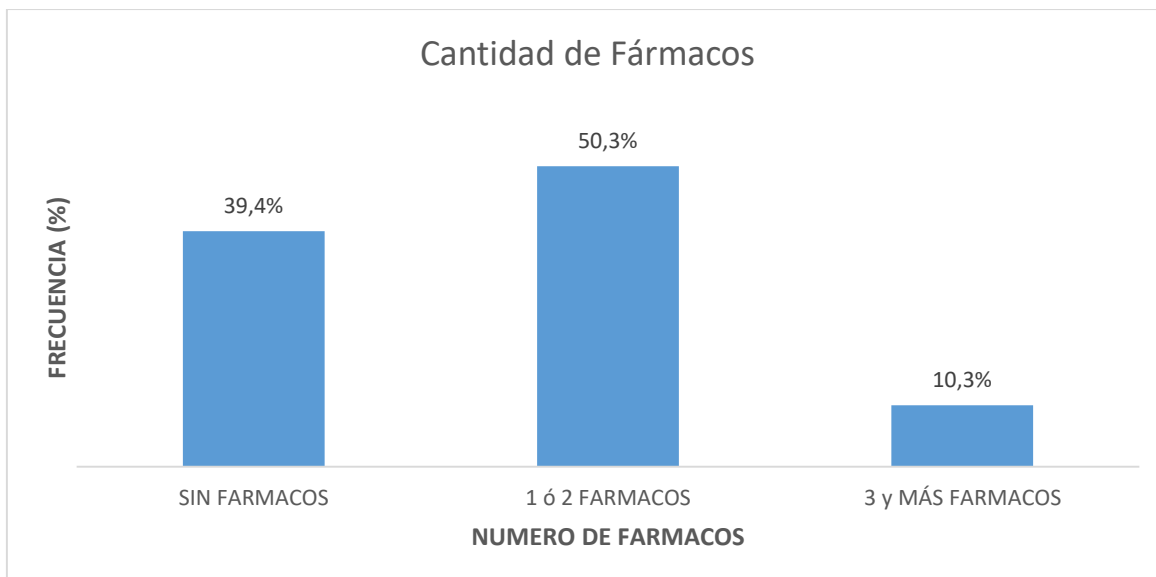
El gráfico N ° 18 nos muestra el intervalo de tiempo en el cual se resuelve la atención de la persona mayor en el SAPU Nueva Aurora, donde la mayoría de las atenciones son resueltas en un período de 50 minutos, con una mediana de 49 minutos (Ver tabla anexa B). Con un período mínimo de 6 minutos y un período máximo de 205 minutos. Se puede deducir que las consultas realizadas por los adultos mayores son de baja complejidad, por lo cual son resueltas en un corto período de tiempo.

Gráfico N° 19: Distribución porcentual del tipo de fármacos utilizados durante la atención de urgencias en el adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



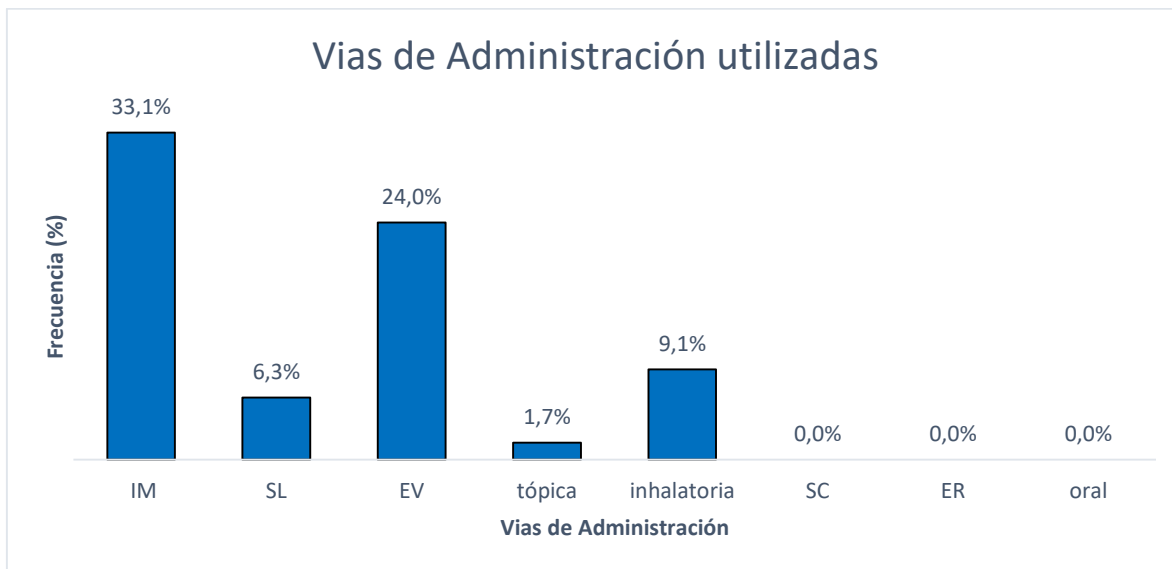
El gráfico N° 19, muestra los fármacos administrados durante la atención de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora, el 31,4% corresponde a analgésicos, 16% a corticoides, 13,7% a soluciones parenterales, 9,7% antiespasmódicos, 9,1% broncodilatadores, 6,2 % antihipertensivos, 6,2 % antiulcerosos ,5,7% antieméticos, 5,1% antihistamínicos, 2,2 % sedantes y el 1,7% a diuréticos. Los analgésicos que se utilizan con mayor frecuencia dan respuesta a la dependencia de la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros. En relación a los antihipertensivos se puede deducir que los adultos mayores durante la atención de urgencias se encontraban compensados en relación a patologías crónicas como la HTA. Los antiespasmódicos, antieméticos y antiulcerosos se utilizan para dar solución a la dependencia de la necesidad de comer y beber adecuadamente y los corticoides y broncodilatadores para la necesidad de respirar normalmente.

Gráfico N° 20: Distribución porcentual de la cantidad de fármacos utilizados en la atención de los adultos mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora



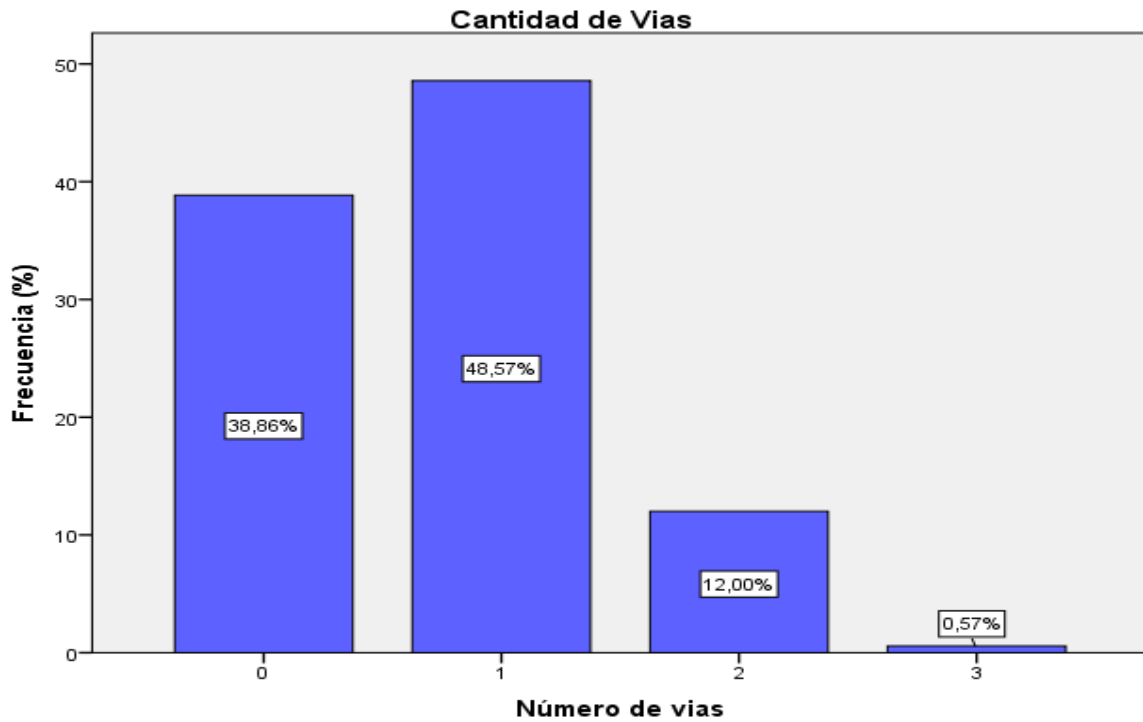
En el gráfico N°20 se observa la cantidad de fármacos utilizados durante la atención de las personas mayores consultantes en el SAPU Nueva Aurora, el 39,43% no recibió ningún fármaco durante la atención de urgencia, el 50,3% recibió entre 1 y 2 fármacos y el 10,3% 3 y más fármacos. Se deduce que la atención de urgencias es de baja complejidad ya que un porcentaje no despreciable de la población adulta mayor no recibe fármacos durante la atención como tratamiento a su problema de salud.

Gráfico N ° 21: Distribución porcentual de las vías de administración utilizadas para los fármacos durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



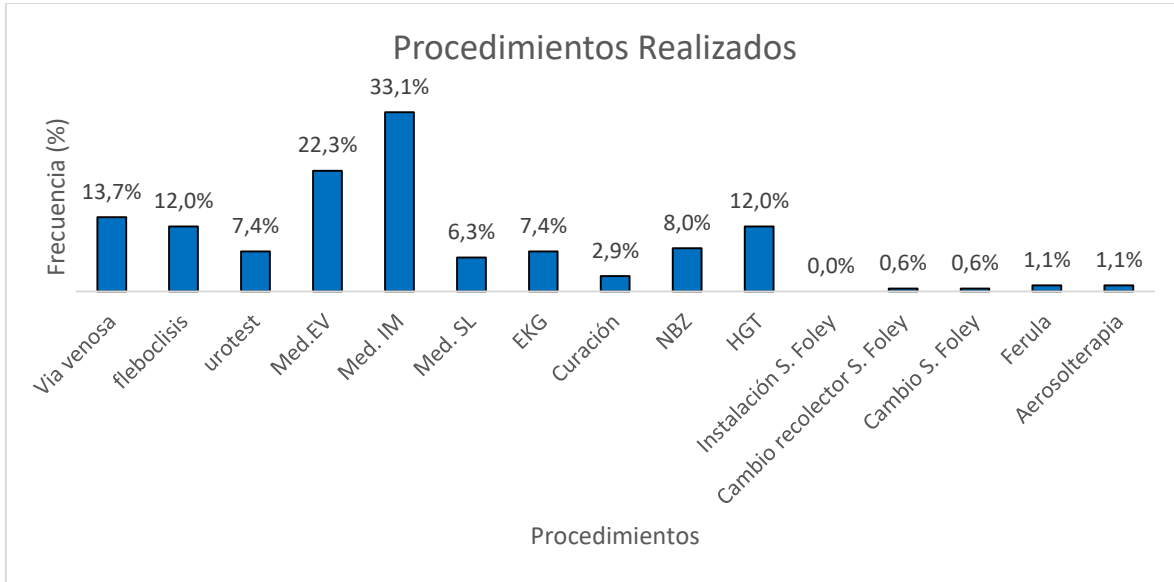
El gráfico N° 21 representa la distribución porcentual de las vías de administración utilizadas para la administración de fármacos según prescripción médica durante la atención de urgencia de los adultos mayores, el 33,1% corresponde a la vía de administración intramuscular (IM), seguido por el 24% que lo ocupa la vía endovenosa (EV), la vía de administración inhalatoria alcanza el 9,1% y la vía sublingual (SL) el 6,3%, las vías de administración subcutánea (SC), endorectal (ER) y oral no se utilizan durante la atención de la persona mayor. La principal vía de administración es la IM, por lo cual se deduce que corresponde a una consulta de baja complejidad de la persona mayor.

Gráfico N ° 22: Distribución porcentual del número de vías de administración utilizadas para los fármacos durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



En el gráfico N ° 22 se observa la cantidad de vías de administración de los fármacos utilizados durante la atención a la persona mayor en el SAPU Nueva Aurora, el 48,57% corresponde a una vía de administración, seguida por el 38,86% que representa que no se administran fármacos durante la atención de urgencias y corresponden a consultas de baja complejidad y en el 12% de utilizan 2 vías de administración y en el 0,57% 3 vías para administrar fármacos.

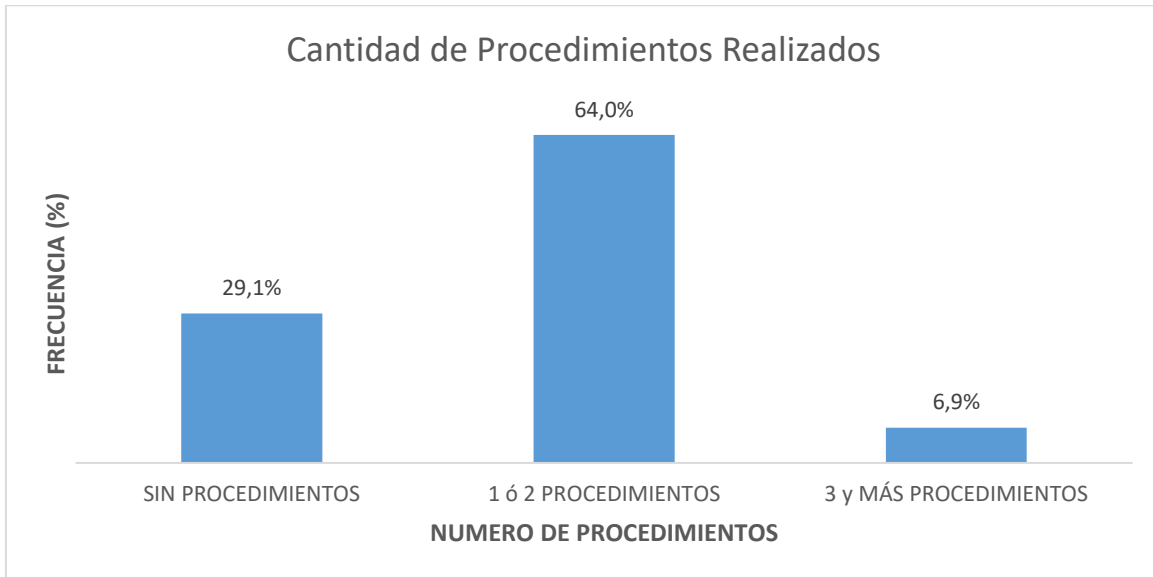
Gráfico N° 23: Distribución porcentual de los procedimientos realizados durante la atención de urgencias al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



En el gráfico N ° 23 observamos la distribución porcentual de los procedimientos realizados al adulto mayor durante la atención en el SAPU Nueva Aurora, los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia es la administración de medicamentos por vía intramuscular 33,1%, luego el 22,3 % corresponde a la administración de medicamentos por vía endovenosa y en tercer lugar la instalación de una vía venosa que corresponde al 13,7%.

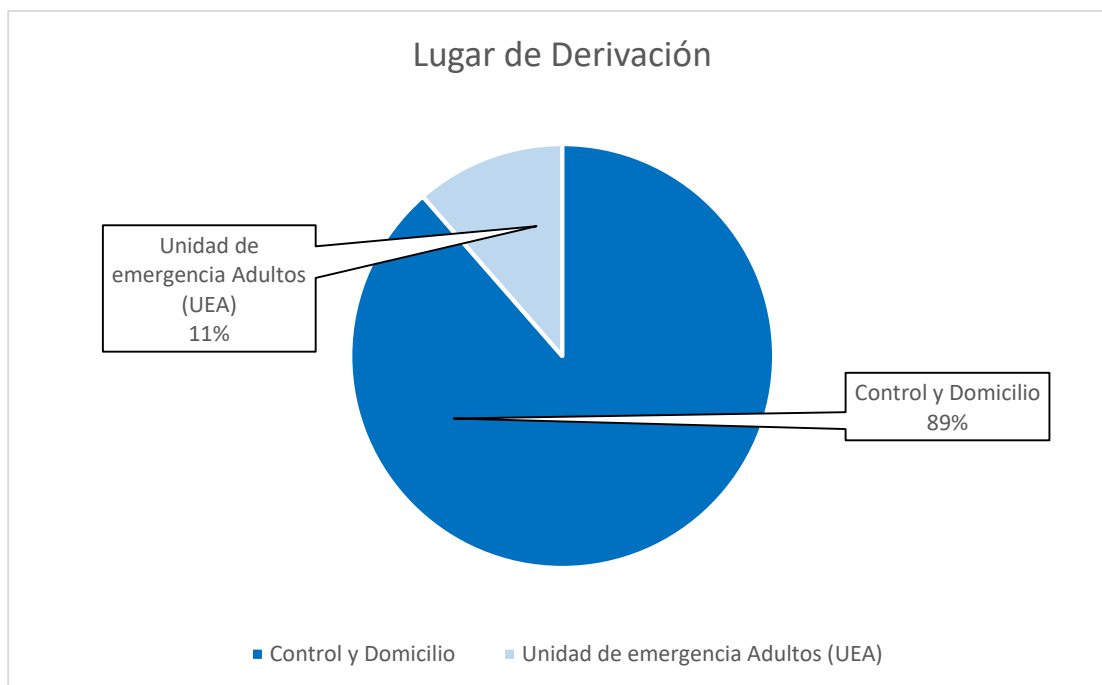
El 12% lo ocupa la instalación de fleboclisis y el hemoglucotest (HGT), 8% la nebulización (NBZ), el urotest y electrocardiograma (EKG) con 7,4% cada uno, la administración de medicamentos por vía sublingual (SL) 6,3%, curaciones 2,9%, la instalación de férulas y aerosolterapia 1,1% cada uno y el menor porcentaje lo ocupan el cambio de Sonda Foley y el cambio de recolector de esta, con un 0,6% cada procedimiento.

Gráfico N ° 24: Distribución porcentual del número de procedimientos realizados durante la atención al adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



En el gráfico N ° 24 se observa el número de procedimientos realizados al adulto mayor durante la atención de urgencias, en el 64 % se realizan entre 1 a 2 procedimientos, seguido por un 29,71% que evidencia que no se realizó ningún procedimiento durante la atención y en el 6,9% se realizaron 3 y más. Esto sustenta que las consultas de los adultos mayores son de baja complejidad y de rápida resolutivez.

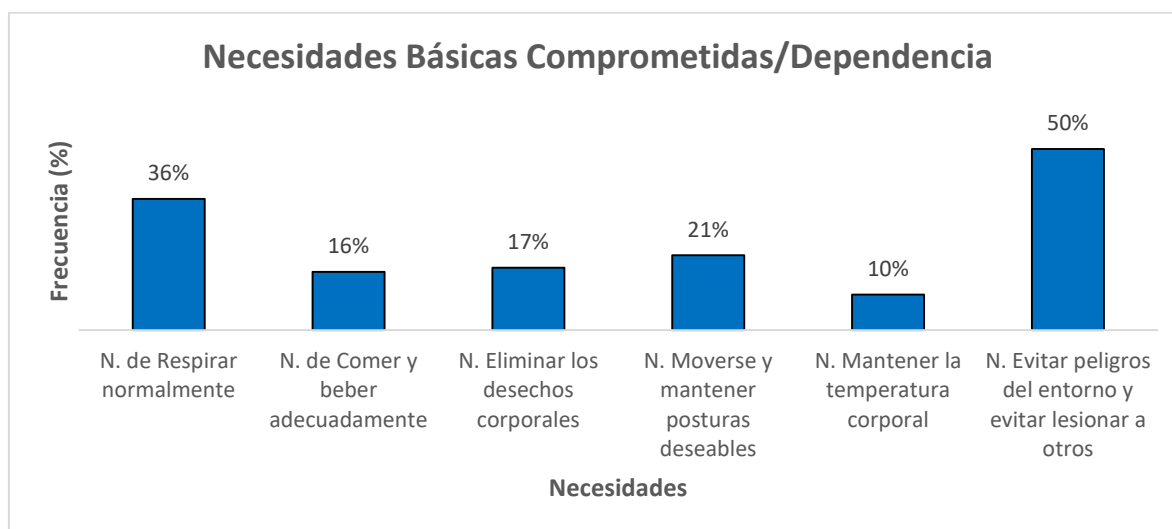
Gráfico N ° 25: Distribución porcentual de las consultas de los adultos mayores en el SAPU Nueva Aurora según lugar de derivación



El gráfico N ° 25 muestra los lugares de derivación de los adultos mayores tras la atención brindada en el SAPU Nueva Aurora, el mayor porcentaje se concentra en la derivación a su domicilio, con la indicación de control en el CESFAM posterior a la atención en el SAPU con un 89%. Sólo un 11% de las personas mayores atendidas fueron derivadas a la Unidad de Emergencia del Hospital Gustavo Fricke. Se deduce que el mayor porcentaje obedece a atenciones de baja complejidad que fueron derivadas al domicilio con control en el CESFAM, el 11 % correspondió a urgencias de mediana a alta complejidad las cuales fueron derivadas a la red de urgencias.

4.-NECESIDADES BÁSICAS COMPROMETIDAS O CON DEPENDENCIA EN EL ADULTO CONSULTANTE EN EL SAPU

Gráfico N° 26: Distribución porcentual de las necesidades básicas comprometidas o con dependencia en el adulto mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora

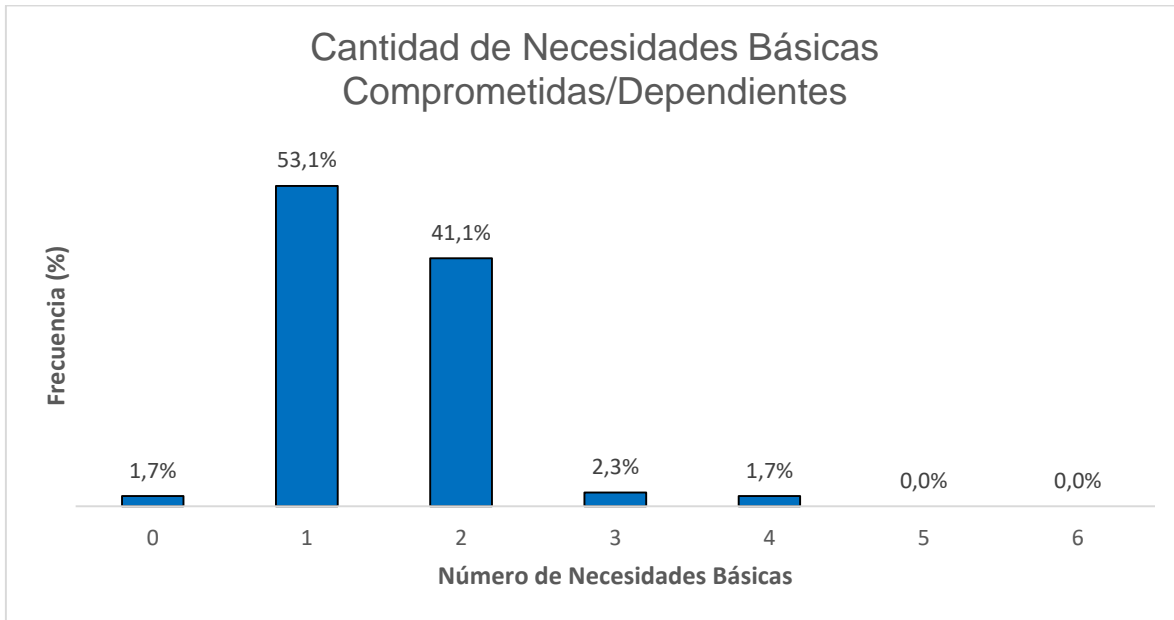


El gráfico N ° 26 muestra la distribución porcentual de las necesidades básicas comprometidas en la persona mayor durante la atención de urgencias/emergencias en el SAPU, observándose que la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros alcanza el 50 %, seguido por un 36% de la necesidad de respirar normalmente, 21% la necesidad de moverse y mantener posturas deseables, 17% necesidad de eliminar desechos corporales, 16% necesidad de comer y beber adecuadamente y un 10 % la necesidad de mantener la temperatura corporal.

La dependencia de la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros se atribuye cuando la persona mayor consulta por dolor por diferentes causas, síntomas dermatológicos, lesiones en la piel y caídas, la dependencia de la necesidad de respirar normalmente a la presencia de síntomas respiratorios, circulatorios y los valores de saturometría, presión arterial y frecuencia cardiaca,

los cuales pueden encontrarse dentro de los rangos normales o alterados. La necesidad de moverse y mantener posturas deseables se atribuye la dependencia a síntomas músculo esqueléticos y dismovilidad. La necesidad de eliminar desechos corporales se atribuye su dependencia a síntomas nefrourológicos, o síntomas en la eliminación fecal como diarrea y constipación. La dependencia de la necesidad de comer y beber adecuadamente se atribuye a síntomas digestivos, náuseas, vómitos, inapetencia y problemas de deglución. Y por último la necesidad de mantener la temperatura corporal su dependencia se atribuye a valores de la temperatura corporal los cuales pueden estar dentro de rangos normales o alterados.

Gráfico N ° 27: Distribución porcentual de la cantidad de necesidades básicas comprometidas o dependientes durante la atención del adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora



El gráfico N ° 27 muestra la distribución porcentual de la cantidad de necesidades comprometidas o con dependencia en la persona mayor identificadas durante la atención en el SAPU, el 1,7% de las personas mayores no tiene dependencia de sus necesidades, el 53,1% tiene una necesidad con dependencia, el 41,1% dos necesidades con dependencia, 2,3 % tres necesidades con dependencia y el 1,7% cuatro necesidades dependientes. Se deduce que la dependencia de más de una necesidad básica se produce ya que, las necesidades son interdependientes, una necesidad puede comprometer a otra.

Tabla cruzada con las necesidades básicas con dependencia en el adulto mayor que consulta en el SAPU Nueva Aurora

	N. Respirar Normalmente	N. Comer y beber adecuadamente	N. Eliminar desechos corporales	N. Moverse y mantener posturas adecuadas	N. Mantener la temperatura corporal	N. Evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros
N. Respirar Normalmente	54			1	7	7
N. Comer y beber adecuadamente		26	21		4	16
N. Eliminar desechos corporales			15		2	9
N. Moverse y mantener posturas adecuadas				37		32
N. Mantener la temperatura corporal					4	1
N. Evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros						34

La tabla anterior representa las necesidades básicas comprometidas en la persona mayor. Podemos observar que puede existir más de una necesidad con dependencia, la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, es la necesidad que presenta mayor porcentaje de dependencia, ya que puede estar comprometida con otras necesidades, en la tabla cruzada se detalla que en 34 adultos mayores (AMs) está comprometida solamente esta necesidad, 1 adulto mayor tiene comprometida a su vez la necesidad de mantener la temperatura corporal, 32 AMs tienen dependencia en la necesidad de evitar peligros del entorno

y evitar lesionar a otros y la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, 9 AMs tienen dependencia en la necesidad mencionada y la necesidad de eliminar desechos corporales, 16 AMs a su vez con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente y la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros y 7 AMs con compromiso en la necesidad de respirar normalmente y de evitar peligros del entorno.

La segunda necesidad básica que se encuentra con mayor dependencia en la población adulta mayor que consulta en el SAPU Nueva Aurora, es la necesidad de respirar normalmente, donde 54 AMs tienen comprometida solamente esta necesidad, 1 AM tiene también comprometida la necesidad de moverse y mantener posturas deseables y la necesidad de respirar normalmente, 7 AMs tienen con dependencia la necesidad de mantener la temperatura corporal y de respirar normalmente y también 7 AMs con dependencia en la necesidad de evitar peligros del entorno y respirar normalmente.

En tercer lugar, se encuentra la necesidad de moverse y mantener posturas deseables donde 37 AMs tienen dependencia en esta necesidad básica, también 32 AMs tienen dependencia a la vez en la necesidad de evitar peligros del entorno y la necesidad de moverse.

Se puede deducir que las necesidades básicas tienen una interdependencia al comprometerse una se puede comprometer otra/s necesidades al mismo tiempo.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

El envejecimiento poblacional que se está viviendo a nivel mundial, en Latinoamérica y Chile, sustenta la caracterización de los usuarios beneficiarios que utilizan los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Pública.

Este envejecimiento poblacional conlleva una transición epidemiológica y demográfica propias de este proceso. Ante esta situación las personas mayores, presentan problemas de salud que los hacen consultar en la red de urgencia, uno de estos establecimientos pertenecientes a la red lo constituyen los Servicios de Atención Primaria de urgencias, los cuales entregan una capacidad resolutive de baja complejidad.

El perfil sociodemográfico y de salud de la persona mayor que consulta en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Nueva Aurora, se caracteriza por adultos mayores con edades que se concentran entre los 60 y 80 años, con una media y mediana de 74 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 97 años, que concuerda con el escenario nacional del envejecimiento poblacional y estudios realizados (40), según estadísticas entregadas por el SAPU el 18, 1 % del total de atenciones otorgadas a la población beneficiaria corresponden a adultos mayores, ya que la región de Valparaíso es una de las regiones con mayores índices de adultos mayores según su número de habitantes (17, 18).

El mayor porcentaje de la población adulta mayor consultante en el SAPU, corresponde al sexo femenino con un 62,64%, que concuerda con la realidad país e investigaciones realizadas (13,14,32,33,38,39,40) y el 37, 36% corresponde al sexo masculino, esto ocurre ya que las mujeres tienen mayor tasa de supervivencia que los hombres y están más involucradas en su autocuidado, lo que conlleva realizar una mayor cantidad de consultas y policonsultas.

En relación al sector de residencia de los adultos mayores que consultan en el SAPU, corresponden al sector de Nueva Aurora y Agua Santa (67%) y a otros sectores de residencia (33%), esta situación concuerda con otros estudios a nivel

nacional e internacional (32,33,38,39,40). Esto se relaciona a que la mayor demanda de consultas en el SAPU la realizan adultos mayores que residen en sectores cercanos, permitiéndoles un acceso más expedito y una mayor resolutivez a su problema de salud. Esto puede influir en que el AM consulte repetidamente promoviendo la policonsulta.

Otra característica del perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores que consultan en el SAPU, es la previsión de salud, el 99 % se encuentra afiliado a FONASA y el 1% a otra previsión, esto concuerda con la realidad del país, en donde en las personas de 60 y más años se concentra la mayor cantidad de afiliados al sistema de salud público y con una mayor proporción de mujeres afiliadas (13- 14). En relación al perfil de salud de la persona mayor, los parámetros vitales de presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno durante la atención de urgencia/emergencia, estos se encuentran en mayor proporción dentro de rangos normales, a pesar que los AM padecen patologías crónicas y/o un problema de salud agudo. El 52,6% de los adultos mayores se encuentran normotensos y el 47,4% hipertensos, con una temperatura corporal con valores entre 36 y 37 °C, con una mediana y media de 36,5°C, el 88,3% se encuentran afebriles, el 7,6% subfebriles y el 4,06% febriles durante el control de la temperatura axilar. Los valores de frecuencia cardíaca se concentran entre los 80 y 90 latidos por minuto, con una mediana de 81 latidos por minuto, el 4,0% de los adultos mayores se encuentran bradicárdicos, el 87,9% normocárdicos y el 8,0% taquicárdicos. La saturación de oxígeno se concentra en valores entre los 97 y 98 %, con una mediana de 97 %, el 89,9% de la población adulta mayor se encuentra con una normosaturación y el 11,0% con desaturación al momento del control de la saturometría. Esta situación es similar en el estudio realizado por Novelli (32).

Los motivos de consulta más frecuentes en el adulto mayor que acude al SAPU Nueva Aurora, corresponden a síntomas respiratorios con un 24%, seguido por los síntomas musculoesqueléticos con un 15,4%, los síntomas circulatorios 14,9%, los síntomas digestivos 13,7%, al igual que los motivos de consulta asociados a problemas dermatológicos en la persona mayor, 12% corresponde a otros síntomas de otros sistemas y el 6,3% a síntomas nefrourológicos. Este escenario concuerda

con la encuesta de calidad de vida en la vejez y otras investigaciones (5, 32, 33, 35, 38,39,40). Los principales motivos de consulta por síntomas respiratorios, músculoesqueléticos y circulatorios se atribuyen a patologías crónicas que portan los adultos mayores. En relación a la estación del año donde se presentaron con mayor frecuencia consultas por síntomas respiratorios incluye primavera – verano con un 22 % y el 27 % en otoño – invierno. En otoño – invierno aumentan las consultas debido a un incremento de la prevalencia de enfermedades respiratorias en esa estación.

Durante la primavera - verano hay un aumento en la frecuencia en las consultas por síntomas digestivos y dermatológicos, las cuales corresponden a problemas de salud más prevalentes en esa época del año.

En el otoño – invierno las consultas de los AMs por síntomas respiratorios, circulatorios y músculoesqueléticos aumentan en número. Esta situación es diferente en el estudio de Novelli, donde no hubo una gran diferencia en los motivos de consulta según la estación del año (32).

La población adulta mayor que consulta en el SAPU se caracteriza por presentar pluripatologías, ya que padece de patologías crónicas como las cardiovasculares con un 66,3 %, donde la HTA alcanza un 57,3 %, un 21,7% corresponde a patologías endocrinas y dentro de estas la DM con un 17,2 %. El 25,5% restante corresponde a otras patologías crónicas como las respiratorias, digestivas, neurológicas, autoinmunes, hepáticas y musculoesqueléticas. Este perfil es similar al descrito en la encuesta de calidad de vida y en algunas investigaciones (5, 39,40). Otro aspecto a considerar son las características de la atención brindada al adulto mayor que consulta en el SAPU, en relación a los horarios de atención, tanto el horario de ingreso y egreso de la atención de urgencias, estos se concentran en el horario diurno entre las 9 y 18 horas ya que el SAPU Nueva Aurora funciona durante las 24 horas del día y coincide con el horario de atención del CESFAM, con una consulta intencionada, especialmente de adultos mayores del sexo femenino, buscando una atención resolutive en relación a su problema de salud, coincide con la realidad de otros estudios (32, 33, 38,39,40). El período de tiempo que es resuelta la atención de urgencias/emergencias en la persona mayor es de 50 minutos, con

una mediana de 49 minutos lo que evidencia que son consultas de baja complejidad y que son resueltas de forma rápida en un corto período de tiempo.

Para resolver los problemas de salud de la población adulta mayor consultante en el SAPU Nueva Aurora, se realizan algunos procedimientos de enfermería, los cuales dependen del motivo de consulta, diagnóstico médico y complejidad.

Dentro de los procedimientos realizados se realiza la administración de fármacos por diferentes vías, los fármacos más utilizados son los analgésicos 31,43 % que dan respuesta a motivos de consulta de dolor por diferentes causas y a la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros que es la necesidad básica que presenta el mayor porcentaje de dependencia (50 %) en los AMs que consultan en el SAPU, los broncodilatadores 9,14 % y corticoides 16% dan respuesta a la necesidad de respirar normalmente que se encuentra comprometida y esta ocupa el segundo lugar de dependencia (36%), los analgésicos y corticoides también son utilizados como tratamiento a problemas de salud que comprometen la necesidad de moverse y mantener posturas deseables que se encuentra en el tercer lugar con un 21 % de dependencia. Los antiespasmódicos, antiulcerosos y antieméticos se utilizan para la necesidad de comer y beber adecuadamente que se encuentra alterada 16 %, las soluciones parenterales y diuréticos como tratamiento a la necesidad de eliminar los desechos corporales con un 17 % de dependencia. Los antihipertensivos fueron utilizados sólo en un 6,29 %, se puede deducir que los adultos mayores durante la atención de urgencias se encontraban compensados en relación a patologías crónicas como la HTA. La cantidad de fármacos utilizados durante la atención de la población adulta mayor, el 50,3 % recibió uno o dos fármacos, el 10,3 % tres y más fármacos, el 39,4 % no recibió ningún fármaco como tratamiento lo que evidencia consultas de baja complejidad (24, 38).

La administración de los fármacos se realiza a través de diferentes vías, el 33,1% corresponde a la vía de administración intramuscular (IM), seguido por el 24% que lo ocupa la vía endovenosa (EV) y la vía de administración inhalatoria alcanza el 9,1%, atribuyéndose al tratamiento prescrito para los principales motivos de consulta: síntomas respiratorios, digestivos y circulatorios. La vía de administración más utilizada es la intramuscular, lo que contribuye a que la atención de urgencia

sea rápida y resolutive, a su vez se evidencia una baja complejidad en las atenciones de urgencia, las cuales son resueltas en un SAPU. Cabe destacar que, durante la atención de urgencia, en el 38,8% de los adultos mayores no se utiliza una vía de administración, es decir, no se administran medicamentos, en el 48,5% de las atenciones de urgencia se utiliza sólo una vía de administración para los fármacos prescritos, 12% dos vías de administración y en un 0,57% tres vías. Esto concuerda con algunos estudios realizados (32, 38).

Los procedimientos de enfermería realizados durante la atención a los AMs, van a depender también del motivo de consulta, diagnóstico médico y complejidad del problema de salud, los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia es la administración de medicamentos por vía intramuscular 33,1%, luego el 22,3 % corresponde a la administración de medicamentos por vía endovenosa y en tercer lugar la instalación de una vía venosa que corresponde al 13,7%. Ya que las consultas son de baja complejidad el resto de los procedimientos como HGT, EKG, aerosolterapia, etc. se realizan en un bajo porcentaje, esta situación concuerda con estudios relacionados (32,38). En el 64 % se realizan entre 1 a 2 procedimientos, seguido por un 29,71% que evidencia que no se realizó ningún procedimiento durante la atención y en el 6,9% se realizaron 3 y más. Esto sustenta que las consultas de los adultos mayores son de baja complejidad y de rápida resolutive. Estos procedimientos de baja complejidad son los realizados durante la atención de urgencia/emergencia en el SAPU cuyos objetivos son recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de los adultos mayores consultantes, y dan respuesta a los motivos de consulta más frecuentes de la persona mayor en el SAPU Nueva Aurora: síntomas respiratorios, digestivos, circulatorios y problemas de salud derivados del envejecimiento (1- 5 – 8- 23- 24).

Los lugares de derivación de los adultos mayores tras la atención brindada en el SAPU, el mayor porcentaje se concentra en la derivación a su domicilio, con la indicación de control en el CESFAM posterior a la atención con un 89%, sólo un 11% de las personas mayores atendidas fueron derivadas a la Unidad de Emergencia del Hospital Gustavo Fricke, ya que presentaban una situación de salud de mayor complejidad (24- 25).

Al analizar los datos relacionados con los motivos de consulta, síntomas y valor de signos vitales se identificaron necesidades básicas con dependencia, observándose que la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros alcanza el 50 %, seguido por un 36% de la necesidad de respirar normalmente, 21% la necesidad de moverse y mantener posturas deseables, 17% necesidad de eliminar desechos corporales, 16% necesidad de comer y beber adecuadamente y un 10 % la necesidad de mantener la temperatura corporal.

No es de extrañar que la alta frecuencia de dependencia de la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, ya que Virginia Henderson considera en esta necesidad factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, dentro de los cuales se encuentra el dolor (45). En la adultez mayor el dolor crónico tiene una alta incidencia ya sea por patologías osteoarticulares o músculoesqueléticas que son propias del envejecimiento.

La necesidad de respirar normalmente, la cual tiene una dependencia del 36% en los AMs, se le atribuyen los motivos de consulta relacionados con los síntomas respiratorios y circulatorios y valores de los signos vitales alterados como la frecuencia cardíaca, presión arterial y saturometría, a su vez unos de los principales motivos de consulta en el SAPU corresponden a síntomas respiratorios y circulatorios de patologías crónicas descompensadas, lo cual genera la dependencia en esta necesidad.

La necesidad de moverse y mantener posturas deseables con un 21 % de dependencia, como consecuencia de problemas de salud derivados de síntomas que alteran el sistema músculoesquelético. Según Henderson esta necesidad está condicionada por aspectos biológicos como la edad, crecimiento y constitución física, en la persona mayor producto de cambios propios del envejecimiento como son la presencia de patologías músculoesqueléticas (45).

La necesidad de eliminar desechos corporales con un 17 % de dependencia, se le asocian los motivos de consultas por síntomas nefrourológicos y alteraciones en la eliminación urinaria o fecal. En la etapa de adulto mayor esta necesidad puede estar comprometida según Henderson por cambios propios del envejecimiento o algún

problema agudo de salud y el AM puede presentar retención urinaria, diarrea o constipación.

El 16% de dependencia de la necesidad de comer y beber adecuadamente es a causa de los síntomas del aparato digestivo. Henderson considera que esta necesidad puede estar comprometida por cambios propios del envejecimiento como son la inapetencia, problemas en la deglución, problemas en la alimentación y masticación por el uso de prótesis. En el caso de los AMs con dependencia en esta necesidad, consultaron por síntomas digestivos como náuseas, vómitos, inapetencia y problemas en la deglución (45).

Y la necesidad de mantener la temperatura corporal, también es una necesidad que se compromete por la interdependencia con las otras necesidades básicas, alcanza un 10 % de dependencia. Esta necesidad también se puede ver comprometida por cambios propios del envejecimiento, en esta necesidad se consideraron los valores de la temperatura axilar durante el control de signos vitales para determinar si estaba con dependencia o independencia (45).

En algunas circunstancias una necesidad con dependencia puede comprometer a otra necesidad básica, en la población adulta mayor que consulta en el SAPU, el 1,7% de las personas mayores no tiene dependencia de sus necesidades, el 53,1% tiene una necesidad con dependencia, el 41,1% dos necesidades con dependencia, 2,3 % tres necesidades con dependencia y el 1,7% cuatro necesidades dependientes. Se deduce que la dependencia de más de una necesidad básica se produce ya que, las necesidades son interdependientes.

El concepto de dependencia es relevante para el profesional de enfermería que está a cargo de los cuidados de la persona mayor consultante en el SAPU, ya que normalmente la persona satisface estas necesidades por sí misma cuando tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen problemas de salud (dependiente).

Al identificar necesidades básicas que se encuentren con dependencia a través de la valoración de enfermería basada en el modelo de Henderson, en estas circunstancias el enfermero/a tiene que ayudar o suplir a la persona de forma que

sus necesidades sean cubiertas, para poder planificar cuidados al alta, ya que el mayor porcentaje de las atenciones otorgadas al adulto mayor son de baja complejidad y son derivados a su domicilio.

5.11 Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones que presentó este estudio fue durante el período de la recolección de los datos, debido a que hubo extravío de las fichas de los meses de Enero, Abril, Mayo, Noviembre y Diciembre. Por lo cual la muestra se limitó a los meses restantes, se revisó un total de 175 FAP, correspondientes a los meses de Febrero, Marzo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre.

5.2 Conclusiones

En este estudio se concluye que las cualidades del perfil sociodemográfico de los adultos mayores que consultan en el SAPU Nueva Aurora es el siguiente: que la edad promedio de la población adulta mayor consultante es de 74 años, principalmente de sexo femenino (62,64%), beneficiarios del sistema de salud público FONASA (99%) y pertenecientes mayoritariamente al sector geográfico de residencia de Nueva Aurora - Agua Santa (67%).

El perfil de salud se caracteriza por personas mayores que durante el control de signos vitales se encuentran mayoritariamente normotensos (52,6%), afebriles (88,3%), normocárdicos (88,9%) y con una normosaturación (88,9%), a pesar de ser portadores de patologías crónicas y presentar un problema de salud al momento de consultar en el SAPU.

La población adulta mayor beneficiaria del SAPU consulta principalmente por síntomas respiratorios 24%, síntomas musculoesqueléticos 15,4% y síntomas circulatorios 14,9%, los cuales constituyen los tres primeros motivos de consulta. En la estación del año de Primavera – Verano las principales consultas son por síntomas respiratorios (22%), síntomas dermatológicos (20%) y síntomas digestivos

(15%) y en el Otoño – Invierno síntomas respiratorios (27%), síntomas músculoesqueléticos (20%) y síntomas circulatorios (17%).

Las principales patologías crónicas concomitantes que presenta la población adulta mayor son la HTA (57,3 %), DM (17,2%) y otras patologías (25,5%).

En relación a las características de la atención brindada a la persona mayor, corresponde a una atención de baja complejidad, en horario diurno, a pesar que el SAPU tiene un horario de atención de 24 horas, con un tiempo promedio de 50 minutos, las principales vías de administración de fármacos corresponden a la vía IM (33,1%) y la vía EV (24%), en concordancia con los procedimientos de enfermería más realizados durante la atención, que corresponden a la administración de medicamentos por vía IM (33,1%), EV (22,3%) y la instalación de una vía venosa (13,7%).

Los fármacos mayormente administrados dan solución a los principales motivos de consulta, estos son los analgésicos, corticoides y broncodilatadores, los cuales dan solución a la satisfacción de las necesidades básicas identificadas durante la atención, con mayor dependencia; evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros, la necesidad de respirar normalmente y la necesidad de moverse y mantener posturas deseables.

Tras la atención en el SAPU Nueva Aurora, los lugares de derivación corresponden al domicilio con un control en el CESFAM en caso necesario, en un 89% y el 11% restante de la población adulta mayor es derivada a la Unidad de Emergencia del Hospital Gustavo Fricke, reafirmando las atenciones de baja complejidad otorgadas en el SAPU.

Durante la atención de urgencia/emergencia en el SAPU, se identifican necesidades humanas básicas que se encuentran con dependencia, como consecuencia de los problemas de salud que presentan los adultos mayores, observándose que la necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros alcanza el 50 %, seguido por un 36% de la necesidad de respirar normalmente, 21% la necesidad de moverse y mantener posturas deseables, 17% necesidad de eliminar desechos corporales, 16% necesidad de comer y beber adecuadamente y un 10 % la necesidad de mantener la temperatura corporal. Cabe destacar que las

necesidades humanas básicas son interdependientes, por lo cual frente a una situación de salud en una persona se pueden comprometer varias necesidades a la vez.

5.3 Sugerencias

Al finalizar este estudio se sugiere la importancia de elaborar un instrumento de valoración específico para la persona mayor, que incluya las necesidades básicas, basado en el modelo de Virginia Henderson y la teoría de Maslow. Este instrumento permitirá abordar de manera integral las consultas realizadas por el adulto mayor en el SAPU Nueva Aurora y entregar una atención, atingente, individualizada, integral y de calidad a las personas mayores que consultan en el SAPU, considerando que el AM que consulta presenta pluripatologías, es usuario de polifarmacia y puede presentar algún grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y de fragilidad.

También se sugiere la utilización de un Software que permita la atención en red con el CESFAM Nueva Aurora, permitiendo un seguimiento de la persona mayor al poder ingresar a la ficha utilizada en el CESFAM, obteniendo información relevante al momento de ser atendida en una situación de urgencia/ emergencia en el SAPU, a su vez permitirá dar continuidad de los cuidados, donde el profesional de Enfermería tiene un rol fundamental, existiendo una conexión en red con el profesional de enfermería del CESFAM.

A su vez este Software permitirá identificar las policonsultas realizadas por la persona mayor, enfatizando la continuidad del cuidado y seguimiento de la persona mayor usuaria de la Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial para la salud [Internet] Datos interesantes sobre el envejecimiento; 2017 [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Instituto Nacional de Estadísticas Chile [Internet] Estadísticas demográficas y vitales; 2017 [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: <http://www.ine.cl/estadisticas/sociales/adultos-mayores>
3. Ministerio de Desarrollo Social Chile [Internet] Informe de desarrollo social; 2016 [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/.../Informe_de_Desarrollo_Social_2016.pdf
4. Ministerio de Desarrollo Social Chile [Internet] Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional; 2015 [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
5. Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] 10 años de la Encuesta de la Calidad de Vida en la Vejez; 2017 [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Libro%20CHILE%20Y%20SUS%20MAYORES.pdf>
6. Departamento de Estadísticas e Información en Salud [Internet] Estadísticas de mortalidad [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
7. Manual administrativo para Servicios de atención Primaria de Urgencias [Internet] [consulta el 1 noviembre de 2017]. Disponible a: www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/6.pdf

8. Organización Mundial para la salud [Internet] Envejecimiento y salud; 2018 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet] El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?; 2000 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7152-envejecimiento-la-poblacion-latinoamericana-relacion-dependencia-favorable>

10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet] Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe; 2005 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7197-dinamica-demografica-desarrollo-america-latina-caribe>

11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet] Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina; 2001 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7154-caracteristicas-sociodemograficas-socioeconomicas-personas-edad-america-latina>

12. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet] Población y sociedad, aspectos demográficos [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf

13. Ministerio de Desarrollo Social [Internet] Informe de desarrollo social 2018, [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2018.pdf

14. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet] Resultados Censo 2017 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://resultados.censo2017.cl/>

15. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet] Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992 – 2050, Metodología y principales resultados; 2018,

[consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>

16. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet] Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992 – 2050, Síntesis de resultados ;2018, [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf>

17. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet] Población adulta mayor en el bicentenario;2010, [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <https://www.saludquillota.cl/biblioteca/investigacion/Informes%20%20%20Estadisticas%20INE%20y%20MINSAL/Adultos%20Mayores%20en%20%20Chile.pdf>

18. Asociación de Municipalidades de Chile [Internet] Los adultos mayores en las comunas de Chile: actualidad y proyecciones ;2017, [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: http://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2017/05/ESTUDIO-ADULTO-MAYOR-EN-LAS-COMUNAS-DE-CHILE_-PROYECCIONES.pdf

19. Ministerio de Salud Chile [Internet] Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>

20. Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] Reforma de Salud en Chile; el Plan AUGE o Garantías Explícitas en Salud, su origen y evolución ;2007[consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2016/02/ReformaSalud.pdf>

21. Ministerio de Salud Chile [Internet] Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud; 2008 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>

22. Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] Atención Primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud ;2006 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible

a: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf>

23. López M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978 – 2018. [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a:<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/418/Hitos%20%20salud%20para%20todos.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

24. Ministerio de Salud Chile [Internet] Manual Administrativo para Servicios de atención Primaria de Urgencias [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/6.pdf>

25. Ministerio de Salud Chile [Internet] Manual Clínico para Servicios de atención Primaria de Urgencias; 2008 [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/7.pdf>

26. SAPU Nueva Aurora, Corporación Municipal de Viña del Mar [Internet] [consulta el 10 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.cmvm.cl/content/salud/sapu/nueva-aurora/nueva-aurora.php>

27. Estadísticas Servicio Atención Primaria Urgencia Nueva Aurora 2017.

28. <https://www.gob.cl/noticias/como-funcionaran-y-donde-estaran-los-132-nuevos-sar/>

29. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Med Hered. 2012; 23(4):229-234.

30. Martín F, Fernández C, Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. Rev Med Clin. 2013; 140(1): 24- 29.

31. Duaso E, Tomas S, Rodríguez- Carballeira M, Cuadra L, Llonch, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44 (S1): 10- 14.

32. Novelli G, Neves M, Muglia I, Carvalho M. Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2011, 19 (3):8.
33. Ortega M, Rabanaque M, Júdez D, Cano M, Abad J, Moliner J. Perfil de usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061. Rev Emergencias 2008; 20: 27- 34.
34. Molano F, Escobar C, García M, Salazar P, Mejía L, Jiménez W. Motivos de uso de los servicios de urgencia. Acta Odontológica Colombiana 2016; 6 (1): 123 – 136.
35. Marín J, Pageo M, Salinas A. Activos ante la inmovilidad. España: Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología; 2013.p. 84- 88.
36. Casas P, Apaza R, Del Canto J, Chávez H. Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (2): 351- 6.
37. Atauje C. Factores asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores de comunidades en los Andes Peruanos. [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3006/3/atauje_yca.pdf
38. García E. Perfil de consulta del Servicio de Urgencia de Atención Primaria Padre Joan Alsina de la comuna de San Bernardo [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/340/Perfil%20de%20Consultas%20del%20Servicio%20de%20Urgencia%20SAPU%20%20P.%20Joan%20Alsina%20de%20San%20Bernardo.%20tesis%20para%20optrar%20al%20Titulo%20de%20Master%20de%20%20Erika%20Garcia%20Madrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Bórquez A, Carrasco C. Policonsultantes del Servicio de Atención Primaria de Urgencias del Consultorio Externo Valdivia, periodo Marzo – mayo 2010 ¿Quiénes son?, ¿Por qué consultan? [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmb736p/doc/fmb736p.pdf>

40. Pérez S. Perfil de los usuarios hiperconsultantes de la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, noviembre 2003 – octubre 2004 [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmp438p/doc/fmp438p.pdf>
41. Lara R, Mardones M. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. *Theoria*, 2009; 18 (2): 81- 89.
42. Condori M. Cuidados de Enfermería según Virginia Henderson y su relación con la calidad de vida del adulto mayor que pertenece al C.S “La Esperanza “Tacna 2016. [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2281>
43. Cabascango L, Hinojosa A, Remache L, Olalla M. Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “Awawta Wasi Samay” Guaranda- Bolívar. *Rev Ciencia Digital*. 2018 ;3 (1): 55- 64.
44. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. Sexta edición. España: Editorial Elsevier; 2007.
45. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición. España: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
46. Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Internet] [consulta el 1 febrero de 2019]. Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
47. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de Enfermería e Informática. Primera edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010.
48. García M, Rodríguez C, Toronjo A. Enfermería Geriátrica. Primera edición. España: Ediciones DAE, Enfermería 21; 2012.

49.La Teoría de la Motivación y la Jerarquía de las Necesidades de Maslow [Internet] [consulta 7 Junio de 2019]. Disponible a: <http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>

50.Teoría de las necesidades de Maslow [Internet] [consulta 7 Junio de 2019]. Disponible a: <https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/607233/mod.../Teoría%20de%20Maslow.pdf>

51.La pirámide de las necesidades de Maslow [Internet] [consulta 7 Junio de 2019]. Disponible a: www.infonegociacion.net/pdf/piramide-necesidades-maslow.pdf

52.Descriptores en Ciencias de la Salud DECS[Internet] [consulta 15 Enero de 2019]. Disponible a: decs.bvs.br/E/homepagee.htm

53.Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Quinta edición. México: Editorial Mc Graw Hill; 2010

54.Lawshe C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4), 563-575.

55.Tristán-LópezA. (2008). Modificación al modelo Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 6, 37–48.

56.Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Quinta edición. España: Editorial Elsevier; 2012.

ANEXOS

ANEXO N ° 1: Carta de respaldo Corporación Municipal Viña del Mar

Viña del Mar, 20 Noviembre 2017

Carta de Respaldo

La Corporación Municipal de Viña del Mar (CMVM), ubicada en la ciudad de Viña del Mar, a través de su Encargada de Salud Mental y de Campos Formadores Profesionales y Técnicos, **Sra. Blanca Quiroz Cifuentes**, entrega su respaldo, a la Investigación "**Perfil sociodemográfico, de salud y características de la atención recibida según necesidades del adulto mayor consultante en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora, estudio retrospectivo**", para que la investigadora pueda desarrollar su estudio para la revisión de la base de datos y de los Formularios de atención (FAP) a través de la aplicación de un instrumento.

Esta investigación se enmarca en el desarrollo de la Tesis del Magister de Enfermería, Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

Investigadora responsable: Carolina Bravo Cofré, Enfermera Matrona, Magíster © en Enfermería Mención Gestión del Cuidado, Universidad de Valparaíso, correo electrónico: carolina.bravocofre1@gmail.com

Tutora: Sra. Isabel Siefer Navas, Enfermera Matrona, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, correo electrónico: isabel.siefer@uv.cl

El respaldo sólo ha de concretarse si el proyecto es aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Blanca Quiroz Cifuentes".

Blanca Quiroz Cifuentes
Encargada de Salud Mental y de Campos Formadores Profesionales y Técnicos
CMVM

ANEXO N° 2: Acta aprobación de la investigación Comité de Bioética Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 03/2018

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico- cirujano, Secretaria; Alberto Moreno, profesor de educación física; Magdalena Silva, enfermera – matrona; Angelo Bartsch, kinesiólogo; Maritza Cofré enfermera, Claudia Calderón, psicóloga y Paulina Hurtado, enfermera matrona en su sesión del día 05/04/2018 declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Perfil sociodemográfico, de salud y características de la atención recibida según necesidades del adulto mayor consultante en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora, estudio retrospectivo” presentado por la investigadora Carolina Bravo Cofré en su calidad de Estudiante de Magíster de esta Facultad de Medicina.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

- Protocolo n° 058 / 2017 versión en español.
- Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son Adultos Mayores consultantes en Servicio de Atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora.
- Curriculum Vitae del investigador responsable y coinvestigador.
- Instrumento(s): Formulario de Atención (FAP).

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia, atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en: El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos. El estudio propuesto podrá aportar generar conocimientos para la práctica de la disciplina de Enfermería, en la identificación de las necesidades de las personas mayores que consultan en una situación de urgencia/emergencia según el modelo de Virginia Henderson, favorecerá la entrega de cuidados individualizados y de calidad a este grupo etario acorde a sus características del ciclo vital. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el investigador da a conocer su teléfono y E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.



IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el presente año por el grupo investigador liderado por Carolina Bravo Cofré, del Magíster en Enfermería, de la Escuela de Enfermería. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,


Jimena Le Roy Barria
Presidenta Comité de Bioética

Viña del Mar, 05 de abril de 2018



C/C.

- Secretaría CBI-FAMED.
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina.

ANEXO N ° 3: Carta de respaldo Enfermera Jefa SAPU Nueva Aurora

Viña del Mar, 3 de Abril 2018

Carta de Respaldo

El Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Nueva Aurora, ubicado en la ciudad de Viña del Mar, a través de su Enfermera Jefe, **Sra. Juanita Arcaya Marinovic**, entrega su respaldo, a la Investigación "**Perfil sociodemográfico y de salud del adulto mayor consultante y características de la atención recibida en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias Nueva Aurora, estudio retrospectivo**", para que la investigadora pueda desarrollar su estudio para la revisión de la base de datos y de los Formularios de atención (FAP) a través de la aplicación de un instrumento.

Esta investigación se enmarca en el desarrollo de la Tesis del Magister de Enfermería, Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

Investigadora responsable: Carolina Bravo Cofré, Enfermera Matrona, Magíster © en Enfermería Mención Gestión del Cuidado, Universidad de Valparaíso, correo electrónico: carolina.bravocofre1@gmail.com

Tutora: Sra. Isabel Siefer Navas, Enfermera Matrona, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, correo electrónico: isabel.siefer@uv.cl

El respaldo sólo ha de concretarse si el proyecto es aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.




Juanita Arcaya Marinovic
Enfermera Jefe SAPU Nueva Aurora

ANEXO N °4: Instrumento de recolección de datos



INSTRUMENTO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DE SALUD Y NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS NUEVA AURORA

DATOS GENERALES:

N° FAP.....

Mes de atención.....

Estación del año: Primavera - Verano

Otoño – Invierno

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.-Edad (años cumplidos).....

2.- Sexo:

- Masculino.....
- Femenino.....

3.-Previsión de salud

- Fonasa.....
- Isapre.....
- Otro.....

4.- Sector de residencia:

- Nueva Aurora – Agua Santa.....
- Otro sector de residencia.....

VARIABLES DE SALUD

5.-Signos vitales

- **Presión arterial**
- Hipotensión.....
- Normotensión.....
- Hipertensión.....

- **Temperatura**.....
- Afebril.....
- Subfebril.....
- Febril.....

- **Frecuencia Cardíaca**.....
- Bradicardia.....
- Normocardia.....
- Taquicardia.....

- **Saturometría**.....
- Normosaturación.....
- Desaturación.....

6.- Motivo de consulta:.....

7.-Tipo de consulta

Síntomas Respiratorios.....

- Síntomas Digestivos.....
- Síntomas Aparato Circulatorio.....
- Síntomas Nefrourológicos.....
- Síntomas Músculo-esqueléticos.....
- Síntomas Dermatológicos.....
- Otros Síntomas.....

8.- Enfermedades Crónicas

- HTA Si No
- DM Si No
- Otras patologías

VARIABLES CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

9.- Horario de atención

Hora de ingreso

Hora de egreso

Tiempo del proceso.....

10.-Fármacos utilizados durante la atención

Tipos de fármacos.....

- Analgésicos.....
- Soluciones Parenterales.....
- Antihipertensivos.....
- Corticoides.....
- Antihistamínicos.....

- Broncodilatadores.....
- Diuréticos.....
- Antibióticos.....
- Antiespasmódicos.....
- Sedantes.....
- Antieméticos.....
- Antiulcerosos.....

Nº de fármacos administrados

- 0.....
- 1 – 2
- 3 y más

11.-Vías de administración de fármacos

- IM (Intramuscular)
- SL (Sublingual)
- EV (Endovenosa)
- Tópica
- Inhalatoria
- SC (Subcutánea)
- ER (Endorectal)
- VO (oral)

Nº de vías de administración utilizadas

- 0.....
- 1.....
- 2.....
- > 2.....

12.- Procedimientos realizados

- Vía Venosa

- Flebocclisis
- Urotest
- Medicamentos EV
- Medicamentos IM
- Medicamentos SL
- Electrocardiograma (EKG)
- Curación
- Nebulización (NBZ)
- Hemoglucotest (HGT)
- Instalación Sonda Foley
- Cambio recolector Sonda Foley
- Cambio Sonda Foley
- Férula
- Aerosolterapia
- Otros.....

N° de procedimientos realizados

- 0.....
- 1 -2
- 3 y más

13.- Lugar de derivación

- Domicilio
- CESFAM
- UEA
- Otro.....

VARIABLES NECESIDADES BÁSICAS

- **Necesidad de respirar normalmente**
 - Síntomas Respiratorios.....
 - Síntomas Circulatorios.....
 - Valor Presión Arterial.....
 - Valor Frecuencia Cardíaca.....
 - Valor Saturometría.....

- **Necesidad de comer y beber adecuadamente**
 - Síntomas Digestivos.....
 - Náuseas.....
 - Vómitos.....
 - Problemas Deglución.....
 - Inapetencia.....

- **Necesidad de eliminar los desechos corporales**
 - Síntomas Nefrourológicos.....
 - Retención Urinaria.....
 - Diarrea.....
 - Constipación

- **Necesidad de moverse y mantener posturas deseables**
 - Síntomas músculo esqueléticos.....
 - Dismovilidad.....

- **Necesidad de mantener la temperatura corporal**
 - Valor Temperatura.....

- **Necesidad de evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros**

- Dolor por diferentes causas.....
- Síntomas dermatológicos.....
- Otros síntomas.....
- Lesiones en la piel.....
- Caídas.....

- **Cantidad de necesidades comprometidas o con dependencia**

- 0.....
- 1.....
- 2.....
- > 2.....

ANEXO N ° 5: Tabla Clasificación Hipertensión Arterial según Guía Clínica MINSAL Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más

Tabla 2. Clasificación de la Sociedad Europea de Presión arterial (PA mmHg).

Categoría	Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA Etapa 1	140-159	y/o	90-99
HTA Etapa 2	160-179	y/o	100-109
HTA Etapa 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	<90

ANEXO N ° 6: Tabla Valores Normales de Frecuencia Cardiaca, Temperatura y Saturación de Oxígeno según la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC)

Signos Vitales	Valores
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ○ Afebril: 36 – 37 ° C ○ Subfebril: 37,1 – 37,5 ° C ○ Febril: > 37,5 ° C
Frecuencia Cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bradicardia: < 60 latidos por min ○ Normocardia: 60- 100 latidos por min ○ Taquicardia: > 100 latidos por min
Saturación Oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> ○ Normosaturación: > o = 95% ○ Desaturación: < 95%

Anexo N ° 7: Validación de Expertos del Instrumento

ITEM	ADULTO MAYOR			SUMA	MEDIA	Cvc _i	Pe _i	Cvc _{ic}
	J1	J2	J3					
P1	2	2	2	6	2,0	0,7	0,03704	0,62963
P2	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P3	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P4	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P5	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P6	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P7	2	3	2	7	2,3	0,8	0,03704	0,74074
P8	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P9	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
P10	3	3	3	9	3,0	1,0	0,03704	0,96296
							suma	9,07407
							CVC_t	0,907

ANEXO N ° 8: Tablas de resultados

Tabla A: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de la variable signos vitales

		P.A.	P.A.			
		SISTOLICA	DIASTOLICA	SATUROMETRIA	TEMPERATURA	PULSO
N	Válido	173	173	172	171	174
	Perdidos	2	2	3	4	1
Media		139,84	79,39	96,63	36,58	81,49
Mediana		138,00	79,00	97,00	36,50	81,00
Desviación estándar		22,746	13,203	1,741	,507	15,168
Mínimo		92	50	88	36	46
Máximo		218	117	99	39	146
Percentiles	25	123,50	70,00	96,00	36,20	70,00
	50	138,00	79,00	97,00	36,50	81,00
	75	150,00	87,00	98,00	36,80	92,00

Tabla B: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de la variable horario de atención

		HORA INGRESO	HORA EGRESO	TIEMPO PROCESO
N	Válido	174	155	155
	Perdidos	1	20	20
Media		13:21	13:55	66,88
Mediana		13:19	13:50	49,00
Desviación estándar		4:59	5:01	47,554
Mínimo		0:01	0:25	6
Máximo		23:44	23:09	205
Percentiles	25	10:04	11:15	31,00
	50	13:19	13:50	49,00
	75	16:50	17:55	97,00