



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA FAMILIARES DE
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL NAVAL ALMTE NEF DE VIÑA DEL
MAR

TRABAJO PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCION GERONTOGERIATRÍA

AUTOR/A: GIANIRA HIDALGO MAC-LEAN
GUÍA DE TESIS: ISABEL SIEFER NAVAS

VIÑA DEL MAR – CHILE
ABRIL – 2019

INFORME DE EVALUACIÓN

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE EVALUACIÓN TRABAJO DE GRADO MAGISTER

La Comisión Evaluadora del Trabajo Final de Grado comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que Trabajo de Magíster presentada por el candidato/a

NOMBRE ESTUDIANTE

ha sido aprobada en el examen de defensa de Trabajo de Grado, rendido el día.....del mes....., de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención..... y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía: NOMBRE PROFESOR GUÍA DE TESIS

Firma: _____

Profesor/a Corrector/a: _____

Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fe: _____

Firma: _____

INDICE GENERAL

Indice general	II
Indice de tablas	IV
Indice de imágenes	IV
Indice de gráficos	IV
Resumen y abstract	V
Agradecimientos	VII
Capítulo 1: Introducción	
1. Introducción	1
1.1. Pregunta clínica	3
1.2. Objetivo General	3
1.3. Objetivos Específicos	3
Capítulo 2: Marco referencial	
2.1. Marco Referencial	4
2.1.1. Antecedentes	4
2.1.2. Contexto	8
2.1.3. Complicaciones en la hospitalización del adulto mayor	10
2.1.3.1. Caídas	10
2.1.3.2. Ulceras por presión	13
2.1.3.3. Delirium	14
2.1.4. El cuidador familiar en el contexto hospitalario	17
2.2. Marco conceptual	20
2.2.1. Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual	20
2.2.2. Cambios fisiológicos del adulto mayor	24
2.2.3. Sustento disciplinar para ajustar el protocolo de acompañamiento al adulto mayor	32
2.2.3.1. Necesidades del adulto mayor basadas en la Teoría de Virginia Henderson	32
2.2.3.2. Calidad de la atención desde la Teoría de Jean Watson	45
2.2.3.3. Breve análisis de ambas teorías	49
Capítulo 3: Metodología	
3.1. Análisis de la pregunta clínica	52
3.2. Estrategias de búsqueda	53
3.3. Estrategias de selección	53

Capítulo 4: Resultados	
4.1. Características de los artículos seleccionados	58
4.2. Niveles de evidencia y recomendaciones	60
Capítulo 5: Discusión y conclusiones	104
Capítulo 6: Protocolo de enfermería clínica: Acompañamiento familiar para adultos mayores hospitalizados	107
Bibliografía	129
Anexos	139

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cuadro resumen acerca de los cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento	29
Tabla 2: Valoración e intervenciones de las necesidades del adulto mayor hospitalizado basado en la teoría de Virginia Henderson	34
Tabla 3: Análisis de la pregunta clínica	52
Tabla 4: Criterios para el análisis crítico de los artículos seleccionados	56
Tabla 5: Niveles de evidencia de la investigación	139

INDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Mapa conceptual de teorías seleccionadas para el estudio	51
Imagen 2: Diagrama de flujo de revisión de artículos	55
Imagen 3: Tipos de estudios seleccionados	59

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Países de artículos seleccionados	58
--	----

RESUMEN

El envejecimiento de la población a nivel mundial y los cambios en los paradigmas de atención en salud, han impulsado la búsqueda de evidencia científica que nos impulse a generar cambios en los cuidados que se brindan a los adultos mayores. Es por esto que surge la inquietud acerca del protocolo de acompañamiento de 24 horas existente en el servicio de Medicina del Hospital Naval de Viña del Mar, será suficiente para cubrir las necesidades propias de los adultos mayores hospitalizados.

Esta investigación tiene como objetivo principal, determinar la mejor forma para realizar el acompañamiento en los adultos mayores hospitalizados, según la evidencia científica disponible, con el fin de ayudar a responder las necesidades propias de este grupo etario.

Para esto se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de mayo a octubre de 2017, en las bases de datos Web of Science, BVS, Scielo y Cuiden. Se utilizaron los descriptores ancianos, cuidadores, accidentes por caídas, humanización en la atención, familia y hospitalización. De un total de 1.454 artículos, se seleccionaron finalmente 20, los cuales luego de ser sometidos a un análisis crítico, arrojaron las recomendaciones que dieron como resultado de la formulación de un nuevo protocolo de acompañamiento adecuado a las necesidades propias del adulto mayor.

La elaboración de este protocolo en base a la mejor evidencia seleccionada, ayudaría a satisfacer las necesidades propias de su edad y por consiguiente, disminuir las posibles complicaciones durante la hospitalización.

Palabras claves: Ancianos, cuidadores, hospitalización, humanización de la atención, familia.

ABSTRACT

The aging of the population worldwide and the changes in the paradigms of health care, have driven the search for scientific evidence that drives us to generate changes in the care provided to older adults. That is why the concern about the 24 hours monitoring protocol existing in the Medicine Service of Naval Hospital of Viña del Mar, will be sufficient to cover the needs of hospitalized older adults.

The main objective of this research is to determine the best way to carry out the accompaniment in hospitalized older adults, according to the available scientific evidence, in order to help meet the needs of this age group.

For this, a bibliographic search was carried out during the months of May to October 2017, in the Web of Science, BVS, Scielo and Cuiden databases. Descriptors aged, caregivers, accidental falls, humanization of assistance, family and hospitalization were used. Out of a total of 1,454 articles, 20 were finally selected, which after being submitted to a critical analysis, gave the recommendations that they gave as a result of the formulation of a new protocol of accompaniment adapted to the needs of the elderly.

The elaboration of this protocol based on the best evidence selected, would help to meet the needs of their age and consequently, reduce possible complications during hospitalization.

Keys: Aged, caregivers, hospitalization, humanization of assistance, family.

AGRADECIMIENTOS

Finalizar esta investigación ha sido un largo camino donde muchas personas han estado presentes brindandome su apoyo. En primer lugar quiero agradecer a mis padres por darme siempre el apoyo y la motivación que necesito y no dejarme bajar los brazos en ningún momento. A mi compañero de vida Arturo, por el amor, la paciencia y el apoyo eterno durante todo este proceso. A mi pequeño Lucas por ser la luz que ilumina mis días y mi principal motivación día a día. A mi profesora guía Isabel Siefer, por las oportunidades, el apoyo constante, su tiempo y los conocimientos que me entregó durante la realización de esta investigación. A mis amigos y familia, por su preocupación siempre y no dejarme decaer en este largo caminar. Y a todas las enseñanzas que me han dado mis años como enfermera, que me han permitido terminar esta investigación con más experiencias que cuando comencé.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población a nivel mundial, ha significado grandes desafíos en todas las áreas de la sociedad.

Específicamente, en el área de la salud se ha observado un aumento sustantivo en los controles preventivos y de morbilidad en los adultos mayores (AMs), así mismo las hospitalizaciones de éste grupo etario en muchos servicios superan el 50% de los egresos hospitalarios (1).

Las hospitalizaciones en los AMs suelen ser más largas que en las personas más jóvenes, ya que sufren una mayor cantidad de complicaciones y son propensos a más reingresos hospitalarios. Gran parte de ésta realidad se debe a que las personas mayores en su mayoría poseen pluripatologías, lo que los hace más vulnerables particularmente en el medio hospitalario (2).

La hospitalización es un factor de riesgo para los AMs, ya que durante este período están expuestos a sufrir complicaciones que no siempre están asociadas con el motivo del ingreso, como deterioro funcional o eventos adversos, tales como caídas o úlceras por presión, además de labilidad emocional, ya sea por estar enfermo o por la cercanía con la muerte, entre otras razones (3) las cuales pueden prolongar la estadía hospitalaria y el costo que ésta involucra tanto para el adulto mayor (AM) y su familia, como para el sistema de salud.

Durante la hospitalización las necesidades de los AMs pueden cambiar aumentando su nivel de dependencia, ya que debido a sus características propias son más vulnerables que otros grupos etarios. Según Henderson, los AMs durante la hospitalización deben satisfacer sus necesidades básicas, como también necesidades emocionales, de comunicación, de pertenencia y de amor, entre otras, las cuales el AM dadas las características propias de su edad, no siempre podrá lograrlo por sí solo, si no que muchas veces requerirá de la ayuda del profesional de enfermería y/o un familiar.

Estas necesidades muchas veces requieren de un tercero que los ayude en la satisfacción de estas, el que puede ser un familiar o el equipo de salud (4). Dentro de estas necesidades no debemos olvidar las necesidades de la esfera

emocional, donde el familiar es la persona más adecuada para colaborar en la satisfacción de esta, debido a la confianza que existe entre ambos.

Dentro de la complejidad que significa la hospitalización para el AM no podemos olvidar las necesidades de su familia, la cual también se encuentra atravesando por un proceso de adaptación. Es muy importante que el profesional de enfermería considere a la familia como parte de éste proceso, ya que el cuidador familiar es un sujeto que está viviendo una situación estresante, la que debe ser considerada para la planificación de los cuidados durante la hospitalización y en la preparación para el alta (5).

El cuidado humanizado a tomado fuerza durante las últimas décadas, intentando dar una mirada más integral a la persona mayor hospitalizada poniendo énfasis en todas las esferas del ser humano. Jean Watson, elaboró la teoría del cuidado humanizado la cual aborda a la persona en tres esferas: alma, cuerpo y espíritu, dando gran relevancia a la comprensión tanto de la salud como de la enfermedad.

En la actualidad los servicios de salud, no han cambiado su enfoque de cuidados hacia uno de cuidado humanizado, las normativas de los servicios de salud deben mejorar y estar acordes a las necesidades y características que poseen las personas mayores hospitalizadas y sus familias. El profesional de enfermería, debe promover este enfoque de cuidados en los servicios hospitalarios.

Este aumento de personas mayores hospitalizadas y sus necesidades propias, me llevó a preguntarme si el protocolo de acompañamiento de 24 horas que se utiliza en el servicio de Medicina del HNAN, es el apropiado o requiere de un diseño más acorde a los tiempos actuales.

El presente trabajo pretende ser un aporte para mejorar la calidad de la atención de las personas mayores que se hospitalizan en el servicio de Medicina, del HNAN, de Viña del Mar en la región de Valparaíso.

1.1. Pregunta clínica

¿Cuál es la mejor forma de realizar el acompañamiento en los AMs hospitalizados según la evidencia científica disponible, comparado con el acompañamiento habitual para satisfacer las necesidades propias de este grupo etario?

1.2. Objetivo General

Determinar la mejor forma de realizar el acompañamiento en los AMs hospitalizados según la evidencia científica disponible para satisfacer las necesidades propias de este grupo etario.

1.3. Objetivos Específicos

1. Caracterizar al adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina del HNAN.
2. Describir las necesidades propias y los cambios que presentan los adultos mayores hospitalizados, según la teoría de Virginia Henderson.
3. Seleccionar la mejor evidencia científica disponible para responder satisfactoriamente a las necesidades propias de los adultos mayores hospitalizados.
4. Utilizar la mejor evidencia científica disponible para establecer un protocolo de acompañamiento que ayude a responder satisfactoriamente a las necesidades propias de los adultos mayores hospitalizados.

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO REFERENCIAL

2.1.1. Antecedentes

El fenómeno del envejecimiento poblacional no es sólo un problema que afecta a los países desarrollados, sino que también está ocurriendo en países en vías de desarrollo como Chile y otros países de Latinoamérica. Según los resultados del Censo 2017, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), los adultos mayores de 60 años corresponden a un 16,2% del total de la población de nuestro país, lo que indicara que estamos avanzando de una pirámide población estacionaria a una regresiva, la cual se caracteriza por una baja tasa de natalidad y mortalidad, además de alta esperanza de vida, lo que indicaría que estamos frente a una población envejecida (6).

La región de Valparaíso, donde se realiza el presente estudio, según los datos aportados por el Censo 2017 se mantiene como una de las más envejecidas a nivel nacional, debido a lo cual los centros de salud de la región han debido adecuarse a esta nueva realidad de la población a la cual se ven enfrentados día a día.

El envejecimiento de la población trae consigo cambios en diversas áreas de la sociedad, como la política, la económica y específicamente en las políticas de salud de un país. Es por esto que los servicios de salud, han debido reorientar sus recursos hacia las necesidades propias de este grupo de la población y a sus características específicas, como la forma de presentación de las enfermedades, la cual es distinta al resto de la población, el aumento de la prevalencia de las múltiples patologías asociadas al envejecimiento, la polifarmacia y la disminución de la funcionalidad en el diario vivir, lo que los convierten en personas más susceptibles a la dependencia de terceras personas y a vivir un proceso de hospitalización.

La hospitalización en sí misma, es una situación de riesgo para los adultos mayores, especialmente para los más añosos. El proceso de hospitalización en este grupo de la población puede resultar en complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso al hospital (3).

Para el adulto mayor este es un momento crítico, así como también lo es para su familia, quienes deben cambiar muchas veces sus rutinas e incluso abandonar sus trabajos para poder acompañar y asistir a su familiar, lo que trae consigo un impacto emocional y económico para ellas, quienes se ven enfrentados a una crisis, la cual debe ser resuelta de la mejor forma para su propio bienestar y del AM, esta crisis se conoce como paranormativa, la cual se define como aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas del desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales, como la hospitalización de uno de sus miembros.

Todos estos cambios, conllevan a que tanto el AM hospitalizado como su familia, se encuentren en una situación de estrés, en donde los cuidados que brinda el equipo de enfermería son fundamentales para hacer que este proceso de hospitalización sea más llevadero para ambas partes.

Durante la hospitalización los AMs se vuelven más vulnerables, por lo cual, requieren de una atención más dirigida a sus necesidades para prevenir riesgos y discapacidades (7). La mayoría de estas complicaciones potenciales se pueden minimizar si el profesional de enfermería comprende la relación entre el paciente y su enfermedad, su entorno físico, psicosocial y espiritual (7).

Según la literatura los AMs durante la hospitalización, son más vulnerables a la influencias del medio externo e interno, presentan cambios en la esfera física, funcional, psíquica y social, las cuales provocan alteraciones que pueden llevar a la persona mayor hospitalizada a desarrollar diversas complicaciones, tales como, demencia, depresión, insomnio, dismovilidad o encamamiento, inestabilidad en la marcha, que puede preceder una caída, incontinencia urinaria, deprivación sensorial (vista y audición), malnutrición, iatrogenia e institucionalización. Se ha descrito que el 47% de los pacientes mayores de 60 años, pueden ser considerados de alto riesgo para presentar deterioro funcional durante la hospitalización (4,8).

Este deterioro en la funcionalidad de la persona mayor hospitalizada, se describe como, la pérdida de la capacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por lo cual, en muchas ocasiones requieren asistencia de un tercero, la que puede ser brindada por el equipo de enfermería o algún familiar que pueda asistirlo en estas ABVD.

El deterioro funcional se define en la literatura, como la pérdida de la capacidad para realizar al menos una de las ABVD, tales como, comer, ducharse, uso del sanitario, vestirse, continencia de esfínteres, levantarse de la cama o silla y caminar (4). Se estima que el deterioro funcional se puede presentar en un 70% al momento del ingreso del AM y al momento del alta es cercano al 30% en los servicios de Medicina Interna. Por lo general, el deterioro funcional no se atribuye a la causa aguda de hospitalización, aún cuando esta ya ha sido tratada (9).

El deterioro funcional puede ser medido a través de la aplicación de la Escala de Barthel al ingreso y al alta de la persona mayor hospitalizada. Al ingreso del AM, se realiza una medición basal previa a la hospitalización, que considera dos semanas antes del ingreso del AM al hospital, luego la aplicación de la escala en el momento más cercano al ingreso hospitalario y finalmente la aplicación al alta (10).

El deterioro funcional, puede traer consecuencias tanto para la persona mayor hospitalizada derivadas de la pérdida de independencia y del riesgo de institucionalización, como para el cuidador familiar debido a la sobrecarga que significa cuidar a un AM con estas características, como también para el sistema de salud por la prolongación de la estadía hospitalaria del AM, la necesidad de rehabilitación, el uso de otros sistemas de atención y un aumento del coste sanitario.

Con el fin de prevenir estas múltiples consecuencias, es que diversos estudios a nivel internacional han intentado identificar los factores de riesgo de los AMs para presentar un mayor riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización (9,11,12). Estos pueden ser divididos en factores presentes previamente al momento de la hospitalización y factores asociados a la estadía hospitalaria:

1. Factores previos al momento de la hospitalización:

- Edad: A mayor edad, mayor riesgo de deterioro funcional, el que incrementa sobre los 80 años (12).
- Mal estado funcional basal: El cual se puede medir al ingreso mediante la escala de Barthel. Cuando la funcionalidad basal esta disminuida, existe mayor riesgo de alteración de la movilidad durante la hospitalización del AM.
- Depresión: Según estudios los síntomas depresivos afectarían directamente sobre la funcionalidad, disminuyendo la movilidad del

AM, aumentando la dependencia e incluso aumentando el riesgo de caídas (13).

- Deterioro cognitivo previo: Un deterioro cognitivo previo favorecía una disminución en la realización de las ABVD, por lo tanto, aumentaría del deterioro funcional durante la hospitalización (12).
- Bajo nivel de actividad social: Al existir una mayor dependencia de las actividades del rol social, aumenta el deterioro funcional debido a la disminución de actividades que puedan potenciar su autovalencia (12).
- Mayor carga de comorbilidad: Un AM con múltiples patologías posee mayor riesgo de deterioro funcional, debido al aumento de las complicaciones propias de estas patologías que pueden prolongar la estadía hospitalaria independiente del motivo de la hospitalización (12).

2. Factores asociados a la estadía hospitalaria:

- Delirium: La presencia de delirium prolonga la estadía hospitalaria e incrementa las complicaciones asociadas a la hospitalización e incluso aumenta el riesgo de institucionalización (12).
- Ausencia de un cuidador principal durante la hospitalización: Según los estudios el deterioro funcional durante la hospitalización es menor, si el AM está acompañado por un familiar. (11,12).
- Reposo prolongado: Produce una disminución en la movilidad del AM, por lo tanto, mayor riesgo de deterioro funcional.
- Larga estancia hospitalaria: Favorece el deterioro funcional, por aumentar el riesgo de sufrir alguna complicación asociada.
- Rehabilitación tardía: Se retrasa el proceso de recuperación, pudiendo tener un deterioro funcional mayor al alta, que al ingreso del AM al hospital. (11).
- Uso de sonda vesical: Durante más de 48 horas, lo cual limita la movilidad del AM.
- Uso de sujeciones mecánicas: Limita la movilidad del AM (9).

2.1.2. Contexto

Dentro de los hospitales de mayor complejidad con que cuenta la región de Valparaíso, se encuentra el hospital base de la Armada de Chile, Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. Este hospital de alta complejidad, tiene como principales beneficiarios personas en servicio activo y en retiro de las Fuerzas Armadas, pero además en la última década ha abierto su atención a todas las personas, independiente de su previsión de salud, aumentando de manera considerable la población que se atiende cada año.

El servicio de Medicina del HNAN, donde se realiza el presente estudio, se encuentra ubicado en el sexto piso de la Torre Médico Quirúrgica, se divide físicamente en dos alas siendo estas llamadas ala norte y ala sur. El ala norte cuenta con 33 camas y el ala sur, por su parte, con 36 camas, sumando un total de 69 camas las cuales son indiferenciadas por sexo. Cada ala posee camas de cuidados generales, donde se hospitalizan personas con patologías más estables y con menor dependencia de enfermería. Estas salas cuentan con dos camas y comparten un baño. Frente a la estación de enfermería, de cada ala existen tres salas de cuidados especiales, las que cuentan con cuatro camas cada una, que se encuentran destinadas para personas mayores hospitalizadas con mayor dependencia de enfermería o que su condición clínica requiera de una mayor vigilancia, como por ejemplo, AMs que se encuentren cursando con algún episodio de delirium o que también presenten un alto riesgo de caídas. Del total de camas de cuidados especiales, seis camas se encuentran visibles desde la estación de enfermería por una amplia ventana y las cuatro camas restantes se encuentran en una habitación un poco más alejada, pero que cuenta con dos cámaras de vigilancia que poseen un monitor en la estación de enfermería, el cual se monitorea las 24 horas del día.

El servicio de Medicina, cuenta con doce profesionales de enfermería, de los cuales ocho se encuentran en sistema de cuarto turno, quienes en horario hábil asumen 8 pacientes de cuidados especiales y en horario inhábil cada profesional asume una ala (norte o sur) completa del servicio. Los cuatro profesionales de enfermería restantes se desempeñan en rol diurno de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 horas, asumiendo dos por cada ala, uno con los cuatro pacientes restantes cuidados especiales y la mitad de los pacientes de cuidados generales, el otro profesional de enfermería asume la otra mitad de los pacientes de cuidados generales.

El personal técnico paramédico, se encuentra en rol de cuarto turno, siendo estos cuatro por cada turno y en horario hábil uno o dos de circulante, quienes son los encargados de llevar a los pacientes a exámenes a los servicios de apoyo y trámitar las interconsultas y recetas diariamente.

Durante el año 2017, el índice de ocupación de camas del servicio de Medicina fue de un 88,5%, con un promedio de 10,4 días cama. El total de egresos corresponden a un promedio de 179 al mes, lo que refleja una alta demanda asistencial de este servicio.

Del total de los hospitalizados en el servicio de Medicina del HNAN, se estima que más de la mitad corresponden a adultos mayores, quienes poseen necesidades propias para su etapa del ciclo vital las cuales son muy diferentes al resto de las personas y que requieren de mayor asistencia del equipo de salud para mantener su funcionalidad y evitar posibles complicaciones.

2.1.3. Complicaciones de la hospitalización en el adulto mayor

2.1.3.1. Caídas

En la literatura se describen complicaciones asociadas a la hospitalización del adulto mayor, entre las más comunes se mencionan las caídas, las cuales son consideradas como un indicador en la calidad de la atención de los servicios de salud, las que están siendo monitoreadas permanentemente en los servicios hospitalarios.

Las caídas, son consideradas uno de los síndromes geriátricos más importantes. Se definen como un evento involuntario que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo (14). Su causa rara vez es única, se ha comprobado que los cambios normales del envejecimiento y las patologías asociadas a este contribuyen al aumento del número de caídas en el AM. Influyen los factores sensoriales, cambios neurológicos como la pérdida del equilibrio, modificaciones cardiovasculares como la hipotensión postural, cambios en el estado mental y modificaciones musculo esqueléticas (14).

Se estima a nivel internacional que un 70% de los eventos adversos ocurridos en un hospital corresponden a caídas (15). Según la literatura, a nivel mundial quienes más sufren caídas son las mujeres debido a que tienen mejor estado funcional, movilidad previa y mayor incidencia de osteoporosis y artrosis. Los lugares más comunes donde ocurren las caídas son entrando y saliendo de la cama, en el baño y rara vez mientras los pacientes se encuentran deambulando. Cabe mencionar, que la mayoría de estos eventos ocurren en horario diurno.

Las caídas pueden tener consecuencias para los AMs que pueden ir desde leves hasta graves, como fracturas hasta incluso la muerte. Es por esto que las instituciones se han preocupado de crear protocolos de prevención de caídas, con el fin de disminuir y evitar las consecuencias de éstas (16).

En el Servicio de Medicina, durante el año 2017 el total de pacientes que sufrieron alguna caída fueron 30 pacientes, de estos un 76,6% corresponden a adultos mayores, datos aportados por la Unidad de Calidad del HNaN, que se asemejan a lo descrito en la literatura a nivel mundial (15). Cada vez que se produce una caída, se debe realizar una notificación del evento adverso, la cual se envía a la Unidad de Calidad del HNaN, junto con un análisis del evento

centinela, el cual se realiza en conjunto con el personal del equipo de salud que se encontraba en el servicio en el momento que se produce el evento, donde se discuten y analizan los factores predictores y predisponentes de la caída, además de medidas se pudiesen haber adoptado para prevenirla.

Los estudios revisados demuestran que las medidas preventivas han sido eficaces, como el establecimiento de parámetros para la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída, evaluar su frecuencia, analizar los factores de riesgo extrínsecos que favorecen una caída, realizar una puntuación para identificar a los AMs con alto riesgo de caídas, establecer un programa de intervención y desarrollar estrategias para la prevención de éstas.

Para la prevención de las caídas una de las medidas más usadas a nivel internacional son las barandas y sujeciones mecánicas, especialmente en las personas mayores hospitalizadas que se encuentran cursando algún episodio de delirium. Estas medidas de contención actualmente son muy controversiales, ya que conllevan consecuencias morales, éticas, sociales y jurídicas (17), las cuales en muchas ocasiones en vez de disminuir el problema, pueden aumentar la gravedad del mismo.

No existe un consenso sobre si el nombre correcto es sujeción o contención. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, sujeción se define como “Acción de sujetar. Unión con la que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse” y contención se define como “Acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo” (17).

A nivel internacional no existen estudios con evidencia científica que avalen el uso de sujeciones, sino que sólo existen estudios de tipo observacional que destacan algunos pequeños aspectos que pudiesen ser beneficiosos para el AM. Se encontraron estudios basados en evidencia científica, que han demostrado que las sujeciones no sólo no logran disminuir el número de caídas, sino que por el contrario, las caídas que se producen tienen consecuencias aún más graves (17). Algo similar ocurre con el uso de barandas, ya que la literatura menciona que especialmente las personas mayores hospitalizadas con deterioro cognitivo las ven como un elemento extraño, lo que desencadena cuadros de excitación, que los puede llevar a pasar incluso por sobre ellas, con el riesgo que esto conlleva (17).

Se ha documentado en los últimos años además que las sujeciones pueden ocasionar lesiones en forma de erosiones, laceraciones, desgarros musculares y de los plexos nerviosos. Los AMs con contenciones mecánicas presentan un alto riesgo de desarrollar atrofia muscular, rigidez o anquilosis, incontinencia urinaria o fecal, úlceras por presión e incluso riesgo de muerte súbita (17). El uso de contenciones además tiene efectos sobre la esfera emocional provocando aislamiento social y del entorno, pérdida de la autoestima y de la dignidad, ansiedad, estrés, inquietud, agresividad y agitación (17).

Hasta hace algunos años, no existía a nivel mundial ninguna normativa que rigiera el uso de las sujeciones, su uso no era sometido a seguimiento ni control y podían permanecer instaladas cuando ya no eran necesarias, incluso hasta el alta de la persona. En la actualidad, en países como España, su uso esta normado legalmente y la tendencia es a no utilizar sujeciones por todos los riesgos que conllevan. En nuestro país, aún no existe una normativa sobre el uso de las contenciones, pero cada institución de salud realiza seguimiento y vigilancia de su uso.

El uso de sujeciones en el servicio de Medicina del HNAN, se encuentra normado por un protocolo de contenciones, donde se indica que se debe registrar la indicación de la contención mecánica, ya sea por el médico o el profesional de enfermería y registrar las razones de ésta y las medidas tomadas anteriormente que fracasaron. Existe un consentimiento para el uso de las sujeciones, el cual debe ser firmado lo más próximo a la indicación de ésta por un familiar responsable. Las sujeciones más utilizadas dentro del hospital son las fajas torácicas y las muñequeras. Estas sujeciones se utilizan en personas mayores hospitalizadas que se encuentren cursando con algún episodios de delirium hiperactivo o agresivos con riesgo de autolesiones y/o de agredir al personal, con riesgo de autoretiro de invasivos y en los cuales la contención verbal y/o farmacológica utilizada previamente no haya tenido efecto.

Cabe mencionar además, que el servicio donde se realiza el presente estudio posee camas de hospitalización con barandas, las cuales se utilizan en todos los pacientes que se encuentran categorizados como mediano y alto riesgo de caídas, según la Escala de Morse que se aplica al ingreso y diariamente a todas las personas hospitalizadas.

En el HNAN no se lleva un registro de cuantas sujeciones se utilizan o indican diariamente, pero si se realiza vigilancia aleatoria acerca del registro de la

indicación de éstas, que en cada visita de enfermería exista el registro de éstas indicando el tipo de sujeción utilizada y el estado de la piel bajo éstas. Se recomienda el retiro de sujeciones lo más pronto posible, dependiendo de las características de la persona.

2.1.3.2. Úlceras por presión

Otra de las complicaciones más comunes en los AMs hospitalizados son las úlceras por presión (UPP), las cuales se definen como una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros (18).

Según la literatura el 70% de las úlceras por presión ocurren en AMs (18). Usualmente las UPP ocurren en personas mayores hospitalizadas que permanecen largos períodos en cama o en silla, desnutridos, comprometidos de conciencia y con mal apoyo familiar (18).

Los factores de riesgo para que se desarrolle una UPP, son variados y derivados del envejecimiento como las insuficiencias vasculares, el déficit nutricional, las alteraciones en el estado de conciencia, el déficit motor, la incontinencia urinaria y fecal, la inmovilidad, entre otros. Existen además factores que son derivados del entorno como falta de higiene, las arrugas en la ropa de cama, el mal uso de los elementos de prevención, la falta de motivación del equipo de salud y exceso de carga laboral.

Las zonas de apoyo donde más frecuentemente ocurren las UPP son la zona sacra y los talones. Las UPP pueden tener diversas complicaciones como las locales, complicaciones sistémicas como anemia, sepsis, endocarditis, entre otras y complicaciones derivadas del gasto en salud y la prolongación de la estadía hospitalaria del AM (18).

Por medio de la aplicación de la escala de Braden en las personas mayores hospitalizadas, podemos clasificarlas como mediano y alto riesgo de UPP, según lo cual se utilizan medidas de prevención, establecidas en el HNAN, como valorar la piel cada vez que se acomoda al paciente, cambio de posición cada 2 horas, lubricación de las zonas de apoyo con ácidos grasos hiperoxigenados cada 12 horas y uso de colchón viscolástico, antiescaras con motor o de flotación seca, según sea la necesidad y disponibilidad en el servicio.

Las UPP pueden tener consecuencias incluso mortales, lo cual depende principalmente del estado basal del AM y de las medidas de prevención que se adopten. En el servicio de Medicina del HNAN se utiliza la Escala de Braden para valorar el riesgo de UPP, la cual se aplica al ingreso al servicio, una vez a la semana en los clasificados como bajo riesgo y tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) en los clasificados como mediano y alto riesgo de UPP.

Aplicando estas medidas de prevención la tasa de prevalencia de UPP el año 2017 fue de un 25.8%, aunque se cree que todavía existe una subnotificación de este evento adverso a nivel del hospital.

Es rol del profesional de enfermería verificar que se cumplan las medidas de prevención y educar al equipo de salud para que colaboren en el cumplimiento de ellas. El cuidador familiar puede ser una herramienta muy valiosa, ya que el profesional de enfermería puede entregar la información necesaria para ayudar en la realización de las medidas de prevención durante la hospitalización del AM y en el hogar.

Como podemos ver la prevención de las complicaciones de la hospitalización en el AM es fundamental para una atención en salud y de enfermería de calidad. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (19), está convencido de que para mejorar la seguridad de las personas es precisa una amplia diversidad de medidas en la contratación, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un acervo integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de las personas y la infraestructura necesaria para su mejoramiento.

2.1.3.3. Delirium

El delirium, se define como un síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo y curso fluctuante, caracterizado por compromiso de conciencia, atención y pensamiento desorganizado, cuyo origen muchas veces es multifactorial (20). El delirium puede ser de tipo hipoactivo, el cual es muy sutil y más difícil de diagnosticar; hiperactivo, que cursa como una agitación psicomotora y de tipo mixto.

La prevalencia en el AM hospitalizado puede alcanzar hasta un 60%, según menciona un estudio realizado en nuestro país (20). El delirium, ha sido subdiagnosticado y no reconocido como entidad que requiere de un diagnóstico y manejo específico, lo cual podría llevar a un peor pronóstico para el AM durante la hospitalización (20).

Los AMs que sufren delirium durante su hospitalización, tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones intrahospitalarias, tales como, infecciones, caídas, incontinencia y UPP. Todo lo anterior, conlleva a un deterioro en el estado del AM y de su entorno, siendo una vivencia muy estresante tanto para el, como para sus familiares (20).

Una herramienta que se utiliza para ayudar al diagnóstico de delirium, es la Escala CAM (Confusion Assessment Method), la cual fue desarrollada como un elemento para facilitar la detección, el diagnóstico, la gravedad y las fluctuaciones del delirium en el AM con alto riesgo de padecerlo (21). Esta escala, posee diversas variaciones para unidades de cuidados intensivos, para cuidados pediátricos, entre otros (21).

El manejo del delirium puede ser farmacológico o no farmacológico, el cual ha tomado más relevancia durante los últimos años. Dentro del manejo no farmacológico, se mencionan en los estudios medidas como (22):

- Mantener una alimentación e hidratación.
- Movilidad precoz deambulando con supervisión, para prevenir caídas.
- Favorecer el tránsito intestinal y evitar sus complicaciones, como fecaloma o retención urinaria.
- Manejo del dolor.
- Calidad del sueño disminuyendo el ruido ambiental y la iluminación durante la noche.
- Minimizar los procedimientos y el uso prolongado de invasivos.

También se mencionan intervenciones multicomponente, la cual involucra participación de familiares durante la hospitalización del AM, la cual disminuiría la incidencia de delirium (22).

En el servicio de Medicina HNAN, la aplicación de la escala de CAM se realiza en todas las personas ingresadas en la unidad de cuidados especiales, aplicándose al inicio del turno de noche. Esta medida, ha servido para colaborar

en el diagnóstico de delirium y adoptar medidas preventivas para disminuir sus riesgos y/o complicaciones en el AM.

2.1.4. El cuidador familiar en el contexto hospitalario

En muchas ocasiones el profesional de enfermería y el equipo de salud se ven enfrentados a una alta carga laboral, con AMs que poseen capacidades funcionales disminuidas y dependientes en la satisfacción de sus necesidades básicas. Es por esto que surge la necesidad de contar con el apoyo de otros actores para el cuidado de los AMs, donde el profesional de enfermería recurre a la familia y/o cuidador familiar del AM hospitalizado, para colaborar en la satisfacción de las necesidades propias de esta etapa del ciclo vital durante la hospitalización.

El cuidador familiar del AM hospitalizado, es la persona que colabora con el equipo de enfermería en la satisfacción de necesidades propias de los AMs. Para efectos de este estudio, resulta relevante describir las características de los cuidadores y destacar la importancia de ellos en el cuidado de los AMs.

Según la literatura los familiares que se hacen cargo del cuidado de los AMs, son personas que otorgan un cuidado informal, no reciben remuneración o una retribución económica. Se definen como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones (23).

Un estudio realizado en Valdivia, Chile arrojó que los cuidadores familiares en un 91% son mujeres (23), que presentan lazos de consanguinidad directos con el AM, ya sean esposas o hijas, aunque en algunos casos también se encontraron nueras que se hacen cargo de este cuidado informal (24). La edad media del cuidador familiar es de 58,6 años (23) y además presentan una baja escolaridad. En cuanto a la situación socio laboral, gran parte son amas de casa o se encuentran sin trabajo, por ende, presentan bajos ingresos económicos. El cuidar a un AM demanda tiempo casi completo, por lo cual difícilmente es compatible con un trabajo, ya que además los cuidadores deben desempeñar las labores domésticas y muchas veces se encuentran al cuidado de niños en etapa escolar.

La sobrecarga del cuidador, es medida por la Escala de Zarit (25), la cual consta de 22 preguntas y su resultado clasifica al cuidador con ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa. Según el estudio revisado, a nivel nacional, del total un 59,7% presenta una sobrecarga intensa, lo que difiere de los estudios internacionales donde solo un 5,8% presenta sobrecarga intensa

(23), por lo que se observa una mayor sobrecarga en los cuidadores de nuestro país, derivado probablemente de la falta de redes de apoyo familiares y de los equipos de salud. En este estudio se menciona que la mayoría de los cuidadores no contaban con personas que les ayuden en el cuidado y que sólo recibían ayuda de un familiar. Las personas que más colaboraban en las labores del cuidado son miembros de la misma familia (23).

En este mismo estudio, se menciona que los encuestados reconocieron a los centros de salud como entidad prestadora de servicios, aunque refieren que la frecuencia de las visitas aún dista de ser la necesaria (23), el tiempo se hace muy corto para poder brindar el apoyo emocional que los AMs necesitan y adquirir las destrezas necesarias para entregar cuidados en el hogar después del alta, ya que la hospitalización se convierte en una situación de estrés tanto para el adulto mayor, como para su familia.

En la literatura, se encuentran pocos estudios que avalen la importancia del apoyo de la familiar durante un proceso de hospitalización en un adulto mayor. Existen algunos estudios experimentales que avalan la importancia de incluir a los familiares en los cuidados diarios del paciente, para ayudar a satisfacer las necesidades de aseo/confort y alimentación principalmente. Esto es fundamental para una mejor recuperación del AM y poder continuar con los cuidados en su hogar, donde se pretende que se prolonguen estos cuidados para la adecuada reinserción en el medio, transformándose el período de hospitalización en una oportunidad para el aprendizaje de los familiares de los cuidados que posteriormente brindarán en el hogar.

En el HNAN, no están descritas las características de los cuidadores informales que participan activamente en el cuidado de los AMs hospitalizados, pero se observa que la situación puede ser bastante similar a lo que se menciona en la revisión bibliográfica a nivel nacional.

Como una forma de brindar mejores cuidados a los AMs hospitalizados y poder incluir a los familiares durante este proceso de hospitalización es que los profesionales de enfermería del servicio de Medicina elaboraron el año 2016 un protocolo de acompañamiento para todas las personas hospitalizadas. En este protocolo se autoriza el acompañamiento prolongado durante el día y la noche a quienes así lo requieran y además se les brinda la posibilidad de asistirlos en los horarios de alimentación, si así fuese necesario. Para esto, se crearon tripticos

informativos con las funciones que debe realizar cada familiar acompañante, un cuaderno de registro de los datos de éste, credenciales que identifiquen al familiar y el tipo de acompañamiento que realiza. Durante ese año se observó poca adherencia a este protocolo, ya que el acompañamiento se realizó de manera más informal, no se realizaron los registros correspondientes y pareciera existir una resistencia, según la percepción de esta autora, al acompañamiento familiar dentro de los servicios por parte del equipo de enfermería, es por esto, que nace la necesidad de buscar evidencia científica disponible que avale la importancia de los familiares en el proceso de hospitalización y ajustar el protocolo existente a las necesidades específicas que poseen los AMs.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual

En la literatura el envejecimiento posee numerosas deficiones desde diferentes puntos de vista como el del ser humano, el psicológico, social, político, espiritual y entre otros. Para efectos de este estudio utilizaremos la definición encontrada en la revisión bibliográfica de Alvarado García, en donde se refiere al envejecimiento como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales (26).

El envejecimiento es un proceso que puede ser individual y general para todos los seres humanos, lo que se conoce como envejecimiento poblacional. El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total, aunque también se define como la inversión de las pirámides de población (27).

Este proceso es resultado de la acción de dos transiciones: la demográfica y la epidemiológica. Definidas brevemente, la transición demográfica se refiere a la transformación en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad. La transición epidemiológica, hace alusión al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes(27).

El envejecimiento poblacional trae consecuencias en todos los aspectos de la vida de los seres humanos, tales como, económicas, sociales, físicas, emocionales, en la necesidad de atención de salud, entre otros aspectos de la vida cotidiana (28). Para lograr adecuarse a esta nueva realidad del envejecimiento, a nivel mundial se han realizado cambios en las políticas públicas en favor de un envejecimiento más adecuado a las necesidades propias de este grupo etario, con el fin de que esta última etapa del ciclo vital no sea sinónimo de enfermedad o dependencia, sino de disfrutar los últimos años y de autovalencia para los adultos mayores.

En nuestro país, desde los años sesenta que se viene dando este fenómeno del envejecimiento poblacional, el cual ha ido aumentando paulatinamente con el paso de las décadas. Según el Censo 2017, la población de 60 años y más corresponde a un 16,2% del total, siendo nuestra región la tercera más envejecida a nivel nacional (6).

En los últimos años, Chile ha trabajado en políticas públicas que promuevan un envejecimiento positivo, las cuales se basan en el principio que el envejecimiento debe ser un privilegio y no una dificultad, donde tengamos AMs que sean claves en el desarrollo de la sociedad. El programa Envejecimiento positivo, creado por el gobierno se basa en 4 pilares fundamentales:

- Saludable: Brinda acceso, oportunidad y calidad en la atención de salud a las personas mayores.
- Seguro: Beneficios sociales para las personas mayores en situación de dependencia y con mayor necesidad de cuidados.
- Institucional: Creación de nuevas instancias de apoyo acordes a la realidad de envejecimiento del país.
- Participativo: Favorecer la autonomía, fortalecer la organización, facilitar la participación laboral y contribuir a la creación de espacios públicos amigables (29).

Si bien, las políticas públicas se han ido ajustando a la realidad actual de la población adulta mayor, aún se necesitan más cambios para cubrir las diferentes necesidades que este grupo etario posee en nuestro país y enfrentar este fenómeno demográfico.

Como se mencionado anteriormente, el ser humano también presenta un envejecimiento de tipo individual, el cual es un proceso irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida y que está determinado por factores internos como los mecanismos genéticos y factores externos como los problemas de salud o los cambios adaptativos que se pueden experimentar a lo largo de la vida de las personas (30).

El envejecimiento individual, es un proceso que puede ser tratado desde tres distintos enfoques (27):

1. Biologicista: Se basa en dos teorías, la primera del envejecimiento programado, que se refiere a que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido para cada

organismo y especie. La segunda teoría del desgaste natural del envejecimiento, se refiere a los cuerpos envejecen debido a su uso continuo.

También hace mención a que algunos gerontólogos distinguen entre un envejecimiento primario, el cual es un proceso gradual de deterioro corporal que comienza a temprana edad y que continua a través de los años y el envejecimiento secundario, que es el resultado de la enfermedad, los malos hábitos y otros factores.

2. Psicológico: Este enfoque se basa en diversas teorías de algunos autores, como la noción del envejecimiento satisfactorio de Rowe, que sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos que permitan compensar las incapacidades. Se menciona también la teoría de Ericsson, que asocia esta etapa a la octava crisis del desarrollo psicosocial del yo “integridad versus desesperación”, donde la persona se encuentra llena de sabiduría, informada y desapegada por la vida frente a la muerte, versus un sentimiento de acabamiento, confusión y desamparo.
3. Social: Que también abarca diferentes teorías, en las cuales se considera a la vejez como una ruptura social y también como una persona con pérdida progresiva de sus funciones. Estas teorías han sido útiles para desarrollar áreas de trabajo para la interpretación de la realidad de los AMs.

El concepto de adulto mayor ha surgido como una alternativa a “persona de la tercera edad” y “anciano”. Se considera adulto mayor a aquel individuo que se encuentra en la última etapa de su vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Es precisamente durante esta fase que el organismo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando paulatinamente.

Para la Organización de Naciones Unidas (ONU), una persona es adulta mayor a partir de los 60 años, solo para países en vías de desarrollo. Por su parte para la OMS, las personas entre 60 a 79 años son consideradas de la tercera edad, los mayores de 80 años, de la cuarta edad y quienes tienen 100 años o

más, de la quinta edad. En Chile, se considera adulto mayor desde los 60 años, el cual será el rango de edad que utilizaremos en el presente estudio (6).

Durante los últimos años han surgido mejoras en cuanto a calidad y esperanza de vida a nivel mundial, las cuales han contribuido para que la tasa de mortalidad de la población AM disminuya. Es por esto que hoy es frecuente que nos encontremos con muchísimas personas en esta etapa del ciclo vital que llevan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes. Según datos del Centro de Políticas Públicas UC, un 75,9% de los AM no posee dependencia y más de un tercio de los AM sigue trabajando después de los 60 años en nuestro país (31).

Esta etapa de la vida para algunas personas es ciertamente más compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el organismo comienza a deteriorarse, en esta situación el individuo disminuye su probabilidad de mantenerse activo, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados de exclusión y postergación, por lo que es necesario que el envejecimiento sea visto como un proceso natural del ser humano, donde podamos integrar a los AMs en las diversas áreas según sus necesidades propias, consiguiendo que ellos no se sientan olvidados en la sociedad.

2.2.2. Cambios fisiológicos del adulto mayor

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos, que diferencian al adulto mayor del resto de la población adulta. El envejecimiento es un proceso natural del ser humano, a continuación se mencionan los sistemas del organismo con los cambios más relevantes para el adulto mayor descritos en la literatura y con mayor relevancia para el presente estudio.

1. Sistema Nervioso Central:

El cerebro pierde su masa en relación directa al aumento de edad y su flujo sanguíneo se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación del flujo. Las células del sistema nervioso central presentan cambios en sus componentes, pero contrario a lo que se cree la pérdida de neuronas es mínima y no es generalizada. No existe una disminución de las dendritas e incluso algunos estudios sugieren que en ciertas zonas del cerebro existe un aumento de las dendritas en relación con la edad (32).

Los cambios a nivel cerebral involucran además variaciones en el desempeño cognitivo del adulto mayor. Se describe en la literatura, que hay un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información, una disminución en la capacidad de cambiar o alternar el foco de la atención en los AMs y una alteración de la velocidad de respuesta a un determinado estímulo. Estas capacidades tienen gran variabilidad entre las personas y se ha planteado que su disfunción pudiera ser parte del deterioro de otras esferas cognitivas, como la memoria. La capacidad de retener información por períodos cortos de tiempo (memoria de corto plazo) en general sólo muestra un mínimo deterioro con la edad (32).

2. Sistema Músculo esquelético:

La masa muscular presenta una declinación progresiva desde los 40 años, la cual genera menos capacidad del músculo para generar fuerza y mantener una adecuada funcionalidad (32). Existe una menor actividad de la hormona del crecimiento y andrógenos que contribuyen a una disfunción muscular

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Existe disminución de la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor cortical, además de pérdida de masa ósea (osteoporosis) mayormente

en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacias, que es la falta en la calcificación de la matriz ósea y acumulación del hueso no calcificado, lo cual se asocia al déficit de vitamina D (32).

Se describe en la literatura, que la pérdida de masa muscular es un factor contribuyente al desarrollo de resistencia a la insulina. Los AMs tienen una respuesta disminuida en la contra regulación del metabolismo de la glucosa, esta condición asociada a las alteraciones cognitivas y motoras de la edad hace a la población adulta mayor presentar un mayor riesgo de hipoglicemia y sus graves efectos secundarios.

3. Sistema Cardiovascular:

Al nivel del sistema cardiovascular, el corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. El endocardio se adelgaza difusamente y las válvulas presentan calcificaciones. El corazón del AM es capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades propias, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años (32).

Se observa un engrosamiento de la pared arterial, lo que ocurre como resultado de los cambios estructurales de esta y que puede contribuir al desarrollo de hipertensión arterial (32). Según la última Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017, en Chile un 75% de los AMs padecen de hipertensión arterial.

Existe también un aumento de la rigidez de las arterias de conducción y de la resistencia periférica total, lo que contribuye al aumento de la reflexión de la onda de pulso y a su vez al aumento de la presión arterial (32). Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en cambios aterotrombóticos, riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos.

La fibrilación auricular, es la arritmia crónica más frecuente y aumenta su prevalencia con la edad, su origen podría deberse a cambios en la matriz extracelular y cambios estructurales que sufre el corazón con el envejecimiento.

4. Sistema Respiratorio:

En el aparato respiratorio hay una disminución de la elasticidad pulmonar y

un aumento de la rigidez de la pared torácica, que no permiten una buena contracción y distensión pulmonar, como consecuencia un déficit en el intercambio de gases.

La velocidad y producción del moco traqueal está alterada, así como la funcionalidad de los cilios, lo que no permite la adecuada limpieza del árbol bronquial. Además disminuye el reflejo de la tos, dificultando la eliminación al exterior de las secreciones. (33)

5. Sistema Uro Nefrológico:

En el sistema renal, aparecen cambios en la estructura y surge una declinación de la función renal. Existe una disminución del tamaño de los riñones, disminuye la filtración glomerular y existe un déficit de concentración y dilución urinaria. Los estudios demuestran que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es de 15% a 50% en los mayores de 70 años, siendo la edad el principal factor de riesgo para ésta (32).

En cuanto a la función de los túbulos renales, se ha demostrado una disminución aproximadamente de un 20% en la capacidad de concentrar orina, a partir de la sexta década de vida. Normalmente el envejecimiento no afecta los valores basales de electrolitos plasmáticos (Na, K, Cl) y tampoco se observan alteraciones en la capacidad de mantención del balance hidroelectrolítico en condiciones de dieta balanceada y disponibilidad libre de agua para ingesta. Sin embargo, la capacidad de adaptarse frente a cambios agudos en el balance hidroelectrolítico se ve disminuida, lo que explicaría la mayor incidencia de trastornos hidroelectrolíticos en los ancianos hospitalizados (32).

Las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, por los cambios producidos por la caída de estrógenos en mujeres y por la presencia de obstrucción prostática por el crecimiento normal de la glándula en los hombres. En las mujeres se produce relajación de los músculos perineales, puede existir incontinencia de urgencia y disfunción uretral. En los hombres, se puede producir retención urinaria como consecuencia de la hiperplasia prostática benigna.

6. Sistema Digestivo:

A nivel del sistema digestivo, existe una disminución de la salivación y de

la masticación, una mayor dificultad para deglutir los alimentos, retraso en el vaciamiento gástrico, por la producción de peptina y una reducción de la motilidad intestinal, por una disminución de la inervación, acompañado de alteraciones en la absorción y la actividad enzimática, por consiguiente, más probabilidades de sufrir de estreñimiento y divertículos en el AM (33).

Hay un déficit en la contracción de la zona anal, con disminución de la elasticidad de la pared muscular y de la inervación, por lo que existen, mayores posibilidades de incontinencia fecal (33).

El hígado ha disminuido su tamaño, y además el número de hepatocitos y el flujo sanguíneo se encuentran disminuidos, por lo que, existe un descenso en la función hepática, provocando una alteración en los procesos metabólicos.

El páncreas, ha disminuido de peso, tamaño y también la secreción pancreática. La vesícula biliar tiene un vaciamiento más lento y existe una mayor tendencia a formar cálculos biliares (33).

7. Sistema Tegumentario:

En cuanto a la piel esta se vuelve más delgada, más seca, más transparente, menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. Se reduce la secreción de aceites naturales y del sudor, ésta disminuye su protección contra los traumatismos y la luz solar, así como la mantención de la temperatura corporal (32).

La dermis pierde parte de su contenido de colágeno, produciéndose arrugas. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución de tejido graso, los folículos pilosos se atrofian y disminuyendo su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos (32).

Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras debido a un aumento proporcional de la queratina.

8. Órganos de los sentidos:

En la visión disminuye su capacidad para enfocar objetos cercanos, existe dificultad para adaptarse a los cambios de intensidad de la luz y una pérdida de la capacidad para diferenciar colores.

En la audición, existe una disminución de la capacidad de escuchar sonidos agudos, por el adelgazamiento de la membrana timpánica, pérdida de su elasticidad y disminución en la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos. En cuanto al gusto y el olfato hay un descenso de las agudezas de ambos sentidos. Según datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de hipoacusia en mayores de 65 años en nuestro país es de un 52,4%

Podemos decir, que los adultos mayores experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de las personas que se encuentran en otras etapas de la vida. Mientras más aumenta la esperanza de vida, tenemos una mayor cantidad de adultos mayores quienes tienen necesidades propias que se deben satisfacer acorde a sus condiciones anatomofisiológicas.

Tabla 1: Cuadro resumen acerca de los cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento (33).

Cambios Morfológicos y funcionales		
Sistema	Cambios en el sistema	Efecto funcional
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez vascular y • Disminución de la velocidad de contracción. • Disminución de la respuesta contráctil adrenérgica. • Disminución de células marcapaso. • Leve hipertrofia ventricular izquierda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto cardíaco. • Disminución de la frecuencia cardíaca máxima. • Mayor riesgo de arritmias. • Aumento de la presión arterial y fibrilación auricular. • Riesgo de síncope.
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la rigidez de la caja torácica. • Disminución de la elasticidad pulmonar. • Aumento del volumen residual. • Respuesta disminuida a la hipoxia y a la hipercapnia. • Reflejo tusígeno disminuido. • Disminución de la actividad ciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a infecciones respiratorias. • Función respiratoria disminuida.
Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el tamaño, volumen y peso de los riñones. • Cambios en la corteza renal, principalmente disminución de los glomérulos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de enfermedad renal crónica. • Toxicidad incrementada a fármacos. • Tendencia al desbalance hidro electrolítico. • Mayor vulnerabilidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el flujo sanguíneo renal. • Menor filtración glomerular. • Menor capacidad para concentrar orina. 	
Sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> • Menor masa cerebral. • Menor velocidad de procesamiento. • Disminución de la síntesis dopaminérgica y catecolinérgica • Disminución del cuarto estadio del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución memoria a corto plazo. • Pérdida de concentración. • Menor destreza motora. • Déficit sensorial. • Disminución de la atención. • Insomnio.
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de masa muscular. • Pérdida del equilibrio. • Disminución fuerza. • Disminución de la densidad ósea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas. • Fragilidad. • Mayor riesgo de fracturas.
Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de grasa visceral. • Infiltración grasa de tejidos. • Disminución de la homeostasis de la glucosa. • Disminución de la absorción y activación de la vitamina D. • Disminución de la producción de tiroxina. • Función testicular y ováricas disminuidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del estímulo de secreción hipofisiaria. • Respuesta alterada al estrés. • Mayor riesgo de resistencia a la insulina y diabetes. • Osteopenia. • Disfunción sexual y menopausia.
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la salivación, masticación y 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la deglución. • Riesgo de estreñimiento.

	<ul style="list-style-type: none"> del gusto. Disminuye la motilidad gástrica y la producción enzimática. Se enlentece el tránsito intestinal y se altera la absorción y actividad enzimática. Disminuye la elasticidad de las paredes musculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Formación de divertículos. Incontinencia fecal.
Piel	<ul style="list-style-type: none"> Menos húmeda y laxa. Menor resistencia al trauma. Menor cantidad de grasa. Disminución de los melanocitos. Disminución de colágeno y elastina. 	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye la protección mecánica de la piel. Disminuye capacidad de mantener la temperatura corporal. Disminución de la cicatrización y de la fotoprotección. Disminuye la producción de vitamina D.
Cambios sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del umbral sensitivo. Opacificación de lentes intraoculares. Adelgazamiento de la retina. Disminución de la audición de alta frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la audición. Disminución de la agudeza visual y de la visión nocturna Disminución en la agudeza del gusto y el olfato.
Cambios sicoemocionales	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de problemas de salud. Funcionalidad disminuida. Mayor ansiedad. Disminución de las relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor probabilidad de depresión. Autoimagen desvalorizada. Aislamiento social.

2.2.3. Sustento disciplinar para ajustar el protocolo de acompañamiento al adulto mayor

En el presente trabajo, la autora ha decidido trabajar con dos teoristas, considerando las personas a quienes está dirigido el protocolo y el contexto donde este se desarrolla. Ellas son Virginia Henderson, con la Teoría de las 14 necesidades y Jean Watson, más contemporánea, con la teoría del cuidado transpersonal. La primera teoría fue seleccionada, debido a que esta aborda las necesidades básicas del ser humano y como el profesional de enfermería puede colaborar en su satisfacción. Por su parte, teoría de J. Watson resalta la esfera psicoemocional y el entorno de la persona, fomentando el establecimiento de una relación de confianza entre el profesional de enfermería y el AM.

2.2.3.1. Necesidades del adulto mayor basadas en la Teoría de Virginia Henderson

Toda persona independiente de la etapa del ciclo vital que se encuentre viviendo, presenta necesidades básicas que deben ser satisfechas para su supervivencia, como también las necesidades sicosociales y espirituales. Para la enfermería, la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, es una de las más importantes y utilizadas en su quehacer diario. Para describir las necesidades propias del adulto mayor me basaré en su teoría.

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, fallecida en el año 1996. Sus primeros años como enfermera, los dedicó a la docencia y luego se abocó al rol investigativo, producto de lo cual elabora una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en la cual se ve reflejado el paradigma de integración. Este modelo es considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, el cual ha sido ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

La definición que entrega Henderson de enfermería es: “La función específica de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible” (34).

Según la teoría de Virginia Henderson, existen 14 necesidades básicas que

el ser humano debe satisfacer cualquiera sea su etapa del ciclo vital para lograr un estado de bienestar. Henderson consideraba a la persona como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo (34).

Una de las mayores preocupaciones para los adultos mayores, es mantener la independencia en la realización de ABVD y disminuir los problemas relacionados con la movilidad, las alteraciones auditivas y visuales. Para valorar la capacidad que el AM posee para dar satisfacción a sus necesidades básicas debemos considerar el aspecto fisiológico del envejecimiento, además de sus hábitos y actitudes, el aspecto psicológico, social y funcional (35).

Los AMs poseen las mismas 14 necesidades básicas que el resto de las personas, pero la diferencia se encuentra en como se logran satisfacerlas, con qué nivel de independencia y de cuanta asistencia pudiesen requerir para ello, es decir, el nivel de capacidad funcional que requiere el AM para satisfacer estas necesidades.

Como se describió anteriormente, los cambios anatomofisiológicos del AM sumado a los cambios psicocognitivos se traducen en que las personas mayores tengan necesidades propias, entendidas para objeto de este trabajo como aquellas que requieren de una atención diferente que en otras etapas de la vida.

En la siguiente tabla se describirán 11 de las 14 necesidades descritas por Henderson, debido a que la autora consiera que estas son las necesidades que frecuentemente requieren mayores cuidados durante la hospitalización del adulto mayor, y que además requieran apoyo de un tercero, como un familiar para poder darles satisfacción.

Tabla 2: Valoración e intervenciones según las necesidades del adulto mayor hospitalizado basado en la Teoría de Virginia Henderson

1. RESPIRACION Y CIRCULACION			
Descripción	Capacidad para mantener el intercambio gaseoso y una buena oxigenación.		
Descripción en el adulto mayor	Limitaciones propias del envejecimiento para captar oxígeno y eliminar CO2 efectivamente.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar posición en la cama del AM. • Valorar coloración de la piel, mucosas y lechos ungueales. • Valorar frecuencia respiratoria, cardíaca y saturación de O2. • Valorar la permeabilidad de las fosas nasales. • Valorar presencia de tos y la capacidad de toser. • Valorar dificultad para movilizar y eliminar secreciones. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener al AM en posición semifowler. • Realizar aseo de cavidad nasal y bucal diario. • Control de P/A, FC, FR y Sat O2 según requerimientos. • Favorecer la eliminación de secreciones bronquiales, estimular a que el AM tosa. • Aspiración de secreciones bronquiales, si no logra eliminarlas por sí solo.

2. COMER Y BEBER

Descripción	Capacidad de la persona para comer y beber, masticar y deglutir.	
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la capacidad para alimentarse por sí mismo y obtener los nutrientes necesarios.	
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las preferencias del AM en la alimentación. • Valorar estado nutricional del AM. • Valorar la dentición del AM y el uso de prótesis dental. • Valorar la higiene bucal. • Valorar si requiere asistencia para alimentarse. • Valorar presencia de trastorno de deglución. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor <ul style="list-style-type: none"> • Alimentar al AM bien sentado. • Asistir al AM en su alimentación, si así lo requiere. • Facilitar alimentos que sean de su agrado y que logre comer sin dificultad. • Utilizar espesante de líquidos, si se observa alteración en la deglución. • Realizar aseo bucal o facilitar utensilios después de cada comida.

3. ELIMINAR LOS DESECHOS DEL ORGANISMO

Descripción	Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la capacidad de eliminar desechos metabólicos por sí mismo.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de incontinencia urinaria o fecal. • Valorar presencia de estreñimiento. • Valorar la necesidad de asistencia para ir al baño o para suministrarle la chata o el urinario. • Valorar la necesidad de uso de pañales o sondas. • Valorar la presencia de dermatitis asociada al pañal. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de pañales, fomentar siempre el uso de chata o urinario, o levantar al baño si la condición del AM lo permite. • Realizar aseo genital a diario y tres veces al día en pacientes con cateter urinario permanente. • Facilitar la movilidad del paciente y vigilar el régimen alimentario para evitar estreñimiento. • En caso de dermatitis asociada al pañal, aplicar óxido de zinc en la zona en cada cambio de pañal.

4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

Descripción	Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución progresiva de la capacidad para movilizar todas las partes del cuerpo.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de deterioro funcional y/o cognitivo. • Valorar la presencia de deterioro neurológico. • Valorar la presencia de dolor que pudiese dificultar la movilidad. • Valorar la necesidad de asistencia para moverse en cama, sentarse al sillón o levantarse. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la deambulación del AM. • Asistir demambulación del AM. • Realizar ejercicios pasivos en cama o sillón y enseñar a familiares. • En AM con movilidad disminuida realizar cambios de posición en cama según riesgo de UPP.

5. DORMIR Y DESCANSAR

Descripción	Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.	
Descripción en el adulto mayor	Dificultad para conciliar el sueño y mantener un descanso reparador. En un AM se recomienda dormir entre 7,5 a 8 horas diarias.	
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de dificultades para conciliar el sueño debido al envejecimiento. • Valorar antecedentes previos o durante la hospitalización de insomnio y/o delirium. • Valorar el uso de fármacos que favorezcan el sueño. • Valorar si existió suspensión brusca de éstos fármacos. • Valorar la presencia de dolor. • Valorar condiciones ambientales que impidan el descanso nocturno (luz, ruidos, temperatura ambiental). 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente tranquilo para el descanso. • Disminuir ruidos ambientales y apagar luces. • Administrar fármacos que favorezcan el descanso. • Solicitar a médico tratante la indicación de medicamentos de uso habitual del AM. • Manejo del dolor, si es que hubiese, con analgesia indicada por médico tratante.

6. VESTIRSE ADECUADAMENTE

Descripción	Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución en la capacidad de elegir y ponerse ropa adecuada.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none">• Valorar la necesidad de ayuda para vestirse debido al deterioro funcional o a la presencia de invasivos durante la hospitalización.• Valorar la capacidad del AM de elegir su propia vestimenta.	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none">• Colaborar con el AM para que logre vestirse.• Solicitar a familiares que lleven ropa cómoda y adecuada para el AM durante la hospitalización.

7. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Descripción	Regular la higiene propia mediante medidas básicas como el baño, lavarse las manos, entre otros.	
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la capacidad para mantener la higiene corporal por sí mismo.	
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none">• Valorar hábitos higiénicos previos a la hospitalización.• Valorar estado de la piel.• Valorar riesgo de UPP, mediante Escala de Braden.• Valorar la necesidad de supervisión y/o asistencia para bañarse, lavarse los dientes o las manos.	Intervenciones propuestas para el adulto mayor <ul style="list-style-type: none">• Realizar baño diario a los AM, en baño o en cama.• Facilitar utensilios para el lavado de manos y aseo bucal, asistir al AM al baño, en caso que no pueda hacerlo por sí solo.• Aplicar escala de Braden, al ingreso y según riesgo de UPP del AM.

8. EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

Descripción	Protegerse de toda agresión interna o externa para mantener así su integridad física y psicológica.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la capacidad de protegerse por sí solo a las agresiones del medio.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar presencia de cambios en el estado cognitivo como delirium, disminución del estado de conciencia. • Valorar antecedentes de caídas y riesgo actual, mediante la Escala de Morse. • Valorar la presencia de medidas de prevención para los riesgos potenciales para el AM. 	Intervenciones para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y revisar constantemente que la cama este frenada, al nivel más bajo, con las barandas en alto y el timbre de llamada al alcance del AM. • Aplicar escala de CAM al ingreso y todas las noches. • Aplicar escala de Morse al ingreso y diariamente. • Solicitar acompañamiento por algún familiar significativo en caso que el AM lo requiera.

9. COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS U OPINIONES

Descripción	Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la audición y de la visión del AM, lo cual puede alterar la comunicación.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de deterioro cognitivo. • Valorar la disminución de la audición y la visión. • Valorar el uso de lentes o audífonos. • Valorar redes de apoyo. • Valorar si el AM requiere de asistencia de un familiar o de algún objeto (lápiz, papel) para comunicarse. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una comunicación con el AM, permitiendo que exprese miedos, dudas y emociones. • Facilitar el uso de dispositivos como audífonos o lentes, según condición del AM. • Facilitar o solicitar a familiares medios que favorezcan su comunicación con otros.

10. REACCIONAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Descripción	Capacidad de la persona a explorar, conocer y promover sus propios principios, valores y creencias.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución de la capacidad para llevar a cabo acciones que le permitan vivir según sus creencias y valores.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la percepción actual de su estado de salud. • Valorar la importancia para el AM y su familia acerca de la espiritualidad. • Valorar la necesidad de ayuda para satisfacer esta necesidad, por parte de la familia o del profesional de enfermería. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la posibilidad al AM que algún familiar u otra persona pueda entregarle el apoyo espiritual que requiere.

11. RECREARSE Y ENTRETENERSE

Descripción	Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.		
Descripción en el adulto mayor	Disminución en la capacidad para recrearse y entretenerse sin la ayuda de terceros.		
Valoración en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la preferencias del AM acerca de hábitos de recreación. • Valorar la necesidad suministrarle objetos para su distracción. 	Intervenciones propuestas para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a familiares que lleven desde su hogar fotos o juegos de preferencia del AM.

Virginia Henderson, planteó que el profesional de enfermería no sólo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, que pueden modificar el entorno en los casos en que se requiera y que además se debe identificar al paciente y familia como un binomio.

Un adulto mayor dependiente en la satisfacción de sus necesidades, posee una menor funcionalidad para realizar aquellas actividades, esta disminución de la autonomía también implica en algunos casos una falta o dificultad de relaciones con el entorno familiar o con sus redes de apoyo. El profesional de enfermería debe valorar la presencia de ellos durante la hospitalización, ya que la familia es un apoyo fundamental para la satisfacción de sus necesidades básicas durante este proceso.

2.2.3.2. Calidad de la atención desde la Teoría de Jean Watson.

Como se mencionó anteriormente los AMs pueden presentar frecuentemente complicaciones durante la hospitalización, por ejemplo, caídas y UPP, ambos indicadores de calidad de los servicios de salud y que se encuentran directamente relacionados con la calidad de los servicios de enfermería.

Para Jean Watson, esta calidad se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio (36).

Durante los últimos años Jean Watson, una enfermera estadounidense ha trabajado el concepto de humanización del cuidado en enfermería. Desarrolló la teoría del cuidado transpersonal, la cual entrega una gran importancia a la dimensión espiritual del ser humano, donde los elementos más importantes de su teoría son el alma, el dualismo, la armonía, la causalidad y el tiempo, la evolución espiritual y la autotrascendencia (37), los cuales son relevantes de considerar a la hora de entregar cuidados humanizados por parte de los profesionales de enfermería. Define la enfermería, como “los conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y acciones, con cierto grado de pasión” (34).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a la humanización de la atención como “un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (38).

La atención de calidad, incluye brindar un cuidado humanizado a los adultos mayores, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera – paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado para las personas (39).

Watson, describe que la base de su teoría es una relación de cuidado transpersonal, que se define como un tipo especial de relación de cuidado humano, una unión con otra persona, con una especial consideración por la

persona completa y su estar en el mundo. El establecimiento de una relación de cuidado – amor, es esencial para la práctica de la enfermería (34).

La base de la teoría de Watson son los 10 factores de cuidados, cada uno de los cuales tiene un componente fenomenológico, relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería. Estos factores de cuidados, fueron ampliados en el transcurso de los años, a los 10 procesos de caridad, los cuales incluyen una dimensión claramente espiritual y una evocación franca al amor y al cuidado. De estos 10 procesos de caridad, sólo se mencionaran los 7 más relevantes para la autora del este estudio, que influyen en la atención de AM hospitalizado y su familia:

1. Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad:

El profesional de enfermería incorpora valores humanos y altruistas al entregar atención a los AMs, brindando un trato amable, cercano, estableciendo contacto visual, teniendo una actitud cordial y adecuada que influya positivamente en la salud del AM.

2. Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno:

El profesional de enfermería desarrollará una interrelación enfermera – paciente eficaz. Debe ayudar al AM, a cultivar sus creencias y rituales mientras esté hospitalizado, colaborando en mantener su fe, lo que contribuye a la sanación o la mantención de la salud, esto no necesariamente logrará la sanación, pero sí estará asociada al cuidado. La familia puede brindarle ayuda al AM, en la mantención de la fe y sus creencias, mientras se encuentre hospitalizado.

3. Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza:

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el AM, es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión, de los sentimientos tanto positivos como negativos, implica coherencia, empatía, acogida, comunicación eficaz y una confianza mutua entre la enfermera y el AM.

La familia, durante la hospitalización puede colaborar con la expresión de sentimientos por parte del AM hacia la enfermera, cuando este no pueda hacerlo por sí solo.

4. *Estar presente y fomentar la expresión de los sentimientos positivos – negativos:*

El compartir sentimientos es una experiencia que obliga a asumir riesgos, la enfermera debe estar preparada para la expresión de sentimientos tanto, positivos como negativos por parte del AM, debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás y brindarle el tiempo necesario para la expresión de sus emociones y aceptarlas.

Es importante establecer una comunicación entre el AM y el profesional de enfermería, con el fin de que el y su familia, puedan expresar sus sentimientos para así entregar cuidados humanizados.

5. *Implicación en una experiencia de enseñanza – aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro:*

Este factor es un concepto importante para la enfermería, porque separa el cuidado de la curación.

Permite que el AM este informado y le entrega responsabilidad, en su bienestar y salud. La enfermera facilita este proceso, con las técnicas de enseñanza y aprendizaje, diseñadas para permitir que los AMs realicen el autocuidado, evaluando sus conocimientos previos para determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal. El profesional de enfermería debe consultar la opinión del AM o de su familia al realizar procedimientos, respetando su decisión.

6. *Creación de un entorno de curación a todos los niveles:*

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos, tienen en la salud y la enfermedad de los AM.

Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales. En el entorno externo se incluyen las variables epidemiológicas, el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables. A partir de estas variables, surgen las necesidades del AM, que deben ser satisfechas para mantener un buen estado de salud.

7. Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado – curación con atención a las necesidades humanas básicas:

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del AM. Las personas tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior, que pueden ser biofísicas (comida, eliminación y ventilación), psicofísicas (actividad, inactividad, sexualidad) y psicosociales (consecución y afiliación). Watson menciona que los factores socioculturales, afectan a las necesidades en todos los niveles, por lo tanto, el brindar cuidados para el profesional de enfermería debe estar enfocado en la satisfacción de las necesidades de manera holística e integrativa, abarcando todos los aspectos de la vida del AM.

El cuidado humanizado, es inherente a la enfermería, y sus profesionales desde sus inicios se han preocupado de cuidar incluyendo las esferas física, emocional y espiritual, incorporando además a las familias como parte importante del proceso de recuperación o mantención de la salud de las personas. Los profesionales de enfermería, deben mostrarse cercanos a las personas y sus familiares, brindando confianza, un trato amable, respetuoso, respetando los tiempos durante la conversación, siempre atento a la mirada del otro, con el fin de generar aquella conexión que el AM y su familia requieren durante la hospitalización.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como la enfermedad y la experiencia humana, por lo cual, el profesional de enfermería debe establecer una relación de confianza con el AM, que le permita brindar los cuidados que este y su familia requieren, para que así la hospitalización sea una experiencia satisfactoria, con la menor cantidad de complicaciones posibles.

Esta teoría puede ser de gran apoyo en la atención a los AMs, ya que, al entregarle mayor importancia a los valores humanos, nos acercamos más a las necesidades de este grupo de la población. Cabe destacar, que la humanización de los cuidados también incluye integrar a las familias en el proceso de hospitalización, con el fin de abarcar al ser humano en todas sus esferas y hacer un esfuerzo consciente por preservar el cuidado.

Con el objetivo de humanizar los cuidados, en nuestro país se han creado programas con el fin de fomentar una atención acogedora y digna para la familia

y la comunidad como, por ejemplo, el establecimiento del Programa Hospital Amigo en la red pública de salud, el cual no se aplica en el HNAN, y que consiste en la apertura de los centros asistenciales hacia la comunidad, extendiendo el horario de visitas de las personas hospitalizadas a seis horas diarias, en niños, adultos mayores y mujeres en proceso de parto (38). Con esto se pretende una recuperación más rápida de la persona, la disminución de las recaídas, fomentar la integración del familiar y/o red de apoyo social al cuidado del adulto hospitalizado, aumentar la satisfacción usuaria y una mejor comunicación entre familiares y equipo de enfermería, al interactuar diariamente en el cuidado de la persona y la trascendencia del rol del familiar en el proceso de recuperación.

Las visitas diarias y prolongadas fomentan la recuperación de la persona, pero antiguamente los sistemas de salud no consideraban que fuera necesario que las personas tuvieran visitas y que éstas pudieran contribuir en su recuperación, es por este motivo, que los hospitales fueron construidos con esa mentalidad. La arquitectura de gran parte de los recintos hospitalarios dificulta la inclusión de la familia, debido a que las salas son de tamaño reducido, asumiendo el familiar un rol pasivo en el cuidado. Dadas estas características, para la eficacia del programa se ha requerido que el equipo de salud manifieste compromiso, disposición y adecuación al cambio, lo que permitirá adoptar estrategias de enseñanza hacia la comunidad sobre las medidas de cuidado que se deben adoptar durante la hospitalización de la persona y así promover su continuidad en el hogar. El Hospital Amigo, tiene por objetivo ser un centro de convivencia, compañía, tolerancia, respeto en una adecuada medida para las personas hospitalizadas y sus familiares, pretendiendo que el momento de la visita sea un evento agradable y beneficioso para la persona enferma.

2.2.3.3. Breve análisis de ambas teorías

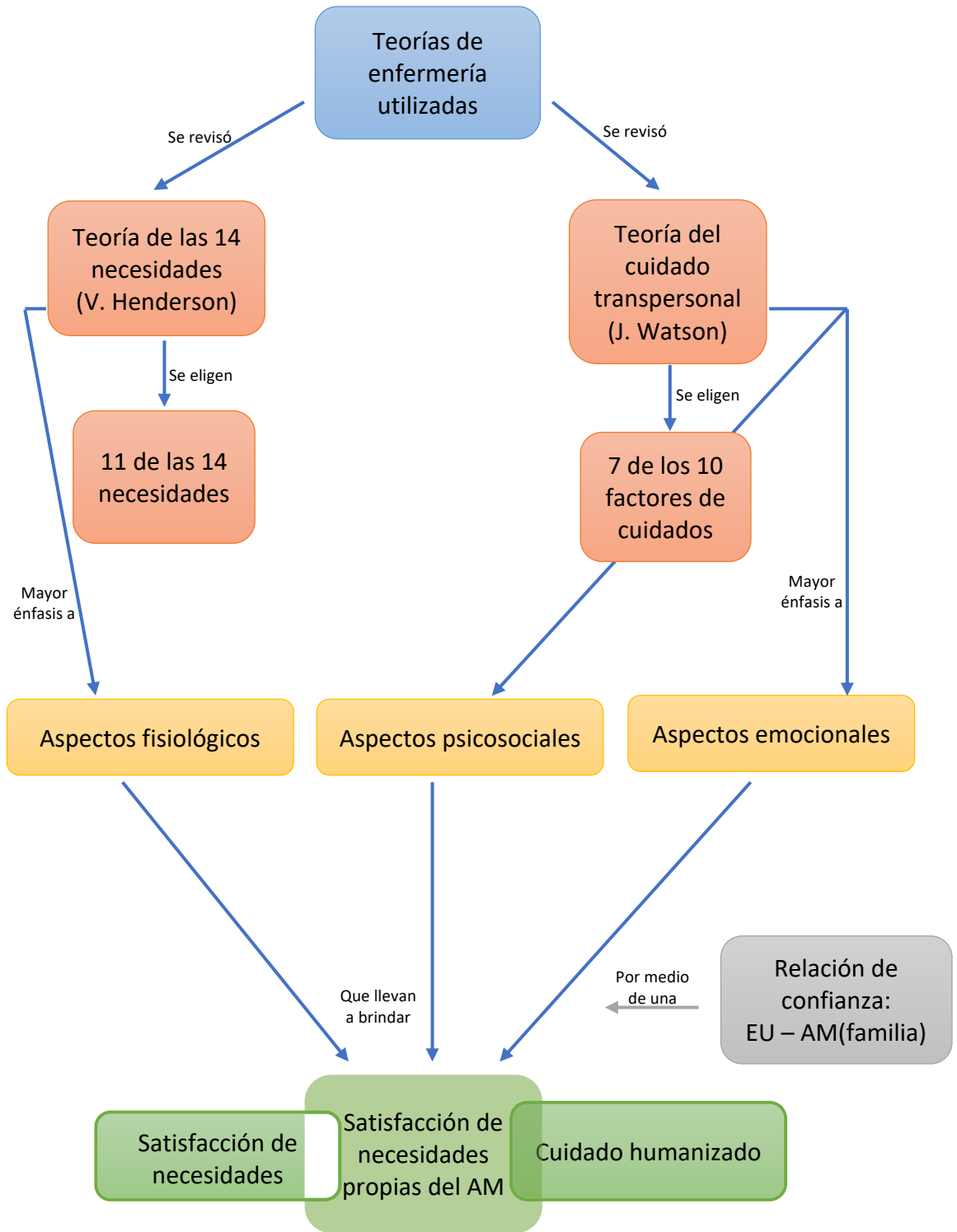
Para la elaboración de este estudio, se seleccionaron las teorías de Virginia Henderson, conocida como la Teoría de las 14 necesidades y la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, ambas fueron revisadas teniendo presente el contexto del AM que posee necesidades propias para su etapa del ciclo vital.

La teoría de Henderson describe las 14 necesidades básicas que debe dar satisfacción el ser humano para lograr un estado de bienestar. Estas necesidades están mayormente ligadas al aspecto fisiológico de las personas, aunque también involucra aspectos psicosociales y emocionales.

Por su parte, Watson en sus 10 procesos de caridad, da mayor énfasis a los aspectos emocionales y psicosociales de la persona y de su entorno, considerándola como una unidad de mente, cuerpo, espíritu y naturaleza (34). También incluye en algunos puntos los aspectos fisiológicos del ser humano, como necesidades de orden inferior.

El profesional de enfermería tiene la misión de establecer una relación de confianza con el AM y su familia, durante el proceso de hospitalización. Por medio de esta, puede conocer cuales son sus necesidades pudiendo colaborar en la satisfacción de estas, y al incluir aspectos del cuidado humanizado, se puede lograr satisfacer las necesidades que son propias del AM. A continuación, se presenta un mapa conceptual a modo de resumen.

Figura 1: Mapa conceptual teorías seleccionadas para el estudio



CAPITULO 3

METODOLOGIA

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Análisis de la pregunta clínica

En conclusión, se plantea la siguiente pregunta clínica para la investigación:

¿Cuál es la mejor forma de realizar el acompañamiento en los AMs hospitalizados según la evidencia científica disponible, comparado con el acompañamiento habitual para satisfacer las necesidades propias de este grupo etario?

Para la realización de este análisis se ha utilizado el modelo de Enfermería Basada en la Evidencia (E.B.E.), en base a lo cual se analiza la pregunta clínica en formato P.I.C.R. (P.I.C.O.).

Tabla 3: Análisis de la pregunta clínica

a	Intervención	Comparación con la intervención	Resultados esperados
AMs hospitalizados que requieren acompañamiento para satisfacer necesidades propias.	Protocolo de acompañamiento que cubra las necesidades propias del AM hospitalizado.	Protocolo de acompañamiento es igual para todas las personas que requieren.	Satisfacer las necesidades propias del AM hospitalizado, a través del acompañamiento familiar.

La E.B.E. consta de 5 fases de investigación, las cuales son: formulación de preguntas clínicas, búsqueda bibliográfica, lectura crítica, implementación y evaluación. Para efectos de este estudio solo se llegará hasta la tercera etapa de la E.B.E. lectura crítica de la información obtenida.

3.2. Estrategia de búsqueda

Para la elaboración de este protocolo, se realizó una búsqueda bibliográfica en dos etapas, la primera entre los meses de mayo a septiembre de 2017 y la segunda etapa durante el mes de octubre de 2017, con el fin de elaborar un protocolo de acompañamiento que ayude a satisfacer las necesidades propias del AM hospitalizado.

Las bases de datos que se utilizaron en esta búsqueda bibliográfica fueron Web of Science, BVS, Scielo y Cuiden.

Los descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) que se utilizaron para la búsqueda fueron: ancianos, cuidadores, accidentes por caídas, humanización de la atención, familia y hospitalización.

Se utilizó solo un operador booleano en la búsqueda, este fue “AND”.

3.3. Estrategia de selección

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos nombradas anteriormente, la selección de los descriptores fue a través de sugerencia de expertos. Los descriptores y el operador booleano se utilizaron de la siguiente manera para los buscadores BVS, Scielo y Cuiden:

- Ancianos AND humanización de la atención.
- Familia AND hospitalización.
- Ancianos AND cuidadores.
- Ancianos AND accidentes por caídas.

El buscador Web of Science, posee solo artículos en inglés por lo que los descriptores y operador booleano se usaron de la siguiente manera:

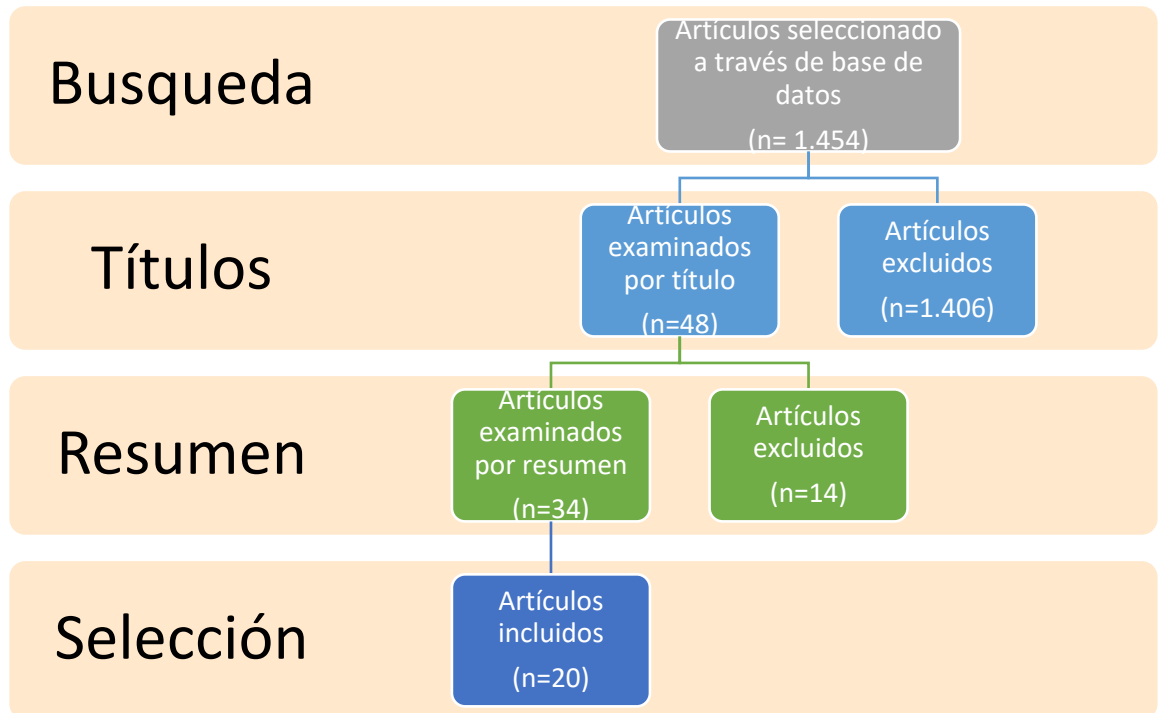
- Aged AND humanization of assistance
- Family AND hospitalization
- Aged AND caregivers
- Aged AND accidental falls

Los filtros utilizados para cada uno de los buscadores utilizados fueron:

BVS	Scielo	Cuiden	Web of Science
Texto completo disponible.	Texto completo	El filtro utilizado fue texto original, ya que es el único que permite la base de datos.	Texto completo disponible.
Año: 2010 – 2017.	Año: 2010 – 2017.		Año: 2010 – 2017.
Idioma: Inglés, Español, Portugués	Idioma: Inglés, Español.		Idioma: Inglés, Español, Portugués
País: Se seleccionaron países de América y Europa, excluyendo artículos de países del Medio oriente y África, por ser culturalmente diferentes a nuestro país.			País: Se seleccionaron países de América y Europa, excluyendo artículos de países del Medio oriente y África, por ser culturalmente diferentes a nuestro país.

De un total de 1.454 artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica, a continuación se realizó la lectura de todos los títulos de los artículos, que fueran acordes a lo que se estaba investigando, aquí se seleccionaron 45 artículos. Luego se seleccionaron los artículos según la lectura del resumen, donde se eligieron 24 artículos, como señala el diagrama a continuación

Imagen 2: Diagrama de flujo de revisión de artículos



Finalmente se realizó la lectura del artículo completo, donde el contenido de este ayudara a responder la pregunta investigativa que se había propuesto para el estudio, esta lectura consistía en un análisis crítico, el cual se realizó según los criterios que se explican en la siguiente tabla.

Tabla 4: Criterios para el análisis crítico de los 20 artículos seleccionados

Artículo	Criterios de análisis
Partes preliminares	<p>Título</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicativo del contenido del estudio. • Fácil de entender. • Que aporte a responder la pregunta clínica. • Incluye las palabras claves. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombres completos. • Incluye filiación institucional. • Incluye dirección postal electrónica. <p>Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenido básico de forma rápida, fácil de entender. • Usa solo texto, sin abreviaturas ni referencias. • Entre 150 a 250 palabras. • 1º párrafo: Objetivo. • 2º párrafo: Metodología. • 3º párrafo: Resultados, incluye valores. • 4º párrafo: Conclusiones <p>Palabras claves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben formar parte del título. • Incluir de 3 a 5. • Deben estar en el DECS.
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta pronta y directamente el tema. • Identifica y define el problema. • Informa antecedentes actualizados del problema. • Describe variables claramente. • Señala los objetivos o hipótesis.
Material y métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de Diseño: tipo, temporalidad, nivel de análisis. • Identificación de la Población. • Señala tipo y procedimiento de muestreo. • Tamaño de la muestra.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento utilizado, confiabilidad y validez. • Procedimiento de recolección de datos. • Describe paquete y análisis estadístico. • Consideraciones éticas: si presenta evaluación independiente del grupo de investigadores y expertos en Bioética. Existe o no consentimiento informado.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta de forma inmediata el perfil de la muestra.
Discusión	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza de manera afirmativa. • Se compara con otras investigaciones. • Menciona las limitaciones.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Debe dar respuesta a los objetivos planteados.
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Citación Vancouver o APA. • N° de referencias totales. • N° de referencias con menos de 5 años. • N° de referencias con más de 5 años.

Del análisis crítico realizado a los artículos finalmente seleccionados, surgieron las recomendaciones para lograr elaborar el protocolo de acompañamiento para los adultos mayores hospitalizados en el HNAN.

CAPITULO 4

RESULTADOS

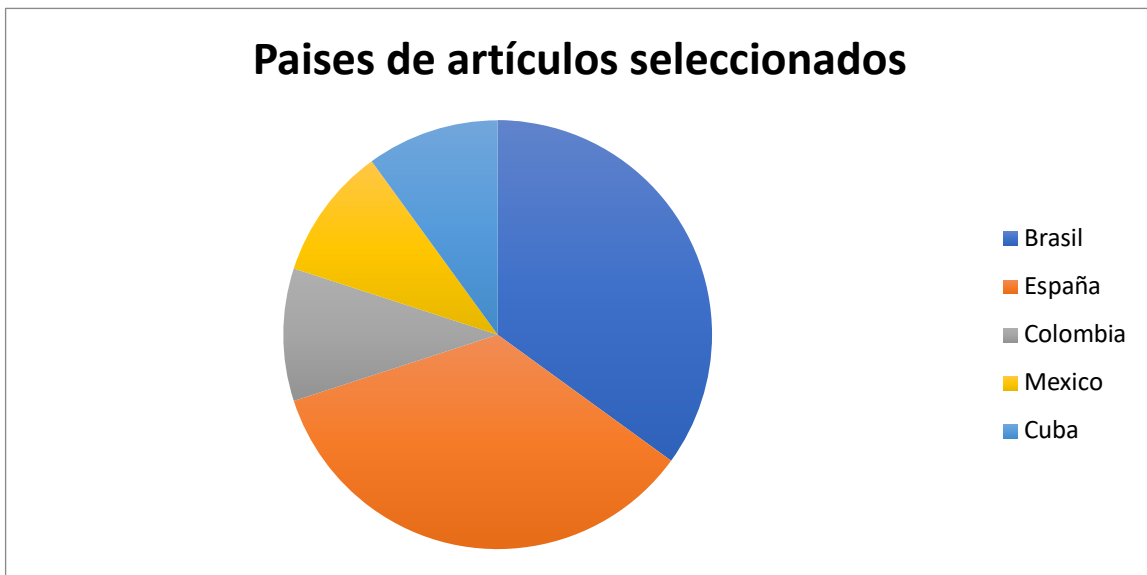
CAPITULO 4: RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Características de los artículos seleccionados

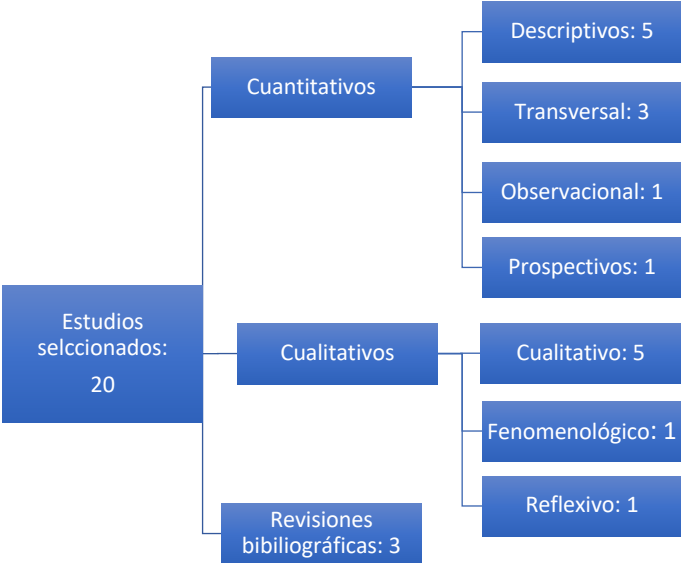
Del total de 20 artículos seleccionados, los países de origen en su mayoría eran de España y Brasil, con siete estudios cada uno. Los restantes se dividen en dos estudios de México, dos de Cuba y dos de Colombia. Durante la búsqueda bibliográfica gran parte de los estudios eran brasileños. Cabe destacar que existen muy pocos estudios acerca del tema a nivel nacional, la mayoría de ellos son del área pediátrica o de cuidados intensivos.

Grafico 1: Países de artículos seleccionados



Los estudios seleccionados se dividen en 10 cuantitativos, 7 cualitativos y 3 revisiones bibliográficas. Dentro de los estudios cuantitativos predominan los descriptivos con cinco estudios, luego los transversales con tres estudios cada uno, finalmente un estudio observacional y uno prospectivo. De los siete estudios cualitativos, nos encontramos con estudios del tipo fenomenológico y de tipo reflexivo.

Imagen 3: Tipos de estudios seleccionados



4.2. Niveles de evidencia y recomendaciones

4.1.1. Número de artículos seleccionados: 3

Descriptor Decs: Ancianos AND Humanización de la atención

Base de datos: Cuiden, Scielo

4.1.1.1. *Vivencias de familiares cuidadores de personas ancianas hospitalizadas y la experiencia de intercorporeidad.* Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Develar vivencias de familiares cuidadores de personas ancianas hospitalizadas, teniendo como referencial teórico filosófico la fenomenología de Merleau – Ponty y la noción de intercorporeidad.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cualitativo, fenomenológico.</p> <p>Muestra: Consta de 5 familiares acompañantes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.</p> <p>Lugar: Hospital público del estado de Bahía, Brasil.</p> <p>Instrumento: Se realizaron dos rondas de conversación, con una duración de 1 hora y 30 minutos, en una habitación reservada, ventilada y cercana a las camas de los AM hospitalizados. La entrevista se desarrollo en 4 etapas:</p> <p>1.Acogida e interracción entre los participantes</p>	<p>Mujeres, entre 33 y 57 años, hijas de los AM que acompañaban. Su estado civil eran cuatro casadas y una soltera.</p> <p>En este estudio solo se presenta 1 categoría:</p> <p><i>La experiencia del otro yo en las relaciones de cuidado entre familiares y personas mayores hospitalizadas:</i> Señala que la experiencia del otro siempre es una réplica de sí mismo y que las experiencias de cuidado son</p>	<p>El desarrollo del estudio es adecuado para la trayectoria de tipo fenomenológica.</p> <p>Se destaca la importancia de incorporar los familiares en el cuidado de los ancianos hospitalizados, ya que ellos colaboran directamente en el proceso de recuperación.</p>

2. Exposición de un video para la reflexión.
3. Apertura de rondas de conversación, con pautas preparadas previamente.
4. Cierre y evaluación de la actividad.

La recolección de datos por rondas de conversación es una de las más utilizadas y adecuadas para la trayectoria del estudio.

Las experiencias fueron registradas y transcritas, luego se sometieron a un análisis de la ambigüedad, basado en la ontología de la experiencia de Merleau – Ponty, donde se refiere a la intercorporalidad como la interrelación entre los seres humanos y otros seres vivos, como resultado de una experiencia dinámica perceptiva, que funciona a través de un conjunto de sentidos conectados al mundo.

En este tipo de estudio se utilizan métodos de análisis acerca de las experiencias de los entrevistados, que en este caso se basa en una filosofía específica.

Estudio aprobado por el Comité de ética e investigación de la institución.

siempre nuevas y creativas, conducen constantemente a la trascendencia del ser humano. En base a la intercorporeidad podemos comprender que la experiencia del otro no es un fenómeno restringido al miembro de la familia acompañante, sino que a todo el equipo de salud.

4.1.1.2. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Abades M.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Describir y analizar los cuidados enfermeros adoptados en las instituciones geriátricas, basándose para ellos en los “factores del cuidado” de la teoría de Jean Watson.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cualitativo, teoría fundamentada.</p> <p>Muestra: Consta de 12 enfermeras, 6 trabajaban en centros sociosanitarios y las 6 restantes en residencias.</p> <p>Lugar: Centros geriátricos y residencias sociosanitarias de los barrios Gótico, Gracia y Sagrada familia en Barcelona, España.</p> <p>Entrevista en profundidad, con una duración de 1 y media a dos horas, pudiéndose prolongar si el entrevistador detecta que el entrevistado desea continuar y aportar nuevos datos.</p> <p>El entrevistador hará una introducción, donde se explicarán características y objetivos, durante la entrevista utilizará técnicas como silencios, animación, repetición, aclaración y cambio de tema.</p> <p>Este método de recolección de datos es uno de los más comunes para la trayectoria del estudio.</p>	<p>Las 6 enfermeras que trabajaban en centros sociosanitarios, eran mujeres entre 37 y 55 años. De los enfermeros de residencias 5 eran mujeres y 1 hombre, entre 37 y 53 años.</p> <p>El estudio arrojó 28 categorías, 10 familias de categorías y 3 temas mayores. De las cuales, las más éstas relevantes son:</p> <p>1. <i>El concepto del cuidado en geriatría:</i> Es un concepto abstracto, pero que se relaciona con un sentimiento de felicidad y afecto en sus intervenciones con el fin de lograr un estado de bienestar en uno mismo y en el otro.</p> <p>2. <i>Las actitudes y la dimensión humana de la enfermera en sus</i></p>	<p>El desarrollo del estudio concuerda con la teoría fundamentada.</p> <p>La persona mayor enferma o dependiente funcional debe ser tratada desde un abordaje global. El contexto social y sanitario presenta una respuesta insuficiente a las crecientes necesidades y demandas sociosanitarias de las personas mayores.</p>

Las entrevistas se registrarán con una grabadora digital, para luego transcribir los datos y analizarlos en base a la teoría fundamentada, mediante un análisis de contenido. Se utilizará la herramienta informática de análisis de textos Atlas.ti 5.0., utilizada en metodología cualitativa.

El análisis de datos es el adecuado para la trayectoria del estudio.

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito de los participantes. Además se obtuvo la aprobación del comité de Ética del hospital al cual estaban asociados los centros del AM.

relaciones con los pacientes: Todos los participantes refirieron sentir sentimientos gratificantes al cuidar AM.

3. La relación interpersonal enfermera – paciente: Al tener tiempo para establecer una relación de confianza, se entrega mayor seguridad al AM y su familia.

4.1.1.3. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Romero – Massa E, Contreras – Méndez I, Pérez – Pájaro Y, Moncada A, Jiménez – Zamora V.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio descriptivo y transversal.</p> <p>Población: Se realizó un cálculo para población finita, con una prevalencia esperada del 50%, un error del 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo un total de 132 pacientes hospitalizados en instituciones públicas de tercer y cuarto nivel que recibieron atención por parte de enfermería.</p> <p>Muestra: mediante un muestro no probabilístico, se entrevistó a los pacientes con un mínimo de 72 horas de estancia en el servicio de hospitalización.</p> <p>Instrumento: Recolección de datos por medio de dos encuestas, la primera que evaluaba aspectos sociodemográficos y la segunda como instrumento el cuestionario de Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería, validado en la Universidad Nacional de Colombia, con una validez de contenido del 0.83 y una validez facial del 0.78, lo que se considera como</p>	<p>Promedio de edad de los participantes de 51,4 años.</p> <p>Un 54,5% (72) de sexo femenino y un 45,5% (60) de sexo masculino, de estos un 31,8% son solteros y un 29,5% casados.</p> <p>Un 86,4% con un nivel socioeconómico de estrato 1 y un 11,4% de nivel 2.</p> <p>El tiempo de hospitalización promedio fue de 11,5 días.</p> <p>La percepción global del cuidado humanizado fue evaluada en su mayoría como excelente con un 55,3% y solo un 7,9% lo categorizó como malo. Las categorías con mejor</p>	<p>El estudio se realizó de acuerdo con el diseño propuesto.</p> <p>La gran parte de los pacientes perciben el cuidado humanizado de enfermería como excelente y bueno, especialmente frente a priorizar el cuidado.</p> <p>A pesar de que el estudio no fue realizado en adultos mayores, resulta útil para conocer la percepción que tienen los usuarios en general acerca del cuidado humanizado, ya que</p>

<p>aceptable. Este instrumento utiliza una escala de Likert de 4 puntos, donde 1 es nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre.</p> <p>Procesamiento de información se realizó con SPSS 17.0 y para el análisis los datos se expresaron en frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar, los cuales se aplican en un estudio de tipo descriptivo.</p> <p>Estudio se realizó con la aprobación del comité de ética de institución y además previa firma de consentimiento informado a los participantes del estudio.</p>	<p>evaluación por parte de los pacientes fueron: “priorizar al ser cuidado” con un 58,8% que lo evalúa como excelente, “dar apoyo emocional”, con un 57,7% que lo evalúa como excelente, “características de la enfermera” con un 53,9% y por último “calidades del hacer” con un 53,8%.</p>	<p>este incluye la esfera emocional del AM y por ende la compañía de sus familiares en el proceso de hospitalización.</p>
--	--	---

Recomendaciones de los 3 artículos seleccionados, utilizando los siguientes descriptores: ancianos, humanización de la atención, y las bases de datos: Cuiden y Scielo.

- Considerar al AM como un ser integral, incluir a su familia dentro de la planificación de los cuidados de enfermería, ya que ellos colaboran activamente en la recuperación del AM hospitalizado (37, 40).
- Establecer una comunicación efectiva con el AM y su familiar acompañante, favoreciendo una relación de ayuda y confianza, con el fin de favorecer la expresión sentimientos de éstos, considerando la teoría del “Cuidado Humanizado” de Jean Watson, para así lograr entregar una mejor respuesta a sus necesidades (38, 39, 40) .
- La vivencia de un proceso de hospitalización es diferente en cada persona, la enfermera debe tener la disponibilidad para brindar la atención adecuada y brindar apoyo emocional que el AM y su familia requieren para que así esta experiencia de cuidado humanizado sea percibida como satisfactoria por ellos (39, 40).

4.1.2. Número de artículos seleccionados: 7
Descriptor Decs: Familia AND Hospitalizacion
Base de datos: Cuiden, Scielo

4.1.2.1. Cuidado cotidiano de las familias en el hospital, ¿Cómo queda la seguridad del paciente?. Da Silva Santos Passos S, Henckemaier L, Chaves Costa J, Pereira A, Gonçalves R.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Comprender las acciones de acompañamiento de los familiares en el hospital que puedan afectar la seguridad del paciente		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Investigación cualitativa, con enfoque comprensivo.</p> <p>Muestra: Se invitaron a participar 20 familiares, pero 4 se rehusaron, quedando con una muestra de 16 familiares.</p> <p>Lugar: Hospital público de Bahía, Brasil.</p> <p>Recolección de datos, entrevista semiestructurada con guión y observación directa. Tuvieron una duración de aproximadamente 30 minutos, en un lugar restringido en presencia del investigador y el participante, respondieron preguntas acerca de: Cómo es el día a día con el acompañamiento con su familiar en el hospital,</p>	<p>Los participantes tenían entre 27 y 51 años, 13 eran del sexo femenino y solo 3 masculino. En cuanto al parentesco cinco eran hermanas, tres madres, dos padres y una hija, nieta, tía, cuñada, esposo y esposa.</p> <p>Las categorías seleccionadas fueron 4: <i>“Acciones para prevenir la infección en la vida cotidiana de su familiar”</i>: El acompañante asume acciones como higiene de la habitación, del baño, cambio de sábanas,</p>	<p>El estudio se realiza en base a la trayectoria propuesta e intenta comprender que acciones realizan los acompañantes que ayudan a mejorar la seguridad del AM durante la hospitalización. Los familiares acompañantes realizan actividades que son muy relevantes en el</p>

<p>relación con los demás acompañantes y con el equipo de enfermería.</p> <p>Este método de recolección de datos se adecua a la trayectoria del estudio.</p> <p>Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, el análisis de los datos se realizó mediante la interpretación de la información. Después de una lectura exhaustiva, el contenido fue decodificado y sometido a análisis, de la siguiente forma: descomposición del material en partes, distribución de los temas en categorías, descripción del resultado de la categorización, inferencias de los resultados e interpretación.</p> <p>Este método de análisis es utilizado en estudios de enfoque cualitativo.</p> <p>Realizado con aprobación del Comité de Ética en investigación de la institución.</p>	<p>según lo que le sugieren otros familiares.</p> <p><i>“Acciones sobre el uso de medicamentos y el uso de materiales en la vida cotidiana del familiar”</i>: ven situaciones que pudiesen ser de riesgo para sus familiares, pero las normalizan por la alta carga laboral del personal.</p> <p><i>“Acciones para la prevención y recuperación de las úlceras por presión”</i>: Realizan acciones para la prevención de UPP, sólo no las realizan cuando no presentan las destrezas o no pueden solos.</p> <p><i>“Acciones que apuntan a la interacción del familiar con el equipo de enfermería y la rutina de la unidad”</i>: Solo solicitan la presencia de la enfermera cuando su familiar presenta alguna complicación, debido a la alta carga laboral del equipo.</p>	<p>cuidado de los pacientes como objetivar la seguridad del paciente y establecer un ambiente de emocionalidad.</p> <p>Es necesario que exista una orientación al ingreso de los pacientes, donde se acoja a los familiares para que así puedan apoyar la atención brindando cuidados que sean seguros para los pacientes.</p>
---	--	--

4.1.2.2. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. Marujo – Perez K, Berumen – Burciaga LV, Mejía – Mejía Y, Palacios – Ceña D.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Conocer el significado de la hospitalización para la persona cuidadora del paciente hospitalizado.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cualitativo, basado la teoría fundamentada.</p> <p>Muestra: 18 familiares acompañantes de pacientes mayores de 18 años hospitalizados.</p> <p>Lugar: Hospitales del estado de Chiguagua, México.</p> <p>Se utilizaron entrevistas en profundidad no estructuradas y semiestructuradas. Se aplicaron memos durante el proceso de recogida, éstos métodos de recolección de datos son adecuados a la trayectoria del estudio.</p> <p>El análisis fue adecuado a la trayectoria del estudio, basado en la teoría fundamentada, con codificación abierta, axial y selectiva, identificándose categorías y subcategorías. Durante el análisis se aplicó el método de comparación constante.</p> <p>El estudio no detalla acerca de los aspectos éticos.</p>	<p>De los participantes 16 eran mujeres, con una edad media de 48,11 años.</p> <p>Se identificó como categoría central al “<i>ser desnudo</i>”, la cual esta formada por las subcategorías: “<i>yo frente a la enfermedad</i>”: donde se describen las situaciones que vive la persona cuidadora durante y después del proceso de hospitalización; “<i>tiempos de guerra</i>”: hace referencia a los problemas familiares que se desarrollan o agravan durante el proceso de la hospitalización; y “<i>bailando bajo la tormenta</i>”: se</p>	<p>El estudio se adecua a la trayectoria propuesta.</p> <p>La hospitalización puede provocar grandes cambios no solo en el paciente, sino que también en la persona cuidadora. Durante la hospitalización los cuidadores se enfrentan a grandes problemas y temores, donde la enfermera es quien ayuda a facilitar este proceso de adaptación y a identificar sus propias</p>

	<p>centra en aquellos cambios positivos que se dan en la persona cuidadora.</p>	<p>fortalezas, resulta importante destacar que se pueden lograr cambios positivos en los cuidadores luego de esta crisis. Es importante mencionar, que a pesar que el estudio no fue realizado en AMs, podemos conocer el significado que le entregan los cuidadores al proceso de hospitalización, pudiendo así entregar una idea de como establecer mejores estrategias para un acompañamiento adecuado para los AMs del estudio.</p>
--	---	---

4.1.2.3. *La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital.* Mora López G, FerréGrau, C.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Conocer y comprender la percepción y las prácticas de los cuidadores familiares de las personas dependientes durante el proceso de hospitalización.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cualitativo, basado en la teoría fundamentada.</p> <p>Muestra: Se seleccionaron 6 participantes para el estudio, mediante obtención de sus perfiles por entrevistas con los profesionales de enfermería y la revisión bibliográfica.</p> <p>Lugar: Hospital Verge de la Cinta de Cataluña, España.</p> <p>Entrevista en profundidad semiestructurada, con una duración de 1 hora, método de recolección de datos adecuado para este tipo de estudios.</p> <p>Lectura en profundidad de las entrevistas y análisis línea a línea, frase a frase de forma manual, utilizando el método de Glasser y Satruss de las comparaciones constantes, el cual recurre a la sensibilidad teórica de investigador, comparando diversos episodios de entrevistas o observación con los conceptos teóricos que nacen al identificar los temas fundamentales (54).</p>	<p>5 mujeres y un hombre participaron en el estudio, sus edades varían entre los 48 y 83 años, todos eran familiares de primer grado de los pacientes hospitalizados, con un bajo nivel socioeconómico y educativo.</p> <p>Se identificaron 3 categorías: <i>“el hospital como comunidad”</i>: los cuidadores pasan gran parte del tiempo y se interrelacionan con otros cuidadores y profesionales de la salud, aunque muchas veces pasan desapercibidos, <i>“actividades que realizan los cuidadores familiares”</i> y <i>“cambios que supone el proceso de hospitalización”</i>: Los cuidadores familiares quienes asumen la</p>	<p>El estudio se ajusta a la trayectoria de la teoría fundamentada. En cuanto a las conclusiones podemos decir que los hospitales fueron creados para atender a los pacientes enfermos, pero en su estructura y organización no fueron considerados los cuidadores familiares. Existen estudios que avalan la presencia que tienen dentro del hospital, pero ellos son invisibles para el</p>

<p>El estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética y a los participantes se les solicitó firmar un consentimiento informado para participar en el estudio.</p>	<p>responsabilidad del cuidado en el hogar, deben adaptarse a las normas del hospital y a la nueva manera de cuidar.</p>	<p>sistema de salud, aunque se utilizan como recurso y realizan actividades relacionadas con la higiene, la alimentación, la eliminación, la vigilancia y el acompañamiento de los enfermos. Es importante que el equipo de salud entregue más importancia al cuidador familiar, a pesar de los obstáculos que puedan presentar los hospitales, con el fin de brindar mejores cuidados a los pacientes, incluyendo la esfera emocional.</p>
--	--	---

4.1.2.4. Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en enfermería. Mangini Bocchi SC, Silva L, Caquel Monti CM, Spiri WC.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Analizar el fenómeno de apoyo familiar durante la hospitalización sobre la perspectiva del proceso de trabajo de enfermería.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cualitativo, teoría fundamentada.</p> <p>Muestra: Nueve personas con más de 7 días de hospitalización identificadas como familiares visitantes. El número fue definido por saturación teórica.</p> <p>Lugar: Servicios clínicos y quirúrgicos de un hospital universitario público de gran tamaño dentro del interior paulista, Brasil.</p> <p>Los datos fueron recogidos de acuerdo con la trayectoria del estudio por medio de grabaciones de una entrevista no estructurada de tipo focalizada, utilizando la pregunta guía ¿Cómo ha sido su experiencia como familiar visitante o acompañante de una persona hospitalizada?</p> <p>El análisis de los datos se realizó con el referencial metodológico de la teoría fundamentada para la formación de las categorías. La fase de análisis de datos fue:</p>	<p>Ocho de los entrevistados eran de sexo femenino y solo uno masculino. Con edades entre los 26 y 52 años. Con un promedio de siete días a tres meses como familiar acompañante. En su mayoría familiares de línea directa (una esposa, un hijo, cinco hijas, una prima y una sobrina). En cuanto a la ocupación 4 eran dueñas de casa, una profesora jubilada, una recepcionista, una operadora de máquina, una auxiliar administrativa y un ayudante de producción.</p> <p>Se describen dos categorías principales, cada una de ellas con subcategorías. La primera es</p>	<p>El estudio se encuentra acorde a la metodología cualitativa.</p> <p>Los profesionales de enfermería debiesen mantener un equilibrio entre las normativas de la institución y además considerar al paciente y su familia como parte del equipo de salud, ya que ellos nos ayudan a brindar cuidados de calidad. El profesional debe acercarse más a éstos, entregando la información que ellos</p>

descubriendo categorías, vinculando categorías, elaborando escritos breves e identificando el proceso.

El estudio evaluado y aprobado por el Comité de ética e investigación, con firma de consentimiento libre y aclarado.

“siendo familiar visitante”, que incluye las subcategorías de: *no se puede romper con la austeridad normativa para ser acompañante*, donde se menciona que el acompañante se encuentra con barreras, como las normas hospitalarias, siendo cohibido por el equipo de salud. *Encontrándose con las reglas para ser acompañante*, los familiares sienten que las reglas establecidas obstruyen el derecho a volverse acompañante. *Siendo cohibido por las reglas para ser acompañante y aceptando las reglas*, los familiares se sienten reprimidos a tomar la iniciativa de solicitar ser acompañantes.

Luego esta la categoría *“sentirse familiar acompañante”*, con las subcategorías: *sentir la acogida por enfermería*, es cuando la familia siente que es tratada con atención y consideración por parte del equipo de salud, *y teniendo que adaptarse a una situación hostil*, el

requieren y educando acerca de los cuidados necesarios. A pesar de que los hospitales no fueron creados pensando en el familiar acompañante, se debe brindar un ambiente donde ellos logren sentirse cómodos para así poder colaborar con la atención del adulto mayor que se encuentra hospitalizado.

	familiar debe cambiar sus hábitos, aprender a comportarse frente a situaciones del hospital, el equipo de salud le aconseja adaptarse a los nuevos eventos, que muchas veces no pueden ser modificados.	
--	---	--

4.1.2.5. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales.
Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo P, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P.

Nivel de evidencia: IV		
<p>Objetivos: Describir el perfil del cuidador familiar. Describir el papel del cuidador familiar en el hospital. Conocer la valoración que los profesionales de enfermería hacen de los cuidadores familiares y de su actividad en el hospital. Analizar las coincidencias y discrepancias existentes entre la percepción de los profesionales de enfermería y la situación descrita por los propios cuidadores familiares sobre las actividades de estos.</p>		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.</p> <p>Población: familiares que acompañan a los AM hospitalizados, según los criterios de inclusión establecidos: mayores de 18 años, de ambos sexos, con relación de parentesco con el AM, con al menos 5 días de hospitalización y que acompañen al AM más de 2 días aunque sean discontinuos y que no reciba remuneración económica por el servicio que realiza.</p> <p>Muestra: de los cuidadores familiares, por medio de un muestreo no probabilístico por cuotas, se seleccionaron 123 sujetos. Para los profesionales de enfermería se seleccionaron todos los sujetos, con una muestra de 110 sujetos, métodos de selección adecuados al tipo de estudio.</p>	<p>De los cuidadores familiares: mujer, hija o esposas de los AM, con estudios primarios y dedicada a las labores del hogar y que convive con el AM y además en un tercio de los casos se encuentran al cuidado de un hijo menor de 18 años. Su domicilio se encuentra entre 5 a 25 kms del hospital, donde permanece 16 horas, durante 6 a 20 días dependiendo del número de cuidadores con quien comparta la tarea y que</p>	<p>El estudio describe las características de los cuidadores familiares y las tareas que realiza en el hospital, según el diseño propuesto.</p> <p>Se destaca que los cuidadores principalmente realizan en el hospital labores de acompañamiento, entretenimiento y soporte emocional, también apoyan en dar la medicación, asistir</p>

Un cuestionario validado por el autor de estudio para los cuidadores, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral $\pm 7\%$. Un segundo cuestionario para los profesionales de enfermería, también validado por el autor con un nivel de confianza del 95% y un error muestral $\pm 7\%$.

El análisis de tipo descriptivo se realizó en frecuencias y porcentajes. En las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación típica). Se elaboraron índices de 0 a 100 para cada dimensión y cuestionario, para poder realizar las comparaciones entre las dimensiones de los cuestionarios de los cuidadores familiares. Se realizaron correlaciones entre las diferentes dimensiones de los cuestionarios de cuidadores familiares, mediante R de Pearson. Todo lo anterior se realizó con el programa SPSS 15.0.

El estudio no menciona las consideraciones éticas.

por sobre el 80% son dos o más.

Las labores que realiza “con mucha frecuencia” y “siempre” el cuidador en el hospital son: con un 92% mantener informados a otros miembros de la familia y sentarse junto al AM y pasar rato acompañándolo, con la misma frecuencia. Las actividades con mayor grado de dificultad (“algo”, “bastante” y “muy difícil”) son: ayudarle en la cama con un 28%, protegerle de caídas con un 17,2%, quedarse por las noches acompañándolo 16,4% y ayuda con el aseo personal 16,1%.

Por su parte el profesional de enfermería percibe que las actividades que más realizan los familiares acompañantes son dar información a la

en alimentación y en la prevención de caídas. Al educar a los cuidadores se podría cambiar de conducta y recibir más apoyo de éstos, ya que para el equipo de enfermería no realizan tantas tareas como ellos refieren o para lo que el equipo de salud espera de ellos.

	enfermera sobre los cambios de salud con un 59,9% de frecuencia, atender a las visitas con un 59,1% y ayudar con la medicación con un 51,9%.	
--	--	--

4.1.2.6. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en la hospitalización.
Ramos – Frausto VM, Rico – Venegas RM, Martínez PC.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal.</p> <p>Población: Pacientes que estuvieron bajo el cuidado de un familiar durante la hospitalización de las 231 camas del hospital seleccionado, durante abril a mayo del 2010.</p> <p>Muestra: Se utilizó el paquete estadístico MedCalc 9,2 para estimación de proporciones con un grado de insatisfacción de un 28%, con un nivel de confianza del 95%, error tipo I aceptado alfa α de 0.05, una potencia de 80% y asumiendo un 20% por los posibles participantes que no respondan el cuestionario completo, se obtuvo un tamaño de la muestra de 153 participantes.</p> <p>Cuestionario para evaluar la Calidad de atención de enfermería, el cual consta de 7 ítems evaluado con cinco reactivos de respuesta tipo likert que van de mayor a menos grado de satisfacción, este obtuvo un Alpha de</p>	<p>Edad promedio de los participantes entre 31 y 50 años, esta muestra representó el 50,3% de la población.</p> <p>El 71,9% de los participantes refieren estar casados. Los participantes con nivel de educación primaria fueron un 41,2%, seguido de un 34,6% para el nivel secundario.</p> <p>No hubo una relación significativa entre la percepción del familiar acompañante para determinar la satisfacción en el cuidado con respeto a los diferentes turnos de trabajo.</p> <p>Se encontró un 23,5% de</p>	<p>Obteniendo esta visión del paciente y el familiar que lo acompaña el profesional de enfermería puede gestionar los recursos para brindar una atención de calidad y más humanizada.</p>

Cronbach de 0.8492 lo cual mostró la consistencia interna de sus items en un rango de 1 a 5.

El estudio no se refiere a como se realizó el análisis estadístico, pero por los resultados obtenidos, se puede decir que los resultados fueron expresados en frecuencias y porcentajes.

Se contó con la aprobación del Comité de Etica e investigación de la institución.

insatisfacción tomando en cuenta el área oportunidad del 4,12%, la amabilidad un 4,24%, el proceso de atención un 4,31%, señalando un 4,47%, con respecto a la relación enfermera – paciente, con respecto la información entregada sobre su cuidado 4,25% y en la comodidad otorgada al paciente un 3,68%. Se encontró que la edad de los participantes no tuvo relación con la percepción de la calidad de la atención, pero se encontró que en el estado civil los familiares acompañantes que se encontraban casados percibieron que la atención de enfermería fue satisfactoria reportando un χ^2 6.01 con una $P=0.1$, métodos utilizados para probar datos correlacionales.

4.1.2.7. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. Cruz A, Pancorbo P, García F, Carrascosa M, Jimenez MC, Villar R.

Nivel de evidencia: IV		
<p>Objetivos: Establecer el perfil del paciente anciano atendido en las Unidades de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén. Analizar los resultados de la hospitalización en personas mayores en términos de variación de la capacidad funcional al alta respecto del ingreso. Identificar qué variables influyen en la variación de esa capacidad funcional de los ancianos hospitalizados en un centro sin unidades geriátricas.</p>		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo.</p> <p>Población: Personas mayores de 65 años, de ambos sexos, que por problemas agudos o reagudización de sus problemas crónicos de salud requieren internamiento en unidades convencionales de hospitalización de hospitales para asistencia especializada de tercer nivel.</p> <p>Muestra: La muestra seleccionada fue de 184 pacientes, se calculó con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 17,5% según estudios revisados previamente por el autor.</p> <p>Instrumento: Índice de Barthel, escala de medición de las capacidades funcionales de los pacientes, utilizado en su forma original validada.</p>	<p>Se incluyeron un total de 190 pacientes, mayores de 65 años, con una edad media de 77,4 años, considerando que el 76,4% son mayores de 75 años y 50% son mayores de 80 años.</p> <p>El 54,2% son de sexo masculino, frente a un 45,8% femenino.</p> <p>Presentan una estadía hospitalaria promedio de 15,68 días. La mayoría de los pacientes fueron ingresados desde urgencias (95,2%), por problemas respiratorios (47,4%) y cardiovasculares (20%).</p>	<p>El estudio posee un diseño correlacional y no descriptivo como señala el artículo.</p> <p>En estas unidades también se considera la participación de los familiares acompañantes, quienes como señala el estudio logran amortiguar esa pérdida de funcionalidad, ya que pueden compensar el déficit de tiempo para brindarles la atención necesaria por parte del profesional de enfermería,</p>

Las variables obtenidas se expresan como porcentajes o como media y sus desviaciones estándar. Se realizó un análisis bivariante mediante el test de *t* Student y mediante un análisis de la varianza de un factor (ANOVA), finalmente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal incluyendo todas las variables dependientes. Se ha considerado significación estadística un valor de $P < 0,05$.

Este método de análisis es adecuado para un diseño de tipo descriptivo.

El estudio se realizó con el permiso del hospital y cada paciente o familiar participante fue informado del estudio y se le solicitó su consentimiento verbal. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

Un 38,42% ingresa con una dependencia moderada al hospital.

Los hombres presentan una menor disminución de la capacidad funcional que las mujeres al alta. Así mismo la presencia de un familiar disminuye la pérdida de capacidad funcional al alta en comparación a los que se encuentran solos al ingreso, con una diferencia de casi 19 puntos.

Se obtuvo que un 43,12% de los pacientes vieron disminuida su capacidad funcional durante el ingreso, un 17,37% de los pacientes la conservaron y un 39,47% han mejorado.

Además se expresa según el modelo de regresión que un 65,2% de la pérdida de la capacidad funcional en base a cinco variables predictoras: la capacidad funcional del

debido a su alta carga laboral.

	<p>paciente al ingreso y al alta, la edad del paciente, si está acompañado y su destino al alta.</p>	
--	--	--

Recomendaciones de los 7 artículos seleccionados, utilizando los siguientes descriptores: familia, hospitalización, y las bases de datos: Cuiden y Scielo.

- Los familiares debiesen ser tomados en cuenta por el equipo de salud y entregales más importancia, ya que son participantes activos en el cuidado del AM y prestan una colaboración valiosa para la recuperación de su familiar durante la hospitalización, brindándoles un trato digno y amable por parte del equipo de salud (41, 42, 44, 45)
- Los familiares pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como asistir en alimentación, aseo y confort, eliminación, vigilancia o resguardar la seguridad del AM, además de brindar un ambiente de familiaridad, entregandoles mayor seguridad emocional (42).
- Los familiares se encuentran muchas veces con barreras asociadas a las normativas de los hospitales, que les impiden desarrollar su rol como acompañante. El profesional de enfermería es el encargado de entregar las facilidades necesarias para que los familiares puedan entregar el mayor apoyo posible al AM hospitalizado (41, 43, 47).
- El proceso de hospitalización genera mucha incertidumbre para la familia en general y el cuidador, la enfermera puede ayudar a disminuir estas dudas, valorando la experiencias previas, ayudando a identificar sus fortalezas y realizando educación constantemente acerca de las actividades en las cuales puede colaborar el familiar cuidador (41).

4.1.3. Artículos seleccionados: 4
Descriptor Decs: Ancianos AND Cuidadores
Base de datos: SCielo

4.1.3.1. Asociación entre incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Identificar la capacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.</p> <p>Población: 391 ancianos, con al menos una dependencia para las ABVD.</p> <p>Muestra: Para determinar el tamaño se consideró un intervalo de confianza de 99%, para una prevalencia del 50% de ancianos que presentaban por lo menos una dependencia en las ABVD, con estos parámetros se obtuvo un n=166, pero se acrecentó la muestra en un 20% por las eventuales pérdidas y rechazos, resultando una muestra de 199 ancianos.</p> <p>Intrumento dividido en dos partes: una parte obtener información acerca del anciano, con datos</p>	<p>La mayoría de los ancianos era del sexo femenino (57,3%), viudas (51,7%), con promedio de edad de 79,9 años. La mayoría de los cuidadores eran del sexo femenino (90,4%), hijas (48,8%), casadas (76,4%), con promedio de edad de 56,7 años.</p> <p>El principal motivo dependencia con 37% fue el ACV, seguido de las fracturas externas con un 15,2%. En cuanto al MIF los ancianos de</p>	<p>El estudio se desarrolla según el diseño mencionado y el objetivo planteado de asociación de dos variables.</p> <p>En cuanto a la conclusión, aunque este no se refiere al adulto mayor y el cuidador familiar en el ambiente hospitalario, nos permite entender a los cuidadores, quienes muchas veces vienen con una gran carga de</p>

sociodemográficos y una evaluación de la capacidad funcional con la Medida de Independencia Funcional (MIF), validado en Brasil, no especifica más detalles en cuanto a la validación.

En la segunda parte del cuidador, se utilizó un instrumento con preguntas sobre datos sociodemográficos y económicos, además de la evaluación de la sobrecarga del cuidador por medio del instrumento Zarit, la cual fue traducida al portugués y validada en un estudio de cuidadores informales de individuos con enfermedades mentales.

Se utilizó un análisis bivariado, con el test de asociación, por el Chi cuadrado y el test de Fisher para comprobar eventuales asociaciones de interés y evidenciar diferencias significativas entre dos variables. Además se utilizó un análisis multivariado, para analizar el efecto de cada variable asumida como independiente, en la variable dependiente en la presencia de todas las demás. La técnica escogida fue de regresión logística y el Odds- Ratio como el elemento para evidenciar la asociación de los factores como el resultado. Este tipo de análisis de la información se adecua al diseño del estudio propuesto.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética e investigación y los participantes autorizaron su participación por medio de un consentimiento libre e informado.

la muestra se encuentran en su mayoría en una dependencia modificada 1, necesitando de un 50% de asistencia para realizar las tareas.

En cuanto a los cuidadores, al analizar su edad en relación con la edad del AM, la prueba de asociación por el Chi cuadrado reveló asociación significativa ($p > 0,005$) constatándose que cuidadores más viejos, cuidan a AM más viejos.

La mayoría de los cuidadores relató sobrecarga moderada (24,7%); los hombres presentaron mayores probabilidades de menor sobrecarga que las mujeres ($p < 0,05$) y cuanto más independiente el AM, mayor es la probabilidad de menor sobrecarga del cuidador.

años desde el domicilio y la hospitalización del AM en ocasiones es un alivio para ellos. Al conocer acerca de la sobrecarga, se pueden plantear mejores estrategias en salud y ofrecer un soporte adecuado a las familias, con el fin de disminuir esta sobrecarga y mejorar la calidad de vida de ambos.

4.1.3.2. Perfil sociodemográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. Hanzenliková A, López –Muñoz M, Fusté R.

Nivel de evidencia: IV

Objetivos: Determinar/ establecer la relación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la calidad de atención del cuidado y satisfacción en los cuidadores de los pacientes geriátricos agudos ingresados en el hospital Virgen del Valle (Toledo, España).

Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio descriptivo transversal.</p> <p>Población: Cuidadores principales de los pacientes geriátricos ingresados en el Hospital Virgen del Valle de Toledo en las Unidades de Agudos.</p> <p>Muestra: con un intervalo de confianza de 95% y una precisión de ± 6, se precisó una muestra aleatoria de 267 cuidadores.</p> <p>Se utilizó un cuestionario validado basado en el modelo SERVQUAL, adaptado a los cuidados para medir la satisfacción usuaria. El modelo SERVQUAL de Calidad de servicio fue elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry cuyo propósito es mejorar la calidad de servicio ofrecida por una organización. Utiliza un cuestionario tipo que evalúa la calidad de servicio a lo largo de cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Cada ítem</p>	<p>La mayoría de los cuidadores fueron mujeres (77,7%), con una edad media de 59,39 años (DE=13,46). En su mayoría presentan solo estudios primarios (52,1%). En cuanto al parentesco son hijas/os (57,7%) o cónyuges (24,3%) en su mayoría. Un 59,2% comparten domicilio y un 64% es su cuidador habitual.</p> <p>En la dimensión seguridad las mujeres puntúan más alto que los hombres ($p=0.048$). En la dimensión de la capacidad de respuesta son más altos los valores en el grupo de estudios universitario ($p<0.001$).</p> <p>La puntuación obtenida en la</p>	<p>El estudio se desarrolla de acuerdo al tipo de diseño propuesto, pero no menciona que es un estudio de tipo cuantitativo.</p> <p>En cuanto a las conclusiones del estudio, el artículo señala que es importante conocer la percepción del cuidador acerca del cuidado y su satisfacción, ya que esto es un indicador de calidad muy importante. El protocolo que se</p>

responde en una escala de 1 a 7, además se incluyó una pregunta sobre el orden de importancia para los cuidadores de las 5 dimensiones que incluye el instrumento, en una escala de 1 a 5 y finalmente una pregunta de satisfacción general sobre los cuidados y la satisfacción global con la atención recibida, valorada en una escala de intervalo del 0 al 10.

Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación típica y las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Para determinar el efecto de las variables predictoras en el nivel de satisfacción se realizaron análisis de regresión lineal simple y multivariante. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Este tipo de análisis es adecuado al diseño del estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética e investigación y los participantes fueron informados acerca del método y el fin de la investigación.

satisfacción global con los cuidados fue de 7,55 (DE= 1,254) y de la atención recibida de 7,11 (DE=1,245).

elaborará, tendrá como consecuencia mejorar la satisfacción usuaria y por ende, mejorar el indicador de calidad.

Se debe tener en cuenta las expectativas de pacientes y cuidadores para poder entregar cuidados de calidad y además es necesario aumentar el nivel de conocimientos de los cuidadores, para elaborar estrategias de cuidado acorde a sus preferencias y necesidades.

4.1.3.3. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. Díaz H, Lemus N, González W, Licort O, Gort O.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Determinar la repercusión del agotamiento del cuidador en la calidad de vida de los ancianos.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio descriptivo organizacional, de corte transversal.</p> <p>Población: 300 pacientes, que asistieron al servicio de Geriatria y Gerontología del Hospital “Dr. León Cuervo Rubio” de la provincia Pinar del Río, Cuba.</p> <p>Muestra: Escogida al azar de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: ancianos que asistieron al servicio antes mencionado acompañado por su cuidador y que ambos muestren su consentimiento informado.</p> <p>Instrumento: Escala cubana MGH para evaluar la calidad de vida del AM, validado por profesionales cubanos y a los cuidadores la escala de Zarit.No aporta más datos acerca de la validación de la primera escala.</p> <p>Los datos fueron analizados de forma analítica y luego procesados en el software SPSS. Para el procesamiento de datos se realizaron análisis de frecuencias y pruebas de</p>	<p>Existe una mayor cantidad de cuidadoras femeninas, en edad inferior a 60 años, con vínculos familiar y que llevan más de un año realizando esta labor, el 68,5% de ellos muestran signos de agotamiento</p> <p>La calidad de vida de los ancianos fue en su mayoría baja (41%). Los cuidadores agotados en su mayoría son mujeres con un 34,5%, con un 23% de los hombres, además ya llevaban más de un año en esa labor (31,5%).</p> <p>La calidad de vida del cuidador agotado es baja en un 31% y los resultados demuestran que contribuye a disminuir la calidad de vida del anciano.</p>	<p>El estudio cumple con las características del diseño propuesto.</p> <p>Este estudio nos señala que es importante educar al cuidador sobre el proceso de envejecimiento, para que así este preparado para lo que pueda venir y así disminuir su cansancio y estrés, que no benefician al adulto mayor.</p> <p>Además, debiese existir un mayor aporte de la red asistencial, incorporando al AMs y a su cuidador a programas donde se les brinde</p>

contingencias buscando el nivel crítico y analizando la Ji cuadrada, $p < 0,005$.

Se les explico a todos los participantes en que consistia el estudio, respetando la libre elección de participar. Firma del consentimiento informado por parte de ambos participantes.

apoyo tanto clínico como emocional.

4.1.3.4. Influencia del cuidador informal en la rehabilitación de las personas mayores en el postoperatorio de la fractura de fémur proximal. Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Verificar la influencia del cuidador informal en la independencia funcional de ancianos en el postoperatorio de fractura proximal de fémur por caídas.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Revisión integradora.</p> <p>Bases de datos: LILACS, CINAHL, PubMed, Scopus.</p> <p>Descriptores: LILACS: “idoso” (anciano) or “envelhecimento” (envejecimiento) and “cuidadores” and “fraturas do fêmur” or “fraturas do quadril” (fracturas de cadera). Para las otras 3 bases de datos se utilizó: “aged” or “aging” or “older” or “elderly” and “caregivers” and “femoral fractures” or “hip fractures”, son los mismos descriptores pero en inglés.</p> <p>Los filtros utilizados fueron: Totalmente disponible, sin restricción lingüística, originada a nivel nacional e internacional, revistas indexadas en las bases de datos desde enero 2002 a diciembre de 2012.</p> <p>Total de artículos: 23 artículos.</p> <p>La mayor parte de los artículos seleccionados fueron de la</p>	<p>Los estudios demuestran que las caídas con fractura de fémur aumentan la dependencia del adulto mayor, por lo tanto, aumentan la sobrecarga del cuidador, por lo que anciano y cuidador requieren de apoyo por el equipo de salud durante la rehabilitación.</p>	<p>La revisión se adecua a la metodología para este tipo de artículos. En ella se refleja la importancia del cuidador informal en los pacientes con fractura de femúr proximal y su relevancia en el proceso de rehabilitación.</p> <p>Los cuidadores informales requieren de más educación por parte del equipo de salud, para así poder ser integrados en la planificación del proceso de rehabilitación, e influir positivamente en la recuperación del adulto mayor.</p>

base de datos Scopus (17) y de CINAHL (10), en su mayoría del año 2010.
La mayor cantidad de estudios encontrados fueron chinos (34,78%).
Existen pocos estudios en idioma español y portugués.

Recomendaciones de los 4 artículos seleccionados, utilizando los siguientes descriptores: ancianos, cuidadores, y las bases de datos: Scielo.

- Valorar los conocimientos previos y como se realizan las ABVD en el domicilio, con el fin de poder educar a los familiares de los AMs, para así incluirlos en la planificación del cuidado (48, 49).
- Brindar apoyo constante para disminuir la sobrecarga que pudiesen presentar los familiares de los AMs, la cual afecta directamente en la calidad de vida del AM. Se debe favorecer siempre la funcionalidad del AM, con el fin de disminuir la sobrecarga del familiar cuidador. (49, 50)
- Al realizar la planificación de los cuidados, considerar las expectativas que tengan los AMs y los familiares para poder educarlos acordes a sus necesidades y preferencias, para así aumentar su nivel de conocimientos y brindar cuidados de calidad (48).
- Educar a los familiares, con el fin de brindar conocimientos que les permitan colaborar de la mejor manera en el proceso de rehabilitación dentro del hospital y llevarse los conocimientos necesarios para su hogar, con el fin de prevenir mayores complicaciones que puedan llevar a un deterioro funcional, por ende, a la disminución de la calidad de vida del AM y el cuidador (49, 51)

4.1.4. Artículos seleccionados: 5

Descriptor Decs: Ancianos AND accidentes por caídas.

Base de datos: Cuiden, Web of Science, SCielo

4.1.4.1. Diagnostico de Enfermeria: Riesgo de caídas. Prevalencia y perfil clinico en pacientes hospitalizados.

Freitas M, Goes M, Fátima A.

Nivel de evidencia: IV

Objetivo: Identificar la prevalencia del Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas en la hospitalización de pacientes adultos en unidades clínicas y quirúrgicas, caracterizar el perfil clínico e identificar los factores de riesgo de los pacientes con este diagnostico.

Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio transversal.</p> <p>Población: Constituida por la totalidad de las internaciones de pacientes adultos en las unidades clínicas y quirúrgicas durante el año 2011.</p> <p>Muestra: Se calculó en 174 pacientes, con base a un estudio previo realizado en la institución donde se realiza el estudio, con una prevalencia del DE Riesgo de caídas en 13%, un intervalo de confianza de 95% con un margen de error de 0,05 puntos, lo cual es una muestra confiable para el tipo de estudio.</p>	<p>El promedio de edad fue de $68 \pm 13,7$ años, de predominio masculino y con un período de hospitalización promedio de 20 días (10 a 24). Entre las enfermedades concomitantes más frecuentes se encuentran las cardiovasculares (74,1%), endocrinas (46,5%) y neurológicas (28,1%).</p>	<p>El estudio se desarrolla de acuerdo al diseño propuesto, pero no señala que es de tipo cuantitativo retrospectivo. Los resultados de este estudio contribuyen a establecer un perfil de los adultos mayores con riesgo de caídas hospitalizados en unidades clínicas y quirurgicas, la mayoría fueron ancianos, de sexo</p>

<p>Recolección de datos fue retrospectiva en un sistema informatizado de informaciones administrativas, prescripción de enfermería y ficha médica on-line.</p> <p>Todos los datos fueron organizados en planillas Excell de Windows y analizados estadísticamente con el programa SPSS versión 18.0.</p> <p>El artículo no entrega más información acerca del análisis de los datos.</p> <p>El estudio fue aprobado por el Comité de ética e investigación en Salud de la institución.</p>	<p>El promedio de enfermedades concomitantes por paciente fue de $3 \pm 1,8$.</p> <p>Del total de internaciones del hospital (13.135), eran pacientes con DE Riesgo de caídas establecido solo 521, es decir, la prevalencia era en un 4% de los casos.</p> <p>Los factores de riesgo para el DE Riesgo de caídas según el estudio son alteraciones neurológicas (43,1%), movilidad perjudicada (35,5%), edades extremas (10,3%), alteraciones fisiológicas (6,3%), condiciones ambientales (2,3) y efectos adversos de la medicación (2,3%).</p>	<p>masculino, que poseían alguna alteración fisiológica debido a la edad. El perfil de los AMs puede ayudar al profesional de enfermería a establecer mejores intervenciones preventivas, como incluir a los familiares en los cuidados, en base a este diagnóstico para prevenir potenciales complicaciones durante la hospitalización del adulto mayor.</p>
--	--	---

4.1.4.2. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Evaluar la seguridad del anciano hospitalizado en cuanto al riesgo de caídas según los parámetros de la Escala de Morse		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio epidemiológico, transversal, prospectivo, descriptivo.</p> <p>Población: Ancianos que estuvieran hospitalizados más de 72 horas.</p> <p>Muestra: Se basó en el número de hospitalizaciones del 2014, con un n=216 adultos mayores, se realizó un cálculo para la muestra, considerando el 10% de valor alfa, con una muestra estimada de n=68 adultos mayores y una muestra final de n=71 adultos mayores.</p> <p>Para la recopilación de datos, se usaron dos protocolos. El primero fue creado por los investigadores del estudio y contempló variables sociodemográficas, epidemiológicas y de salud, no se menciona acerca de la validación del instrumento. El segundo protocolo fue la escala de evaluación del riesgo de caídas, conocida como escala de Morse.</p>	<p>Edad promedio 71 años, predominantemente del sexo masculino (58,7%), con baja escolaridad, un 44% solo había cursado 1 a 3 años de estudio. Hospitalizados por enfermedades cardiovasculares en un 38,7%. Destacan altas comorbilidades (78,7%) y polifarmacia (52%). Un 52% de los adultos mayores presentaba alto riesgo de caídas según Escala de Morse.</p>	<p>El estudio se desarrolla de acuerdo al diseño propuesto. Se destaca que existe un elevado riesgo de caídas y pérdida de seguridad en los AM, por lo cual, es importante la implementación de protocolos y escalas predictivas, como la escala de Morse, que nos puedan ayudar a anteponernos como profesionales a los riesgos y tomar medidas para evitar estos accidentes, como por ejemplo, incluir a los familiares en el cuidado hospitalario para que el AM se encuentre acompañado la mayor parte del tiempo y así fomentar su</p>

Los datos fueron obtenidos del registro médico y enfermería de los adultos mayores.

Se creó una base de datos electrónica en el programa estadístico SPSS, versión 24.0. Luego, estos datos fueron procesados estadísticamente mediante pruebas paramétricas y no paramétricas, como distribución de frecuencia simple, medidas de dispersión (promedio y desviación estándar), considerando el valor de $p \leq 0.10$.

La encuesta fue presentada y aprobada por dos comités de ética en investigación con seres humanos, de la Universidad del Estado do Pará (UEPA) y el hospital donde se realizó el estudio. Los adultos mayores y sus acompañantes firmaron un consentimiento informado.

seguridad. Además es importante que se aumente la cantidad del personal de salud, para brindar atención a estos pacientes que presentan alto riesgo de caídas, con el fin de ayudarlos en sus actividades, prevenir accidentes y brindar apoyo a sus familiares.

4.1.4.3. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Tejeda AIC, Cepedez RL, Baster MJ, Esthéfano ER.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivo: Determinar cuales son los factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Estudio observacional.</p> <p>Población: AMs de ambos sexos, que sufrieron una caída que motivó su hospitalización en los servicios de Ortopedia y/o Neurocirugía del Hospital Docente provincial “V.I. Lenin” de la ciudad de Holguín, año 2002.</p> <p>Muestra: 132 AMs, no especifica el método utilizado para recoger la muestra.</p> <p>La recolección de datos se realizó mediante entrevista médica semiestructurada, realizada por los autores. Además, fueron revisadas las historias clínicas individuales. Las entrevistas semiestructuradas suelen ser un instrumento más adecuado a estudios cualitativos.</p> <p>Los resultados fueron analizados, contabilizados y procesados en porcentajes en una computadora marca Pentium, presentados en cuadros de distribución simple de frecuencia.</p>	<p>Pacientes entre 75 y 89 años, con predominio del sexo femenino con un 31,8% y un 23,5% masculino.</p> <p>En cuanto al antecedente de caídas, 67,4% de los casos estudiados niegan haber sufrido alguna caída y un 43% refiere que si ha sufrido alguna. Las alteraciones fisiológicas que predominaron fueron las oculares (53%). La principal alteración patológica encontrada fue la musculoesquelética (35,4%). Se observó que 78% de los pacientes presentan polifarmacia.</p>	<p>El artículo no menciona que su diseño es de tipo cuantitativo.</p> <p>Se muestra que existe un subregistro de las caídas en los AM, ya que solo se reportan las que producen alguna consecuencia grave.</p>

<p>Se realizó firma del consentimiento informado de los participantes del estudio.</p>	<p>Dentro de los factores ambientales predominó el suelo resbaladizo (31,6%), como causa desencadenante de la caída predominó la disminución de la agudeza visual (45,4%), seguida por la iluminación insuficiente (27%) y las alteraciones de la marcha (20%).</p>	
--	---	--

4.1.4.4. Estudio del riesgo de caídas en pacientes ortogerítricos. Mata Garcia C, Lopez Espinoza A.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Identificar los factores de riesgo de caídas de pacientes ortogerítricos hospitalizados, con intención de disminuir su incidencia.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Revisión bibliográfica, junto con un estudio observacional y retrospectivo.</p> <p>Bases de datos: Explora-evidencia, TRYP Database, Cuiden Plus, PubMed, Hemeroteca Cantárida, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google académico.</p> <p>Descriptores: ancianos, encamados, fragilidad, caídas, pacientes hospitalizados, unidad de ortogeriatría, fractura de cadera, prevención de caídas, riesgo de caídas.</p> <p>Operador booleano: AND</p> <p>Filtros: Años 2004 al 2014, texto completo, que versaran sobre caídas en ancianos hospitalizados con riesgo, así como sobre factores que intervienen en el riesgo de caídas hospitalarias.</p>	<p>Mayor incidencia de caídas en mujeres mayores de 75 años. Se informaron 11 caídas al Observatorio de Seguridad del Paciente, el lugar donde sucedían fue en la cama, durante la noche, en estado de desorientación, con barandas, sin sujeción y con presencia inadecuada del cuidador (dormido o ausente).</p>	<p>El artículo no especifica las características de los artículos seleccionados para cumplir el objetivo propuesto.</p> <p>El estudio señala que es importante actuar sobre los factores de riesgo para prevenir las caídas y así las fracturas de cadera. Destaca la relevancia de integrar la participación familiar y educarlos acerca de como prevenir los riesgos, para que puedan colaborar con la atención en salud y prevenir mayores complicaciones.</p>

De un total de 312 artículos, se seleccionaron 13 artículos para su revisión. No se refiere acerca de las características de los artículos seleccionados.

--	--

4.1.4.5. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revision sistemática. Da Silva ZA, Gómez A.

Nivel de evidencia: IV		
Objetivos: Sistematizar los hallazgos de los estudios de cohorte prospectivos sobre los múltiples factores de riesgo de caídas en ancianos y valorar la calidad metodológica de los mismos.		
Material y Métodos	Resultados	Conclusiones
<p>Revisión sistemática de estudios observacionales epidemiológicos.</p> <p>Bases de datos: Medline, SciELO, Lilacs.</p> <p>Descriptores: Aged, accidental falls, risk factors.</p> <p>Filtros: idioma inglés, castellano, portugués y francés, sin límite de fecha.</p> <p>Se seleccionaron 726 publicaciones de las bases de datos, de las cuales finalmente se seleccionaron 15 estudios relevantes para la revisión sistemática.</p> <p>Período de publicación desde 1988 hasta 2007, siendo casi el 50% a partir del años 2001. Fueron desarrollados 7 en Europa, 5 en América, 2 en Oceanía y 1 en Asia.</p>	<p>Los principales factores asociados a un aumento del riesgo de caída son: antecedentes de caída, alteración de la marcha, incapacidad funcional, deterioro cognitivo, consumo de medicación psicotrópica y exceso de actividad física. Además, ser del sexo femenino y tener edad avanzada, también pueden ser factores predictores de caídas.</p>	<p>La revisión se adecua a los objetivos del artículo.</p> <p>Este estudio logra identificar factores predictores de las caídas, los cuales se deben tener en cuenta a la hora de evaluar a las personas mayores y diseñar un plan de prevención de caídas, ya sea estando hospitalizados o en su hogar, por lo cual, se debe integrar a la familia para prevenir estos eventos adversos.</p>

Recomendaciones de los 5 artículos seleccionados, utilizando los siguientes descriptores: ancianos, accidentes por caídas, y las bases de datos: Web of Science, Scielo.

- Tomar medidas preventivas para la prevención de caídas de los AMs, dentro de las que se incluyen la aplicación de escalas de riesgo, adecuar el ambiente hospitalario e integrar la participación familiar, para brindar mayor seguridad al AM y asistencia en sus necesidades básicas (52, 53, 54).
- Valorar los conocimientos previos, las dudas, temores y expectativas de los familiares, para educar sobre como colaborar en las medidas de prevención de caídas, tanto en el hospital como posteriormente en su hogar (15, 55).

CAPITULO 5 DISCUSION Y CONCLUSIONES

CAPITULO 5: DISCUSION, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

En general, existen pocos estudios a nivel internacional que avalen la presencia del familiar como acompañante durante la hospitalización del AM. La mayoría de los estudios del acompañamiento familiar son orientados al área pediátrica y algunos en unidades de pacientes críticos. A nivel nacional, la situación es similar, ya que es una tendencia nueva en el cuidado y aún existe mucha resistencia por parte de los equipos de salud a incorporar a los familiares en el medio hospitalario.

De los estudios encontrados acerca de cuidadores y/o familiares, existen algunas referencias al familiar acompañante durante la hospitalización, que han sido útiles para justificar su presencia como beneficiosa en este proceso para el AM y su familia.

El AM va presentando cambios a nivel fisiológico que van disminuyendo sus capacidades de realizar las ABVD, lo que se ve acentuado durante el proceso de hospitalización, donde existe un mayor riesgo de deterioro funcional. Para esto requieren ayuda de un tercero, el cual puede ser el equipo de enfermería, quien muchas veces por su alta carga laboral no puede acudir prontamente a la satisfacción de éstas, y también puede ser un familiar acompañante, según se menciona en el estudio de Carlero-García (11), es muy relevante la colaboración que pueda prestar el familiar al AM hospitalizado. Para el AM, que su familiar este presente y colabore en su cuidado resulta muy útil y lo ayuda también en la satisfacción de sus necesidades emocionales, como manifiesta en su estudio Vernet Aguiló (35).

La hospitalización coloca en una situación de riesgo al AM, según el estudio de Martínez – Mendoza (3) puede provocar deterioro funcional y mayor vulnerabilidad en este grupo de la población.

Durante la hospitalización existen factores de riesgo que pueden determinar el deterioro funcional, según la literatura Gonzalez – Colaço (12) los divide en factores previos y factores asociados a la estadia hospitalaria, donde se menciona que la ausencia de cuidador, puede predisponer a un mayor deterioro funcional, lo que también se afirma en el estudio de Zelada M (63).

Según el estudio de Reis (37), la presencia de un cuidador durante la hospitalización, favorece la rehabilitación del AM, además de ayudar en la satisfacción de necesidades básicas, necesidades de seguridad y de la esfera emocional.

Por este motivo el protocolo de acompañamiento existente, no logra cubrir todas las necesidades propias de los AMs ya que ellos poseen características específicas, diferentes a las de un adulto que deben ser consideradas por el profesional de enfermería, al realizar la planificación de los cuidados.

Reis (37), señala que es necesario, considerar en esta planificación al familiar acompañante, valorando sus conocimientos previos, dudas y miedos, para así poder educarlo en la satisfacción de necesidades de su familiar y además en los cuidados que se continuaran brindando en el hogar, según menciona en su estudio Hanzenliková (48) y así además prevenir la sobrecarga de este cuidador familiar.

Un protocolo de acompañamiento enfocado en el AM, ayudará a disminuir el deterioro funcional durante la hospitalización, a prevenir riesgos y a mantener un equilibrio en la esfera emocional del paciente, creando un ambiente de familiaridad y seguridad para los AMs, como menciona Mora Lopez en su estudio (36).

Podemos concluir que la elaboración de un protocolo de acompañamiento enfocado en las necesidades propias de los AMs resultará beneficioso tanto para ellos, sus familias y para el equipo de enfermería.

Las limitaciones de este estudio fueron que no se completaron las 4ª y 5ª etapas de la EBE (Enfermería basada en la evidencia), implementación y evaluación respectivamente debido al tiempo disponible para la realización del presente. Se sugiere abordar las etapas mencionadas, para un futuro estudio.

Finalmente, se debe mencionar la necesidad de realizar más estudios que demuestren la importancia del cuidador familiar dentro del medio hospitalario, para así tener una mayor cantidad de evidencia científica que le permita a los profesionales de enfermería crear protocolos o normativas que vayan en favor de entregar cuidados más humanizados a los AMs y acorde a las necesidades que son propias de esta etapa del ciclo vital.

PROTOCOLLO

Protocolo de Enfermería Clínica

Acompañamiento familiar para adultos mayores hospitalizados

Servicio de Medicina, HNAN



INDICE

Indice	1
Objetivos y ámbitos de la aplicación	2
Proceso de desarrollo del nuevo protocolo	3
Proceso de revisión del protocolo	3
Glosario de términos	4
Introducción	5
Recomendaciones para la práctica clínica de enfermería	6
Protocolo de acompañamiento para el adulto mayor hospitalizado	8
Intervenciones de enfermería del protocolo de acompañamiento del adulto mayor hospitalizado	10
Anexos	15
• Flujograma de ingreso al protocolo de acompañamiento del adulto mayor hospitalizado	16
• Hoja de ingreso al protocolo del adulto mayor hospitalizado	17
• Consentimiento informado: Protocolo para el acompañamiento en la hospitalización del adulto mayor. Servicio de Medicina, HNAN.	19
Bibliografía	21

OBJETIVOS Y AMBITOS DE LA APLICACION

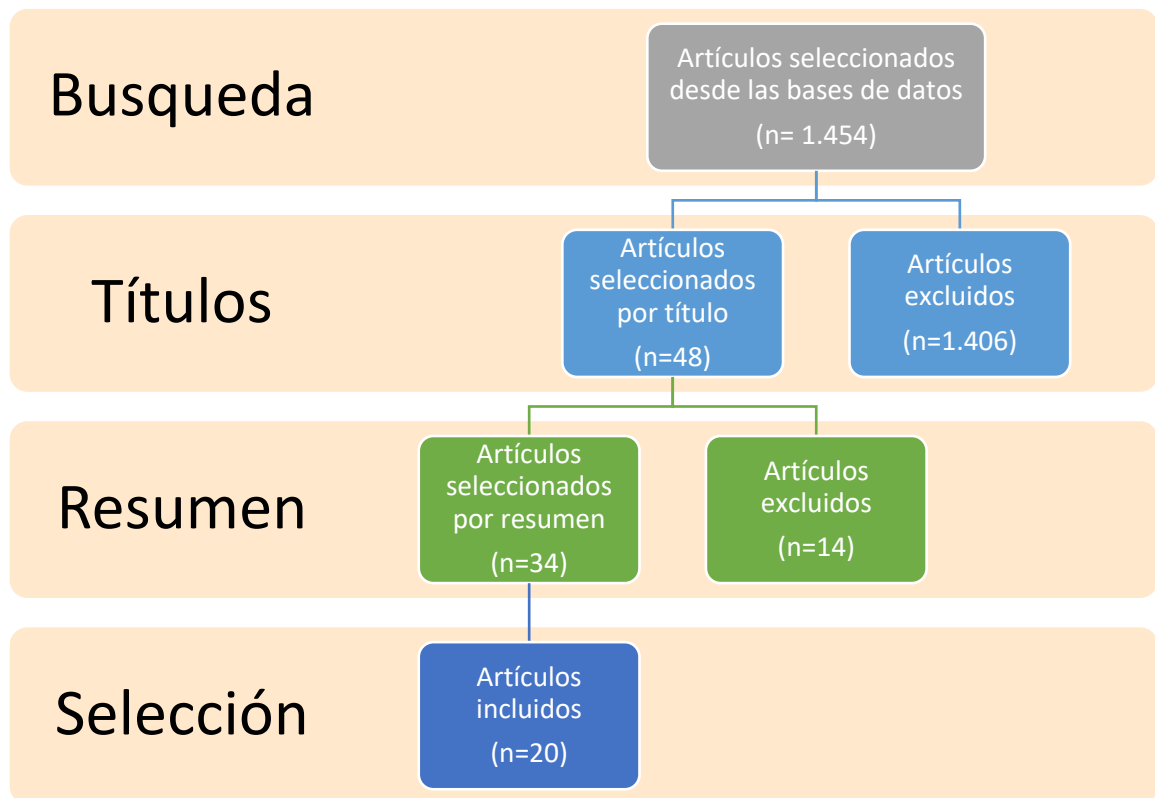
La aplicación del presente protocolo de acompañamiento familiar en adultos mayores hospitalizados, esta destinada a todos los profesionales de enfermería del servicio de Medicina del HNAN, con el fin de, realizar sus intervenciones profesionales en base a la mejor evidencia científica disponible.

Este protocolo tiene recomendaciones que pueden adecuarse a la realidad de los adultos mayores y sus familias durante el proceso de hospitalización, aplicando el criterio del profesional de enfermería, según sea el caso.

El objetivo de este protocolo es lograr responder satisfactoriamente las necesidades del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina del HNAN, por medio del acompañamiento familiar de 24 horas, con el apoyo del los profesionales de enfermería.

PROCESO DE DESARROLLO DEL NUEVO PROTOCOLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de mayo y octubre de 2017, en diversas bases de datos científicas (Web of Science, BVS, Scielo y Cuiden) donde se reunieron 1.454 artículos, de los cuales finalmente sólo se seleccionaron 20 artículos para la creación del presente protocolo.



Los 20 artículos seleccionados, fueron sometidos a un análisis crítico, desde donde emanan las recomendaciones que permitieron seleccionar la mejor evidencia disponible para formular el presente protocolo.

Este proceso se desarrolló con asesoría y colaboración de docentes de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

PROCESO DE REVISION DEL PROTOCOLO

Este protocolo se ha realizado con la mejor evidencia científica disponible, es por esto que, debe ser revisado al menos cada dos años para asegurar que la información se encuentre actualizada.

GLOSARIO DE TERMINOS

1. **Protocolo:** Es un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde esta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas (1).
2. **Adulto mayor:** Toda persona de 60 años o más, según lo establecido en el HNAN.
3. **Adulto altamente dependiente de Enfermería:** Adulto con disminución de la funcionalidad, deterioro psicoorgánico, desorientación temporo espacial o riesgo de caída, según lo establecido en el HNAN.
4. **Acompañamiento del adulto mayor las 24 horas del día:** Se entenderá por acompañamiento las 24 horas del día, cuando un familiar y/o persona significativa, permanezca junto al adulto mayor hospitalizado durante el día y la noche en forma voluntaria, según lo establecido en el HNAN.
5. **Familiar acompañante:** Se define como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones (2).
6. **ABVD:** Actividades básicas de la vida diaria, que permiten la subsistencia del individuo englobando las capacidades de autocuidado más elementales (3).
7. **Funcionalidad:** Posibilidad de realizar determinadas acciones en la vida diaria (3).

INTRODUCCION

Sabemos que a nivel mundial la cantidad de adultos mayores aumenta cada año, prolongando las expectativas de vida, por consiguiente, aumentando las tasas de enfermedades agudas o crónicas que requieren de alguna hospitalización para este grupo de la población.

El adulto mayor, presenta cambios a nivel fisiológico que lo hacen diferente al resto de la población. Puede presentar cambios a nivel del sistema cardíaco y renal, que los dejan más propensos a enfermedades crónicas como hipertensión arterial e insuficiencia renal, con sus respectivas consecuencias (4). Además pueden presentar deterioro cognitivo progresivo, también existe pérdida de masa muscular y pérdida del equilibrio lo que lleva a un deterioro en la marcha y la movilidad, además de alteración de la deglución, mayor predisposición al estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, disminución de la agudeza de los órganos sentidos (4), tan sólo por mencionar los cambios más generales.

La hospitalización en sí misma, es una situación de riesgo para los adultos mayores, donde se encuentran más propensos a sufrir eventos adversos que puedan prolongar su estadía hospitalaria (5), los cuales predisponen a un mayor deterioro funcional.

Además de todo lo anterior, nos enfrentamos a la familia del adulto mayor, que se encuentra viviendo un proceso de crisis, en la cual sus dinámicas familiares cambian abruptamente, surgiendo miedos y dudas frente a la situación de éste. Los familiares son quienes conocen mejor al adulto mayor, saben cuales han sido sus experiencias previas, conocen sus gustos y preferencias, debido a lo cual, contar con ellos como un apoyo para los cuidados que se brindan durante el proceso de hospitalización, es fundamental para el equipo de salud, en especial, para los profesionales de enfermería.

Debido a las características y necesidades propias del adulto mayor, es que surge la necesidad de crear un protocolo de acompañamiento enfocado al adulto mayor, donde el profesional de enfermería pueda ayudar a que el proceso de hospitalización sea una experiencia satisfactoria para ambos, logrando dar respuesta a las necesidades propias del adulto mayor, disminuyendo el deterioro funcional, preveniendo eventos adversos y como consecuencia, la sobrecarga del familiar acompañante.

RECOMENDACIONES PARA LA PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA

Las recomendaciones presentadas para la elaboración de este protocolo derivadas de la búsqueda bibliográfica realizada, son evidencias nivel IV.

- La vivencia de un proceso de hospitalización es diferente en cada persona, el profesional de enfermería debe tener la disponibilidad para brindar la atención adecuada y brindar el apoyo emocional que el adulto mayor y su familia requieren, para que así esta experiencia de cuidado humanizado sea percibida como satisfactoria por ambos. Durante este proceso se genera mucha incertidumbre en la familia, el profesional de enfermería puede ayudar a disminuir estas dudas, valorando la experiencias previas, ayudando a identificar sus fortalezas y entregando herramientas constantemente acerca de las actividades en las cuales puede colaborar el familiar (8, 9, 11).
- Los familiares debiesen ser tomados en cuenta por los profesionales de enfermería, ya que son participantes activos en el cuidado del adulto mayor, prestando colaboración valiosa para la recuperación de su familiar durante la hospitalización, brindándoles un trato digno y amable (10, 11, 12, 13).
- Considerar al adulto mayor como un ser integral, incluir a su familia dentro de la planificación de los cuidados de enfermería, ya que ellos colaboran activamente en su recuperación. Para esto, el profesional de enfermería, requiere establecer una comunicación efectiva con el adulto mayor y su familiar, favoreciendo una relación de ayuda y confianza, con el fin de, favorecer la expresión sentimientos, considerando la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, para así lograr entregar una mejor respuesta a sus necesidades (6, 7, 8, 9).
- Los familiares se encuentran muchas veces con barreras asociadas a las normativas de los hospitales, que les impiden desarrollar su rol como acompañante. El profesional de enfermería, es el encargado de entregar las facilidades necesarias para que los familiares puedan brindar el mayor apoyo posible al adulto mayor hospitalizado (11, 14, 15).

- El profesional de enfermería, puede valorar los conocimientos previos de los familiares acerca de las necesidades propias del adulto mayor y acerca de como se realizan las ABVD en el domicilio, con el fin de, poder educar a los familiares de los adultos mayores, para así incluirlos en la planificación del cuidado (16, 17).
- Planificar de los cuidados, considerar las expectativas que tengan los adultos mayores y los familiares, para poder educarlos acordes a sus necesidades y preferencias, con el fin de, aumentar su nivel de conocimientos y brindar cuidados de calidad (16).
- Los familiares pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como asistir en alimentación, aseo y confort, eliminación, vigilancia o resguardar la seguridad del adulto mayor, además de brindar un ambiente de familiaridad, entregándoles mayor seguridad emocional (12).
- Brindar apoyo constante a los familiares, con el fin de disminuir su sobrecarga. Este apoyo consiste en, instrumentalizar al familiar en la ejecución del cuidado, entregándoles herramientas que permitan favorecer la funcionalidad del adulto mayor y además, identificar las redes de apoyo que tenga el familiar durante este proceso (17, 18).
- Educar a los familiares, con el fin de, brindar conocimientos que les permitan colaborar de la mejor manera en el proceso de rehabilitación dentro del hospital y llevarse los conocimientos necesarios para su hogar, para poder prevenir mayores complicaciones que puedan llevar a un deterioro funcional, por ende, a la disminución de la calidad de vida del adulto mayor y su familiar (17, 19).
- Prevenir eventos adversos, tales como las caídas de los adultos mayores, dentro de las que se incluyen la aplicación de escalas de riesgo, adecuar el ambiente hospitalario e integrar la participación familiar, con el objetivo de, brindar mayor seguridad al adulto mayor y una asistencia adecuada a sus necesidades básicas (20, 21, 22).
- Establecer una relación cercana con el adulto mayor, tomando en cuenta que el proceso de hospitalización, puede traer consigo labilidad emocional.

PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

PROPÓSITO

Contribuir a través del acompañamiento de un familiar significativo, a la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor dependiente de enfermería, con el fin de tener una experiencia satisfactoria durante su hospitalización. Esta actividad, propende a proporcionar mayor autonomía, seguridad y afectividad por parte del familiar, abarcando de esta forma la esfera física, emocional y espiritual de la persona mayor hospitalizada, brindando así un cuidado más humanizado.

Todo lo anterior, con el objetivo de evitar la aparición de síndromes geriátricos (delirium), eventos adversos (caídas), úlceras por presión, o el autoretiro de invasivos, manteniendo la funcionalidad del adulto mayor durante el proceso de hospitalización, disminuyendo los costos asociados a la prolongación de esta.

CRITERIOS DE INCLUSION

El presente protocolo se aplicará en el Servicio de Medicina del HNAN, de Viña del Mar, cuando se cumplan *uno o más* de los siguientes criterios:

- Adultos mayores de 80 años y más.
- Dependencia total o severa en actividades de la vida diaria, según escala de Barthel (25), con especial énfasis en:
 - Baño.
 - Alimentación.
 - Eliminación.
 - Deambulaci3n.
- Deterioro psicoorgánico o algún grado de compromiso de conciencia, que pueda poner en riesgo la seguridad del adulto mayor.
- Desorientaci3n temporo espacial.
- Pacientes con riesgo de delirium, según Escala Confusion Assessment Method o Escala CAM (+) (26).
- Pacientes con riesgo de caída alto o mediano, según Escala de Morse (27).

CRITERIOS DE EXCLUSION

El presente protocolo tendrá restricciones según las Normativas del Comité de Comité de Infecciones Asociadas a Atención en Salud (CIAAS) y restricciones desde el punto de vista familiar, entendiéndose como tal, condiciones de autovalencia y/o físicas del acompañante.

RESPONSABLES

Los responsables de la aplicación del presente protocolo serán las Jefaturas del Servicio de Medicina (Enfermera Supervisora) y los enfermeros clínicos. Por su parte, los responsables de informar del beneficio al adulto mayor y/o familiar, serán los profesionales de enfermería. En cuanto al registro del beneficio, todo el equipo de enfermería será responsable de consignar en su evolución diaria en la ficha clínica, la presencia del familiar.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Normas de CIAAS (Comité de Infecciones Asociadas a Atención en Salud).
- Ley de Deberes y Derechos de los pacientes.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Cuaderno de registro de visitas.
- Hoja de ingreso al protocolo de acompañamiento y consentimiento informado, dejando una copia en ficha de enfermería y entregando la otra al familiar.
- Sillas con apoya brazos o sillón (según disponibilidad), sala de espera, baños, hervidor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DEL PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

Responsabilidades del profesional de Enfermería:

1. Supervisar el cumplimiento del protocolo de acompañamiento del adulto mayor. Encargarse que se entreguen las herramientas e insumos necesarios al familiar, por parte del equipo de enfermería, durante la hospitalización.
2. Establecer una comunicación con el familiar, entregándole confianza y empatía, con el fin de que pueda expresar sus sentimientos positivos y negativos, miedos, dudas, cansancio, entre otros, para así contribuir a disminuir su sobrecarga.
3. Mantener un trato respetuoso, cercano, cordial, empático y un lenguaje claro con el familiar, recordando siempre que debemos brindar cuidados humanizados tanto al adulto mayor como a su familia, considerando todas las esferas del ser humano.
4. Establecer una relación de ayuda - confianza con el adulto mayor y su familiar acompañante, donde se puedan expresar sentimientos tanto positivos como negativos, y además, responder dudas que pudiesen tener durante la hospitalización.
5. Explicar al familiar la importancia de su presencia durante la hospitalización y la importancia de colaborar en el cuidado, y como lo anterior, contribuye a una mejor recuperación del adulto mayor.
6. Valorar los conocimientos previos del familiar acerca de temas relevantes durante la hospitalización, como lavado de manos, asistencia en la alimentación, prevención de úlceras por presión, manejo de invasivos (sonda de alimentación, cateteres urinarios), entre otros.
7. Entregar al familiar nuevas herramientas y reforzar los conocimientos existentes valorados anteriormente, con el fin de, aprovechar al máximo la experiencia de hospitalización. La capacitación, se podrá realizar de forma individual con cada familiar para así, adecuarse a las necesidades propias de cada adulto mayor y su familia.

8. Preparar el alta anticipadamente, entregando herramientas al familiar acerca de los cuidados y complicaciones, que se pudiesen presentar en el hogar. Previo al alta, establecer un día de acuerdo con el familiar, para realizar reforzar los conocimientos y hacer entrega de material educativo disponible en el servicio.
9. Este protocolo debe ser revisado y actualizado cada dos años, por los profesionales de enfermería.

Intervenciones de enfermería de ingreso al protocolo:

1. Recepción e ingreso del adulto mayor, por parte del profesional de enfermería.
2. Realizar una entrevista con el familiar y adulto mayor (si es posible), en un ambiente tranquilo, con lenguaje cercano, entregándoles la confianza necesaria, para evaluar hábitos previos, preferencias, creencias, gustos y necesidades del adulto mayor, registrando los datos obtenidos en hoja de ingreso al protocolo. (Ver anexos).
3. Registrar la presencia del familiar, en la evolución diaria de enfermería.
4. Solicitar firma del consentimiento informado al familiar, el cual consta de dos copias, una queda en la ficha de enfermería, y la otra debe ser entregada al familiar.
5. Entregar credencial al familiar, la cual deberá usar durante todo el tiempo que el adulto mayor permanezca en el protocolo.
6. Informar al adulto mayor y/o familiar, que el beneficio del acompañamiento es opcional y no obligatorio.
7. Reevaluar criterios de inclusión al protocolo de acompañamiento, al menos una vez al día.

Generalidades:

1. El acompañamiento podrá ser durante las 24 horas, los siete días de la semana, entregando flexibilidad de horarios para el ingreso del familiar acompañante. Se solicitará esperar en sala de estar, cuando se requiera realizar procedimientos o actividades de la atención clínica, donde no se requiera de su colaboración.
2. Se permitirá la presencia de un acompañante por adulto mayor durante la hospitalización, pudiendo cambiar de acompañante durante el día, para favorecer el descanso u otras actividades que deba realizar el familiar, informando previamente al profesional de enfermería, TENS o Personal de Sanidad a cargo del adulto mayor. Se informará al familiar, que el beneficio puede ser suspendido frente a la necesidad del Servicio, lo que se comunicará y fundamentará por el profesional de Enfermería.

Deberes del acompañante:

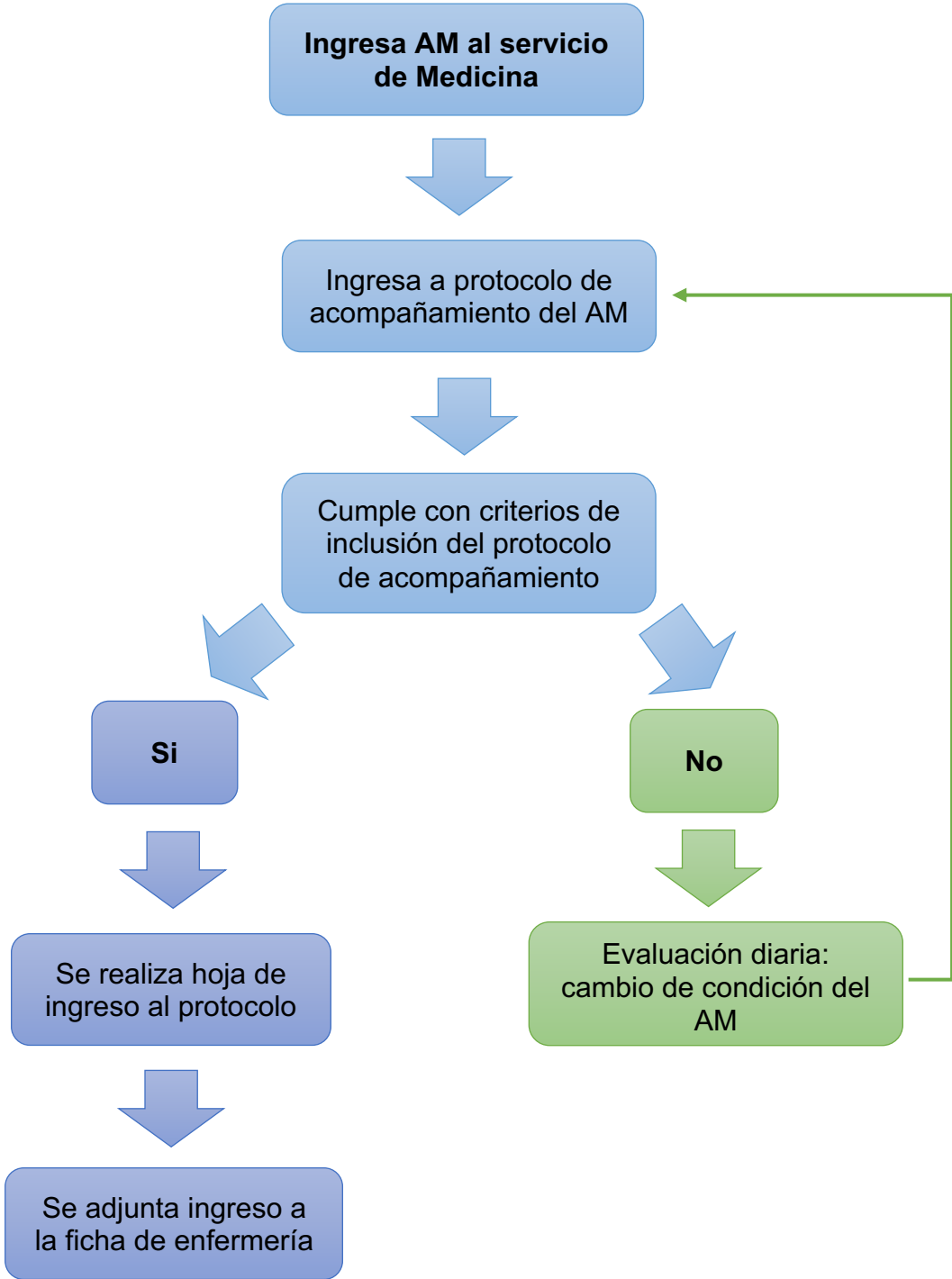
1. Lavarse las manos al entrar y salir de la unidad de su familiar.
2. Usar permanentemente la credencial, mientras esté en el hospital.
3. Circular sólo por áreas permitidas del servicio.
4. Descansar o ingerir algún alimento en la sala de espera para familiares, ubicada en el mismo piso del servicio de Medicina o en la Cafetería, previo aviso al equipo de enfermería, que se ausentará del servicio.
5. Ayudar a reorientar al adulto mayor, explicándole el lugar donde se encuentra, la fecha y la situación por la que está en el hospital, con el fin de prevenir episodios de delirium durante la hospitalización.
6. Traer objetos significativos para el adulto mayor, como fotos familiares, mantas, almohadones, que lo ayuden a mantenerse conectado con su hogar y sus seres queridos.
7. En cada unidad se encuentra un calendario mensual, en el cual el acompañante puede escribir fechas importantes para el adulto mayor como cumpleaños, aniversarios u otros que sean significativos para él y así mantenerlo más conectado con el resto de sus familiares y/o amigos.

8. Puede deambular con el adulto mayor, si la indicación médica de reposo así lo permite, para favorecer la movilidad.
9. Acompañar durante la ducha al adulto mayor, si la indicación médica y la condición de este así lo permite.
10. Ayudar al personal de enfermería a realizar baño en cama y acomodados del adulto mayor.
11. Colaborar en cambios de posición del adulto mayor y la lubricación de las zonas de apoyo, para ayudar en la prevención de úlceras por presión.
12. Asistir a su familiar en la alimentación y aseo bucal, teniendo en cuenta de dejar al adulto mayor bien sentado, para así favorecer una correcta deglución.
13. Traer alimentos extra hospitalarios al adulto mayor, previa autorización de la nutricionista del servicio.
14. Estar atento a prevenir que el adulto mayor no se retire invasivos, e informar al equipo de enfermería en caso de riesgo de autoretiro de estos.
15. Mientras el familiar se encuentre con el adulto mayor, no es necesario mantener barandas en alto y elementos de sujeción. Si va a ausentarse del servicio, debe avisar al equipo de enfermería, con el fin de tomar las medidas respectivas.
16. En caso necesario, deberá autorizar la contención mecánica del adulto mayor, mediante firma de consentimiento de contención existente en el hospital.
17. Puede consultar con profesional de enfermería a cargo, acerca de las dudas e inquietudes, que puedan ir surgiendo durante la hospitalización.

Nota: No se considerará una cuidadora como acompañante, ya que los deberes de cuidadora incluyen aseo y confort, cambio de posición, aseo bucal y vigilancia del paciente.

ANEXOS

FLUJOGRAMA DE INGRESO AL PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO



HOJA DE INGRESO AL PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso al protocolo: _____

Fecha de ingreso al hospital: _____

Cama: _____

Nombre del adulto mayor: _____

Edad: _____ años

Puntaje Escala de Barthel: _____

Nivel de dependencia: Total Severa Moderada Escasa Independiente

Puntaje Escala de Morse: _____ Riesgo de caídas: Alto Mediano Bajo

Escala de CAM: (+) (-)

Alimentación:

¿Come solo o necesita asistencia? Solo Asistencia

¿Qué alimentos prefiere? _____

¿Qué no le gusta? ¿A qué presenta alergias? _____

Eliminación:

¿Va al baño acompañado? _____

¿Usa pañales? Si No

¿Usa sonda foley? Si No

Observaciones: _____

Movilidad:

¿Camina? Si No

¿Se sienta al sillón? Si No

¿Uso de ayuda técnica? Si No ¿Cuál? _____

Observaciones: _____

Historia de vida:

¿Con quién vive? _____

Familiar significativo: _____

¿Qué le gusta hacer durante el día? _____

¿Cómo es un día normal en su casa? _____

Tiempos de ocio:

¿Qué le gusta hacer? Leer escuchar radio ver TV

Otros: _____

Nombre del familiar acompañante: _____

Edad: _____ años Parentezco: _____

¿Cómo fue su experiencias en hospitalizaciones anteriores? _____

¿Qué espera de esta hospitalización? _____

Nombre profesional de enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROTOCOLO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR. SERVICIO DE MEDICINA, HNAN

Estoy siendo informado respecto de las condiciones en el acompañamiento de la hospitalización del Adulto Mayor, en el Servicio de Medicina del HNAN.

- Tendré derecho a exigir una copia de este protocolo, una vez aceptado a través de mi firma.
- He sido informado que no es una obligación acompañar a mi familiar en su hospitalización.
- El acompañamiento lo puedo realizar durante las 24 horas del día, pudiendo ser intercambiable por otra persona, con tarjeta de identificación.
- Para el acompañamiento el servicio me proporcionará una silla al lado de la cama según disponibilidad, idealmente no traeré bolsos, paquetes u otros objetos que entorpezcan el aseo y el orden de la unidad.
- Tendré acceso al baño de vistas durante la estadía.
- Respetaré la señaletica y las áreas de circulación restringida y de peligro biológico.
- Como acompañante realizaré colación fuera de la habitación, pues no está permitido ingresar alimentos, para ello debo utilizar de preferencia la sala de estar o la cafetería ubicada en el primer piso.
- Participaré de los cuidados del adulto mayor que acompaño y podré efectuar las actividades que me sean permitidas por el profesional de enfermería, como traslados, colaborar en procedimientos que me soliciten y acompañar en fisioterapia, sin que ello interfiera en el tratamiento.
- Como acompañante podre asistir la alimentación del adulto mayor, previa observación de la técnica si es que desconozco como hacerlo.
- Me lavaré las manos cada vez que entre o salga de la sala y cada vez que sea necesario.
- Avisaré al personal a cargo de la sala, cada vez que salga de ella y me preocuparé de dejar las barandas de la cama arriba para evitar que mi familiar se caiga de ella.
- Mantendré una permanente actitud de respeto, evitando ruidos innecesarios que interfieran con la necesaria tranquilidad ambiental en el Hospital.

- En el caso de que el personal lo solicite por procedimientos especiales del paciente u otro paciente de la sala o cambio de turno, abandonaré la sala temporalmente, esperando en la sala de estar.
- Respetaré la normas de aislamiento estricto cuando se requiera o se me indique para evitar infecciones.

Me comprometo a cumplir integralmente con este protocolo.

Nombre Completo: _____

Rut: _____

Firma del acompañante: _____

Viña del Mar, _____ de _____ 201_____

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
2. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2012; 18(1): 29 – 41. [acceso 8 ene 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-955320120001000
3. Lara Jaque R, Pinto Santuber C, Espinoza Lavoz E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev Chil Salud Publica [Internet]. 2010; Vol 14 (2-3): 291-310. [acceso 30 may 2018]. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/15410/>
4. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes.[Internet] 2012. [acceso 2 mar 2018] 23(1) 19-29. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf
5. Martínez-Mendoza J, Martínez-Ordaz V, Esquivel-Molina C, Velasco-Rodríguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. [Internet]. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc; 2007; 45 (1); 21 – 28. [acceso 3 abr 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>
6. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Experiences of family caregivers of hospitalized elderlies and the experience of intercorporeality. Esc Anna Nery. [Internet]. 2016. [acceso 3 nov 2017]: 20(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300214&script=sci_arttext&lng=en

7. Romero – Massa E, Contreras – Méndez I, Pérez – Pájaro Y, Moncada A, Jiménez – Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev. Cienc. Bioméd. [Internet]. 2013; 4(1); 60 – 68. [acceso 28 nov 2017]. Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
8. Abades M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos. [Internet]. 2016; 18 (4): 176 – 180. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400003
9. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. [Internet]. 2016; 7 (1): 1227 – 31. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
10. Da Silva Santos Passos S, Henckemaier L, Chaves Costa J, Pereira A, Gonçalves R. Cuidado cotidiano das famílias no hospital: como fica a segurança do paciente?. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016. [acceso 3 nov 2017]:25 (4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400319&lng=en&tlng=en
11. Marujo – Perez K, Berumen – Burciaga LV, Mejía – Mejía Y, Palacios – Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. Enf Clin. [Internet]. 2016. [acceso 3 nov 2017]: 26 (102-10). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-significado-hospitalizacion-desde-mirada-S1130862116000024>
12. Mora López G, FerréGrau,C. La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. Ética de los Cuidados. [Internet]. 2013; 6(11). [acceso 7 nov 2017]. Disponible en: <http://www.indexf.com/eticuidado/n11/et8024.php>
13. Ramos – Frausto VM, Rico – Venegas RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en la hospitalización. Enfermería Global. [Internet]. 2012; 25; 219 – 232. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

61412012000100013

14. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo P, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos. [Internet]. 2012; 23 (1). [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100002
15. Mangini Bocchi SC, Silva L, Caquel Monti CM, Spiri WC. Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2007; 15(2). [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-116920070000200017>
16. Hanzenliková A, López –Muñoz M, Fusté R. Perfil sociodemográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. Enfermería Global. [Internet]. 2017; 46. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.249861>
17. Díaz H, Lemus N, Gonzáles W, Licort O, Gort O. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2015; 19(3); 478 – 490. [acceso 26 sep 2017]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300011
18. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013. [acceso: 26 sep 2017]. 21(5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf
19. Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2016. [acceso: 26 sep 2017]. 37(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>
20. Mata Garcia C, Lopez Espinoza A. Estudio del riesgo de caídas en

pacientes ortogerítricos. Rev Enfermería Docente. [Internet]. 2017: 108:12-15. [acceso 15 sep 2017]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/profesionales/revista-enfermeria-docente/estudio-del-riesgo-de-caidas-en-pacientes-ortogeriatrico

21. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2017: 70(4):860-7. [acceso 30 sep 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>
22. Tejeda AIC, Cepedez RL, Baster MJ, Esthéfano ER. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Correo Científico Médico de Holguín. [Internet]. 2005: 9(1). [acceso 14 ene 2017]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori3.htm>
23. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
24. Ministerio de salud, Chile. [Internet]. [acceso 26 jun 2017]. Disponible en: www.minsal.cl
25. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [acceso 23 Abr 2019]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.
26. Carrera Castro C, Romero Moreno F, González Pérez A. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013. av.enferm. [Internet]. 2015 May [acceso 22 Apr 2019] ; 33(2): 261-270. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200008&lng=en.
27. Aliaga B, Molina N, Noguera M, Espinoza P, Sánchez S, Lara B et al . Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Jul

[acceso 22 Abr 2019] ; 146(7): 862-868. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700862&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700862>.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores Minsal 2014. Santiago de Chile; 2014.
2. Marín PP. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. [Internet]. Rev. Reumatología; 2004; 20(2): 54-57. [acceso en 14 ene 2018]. Disponible en: http://almageriatria.org/pdf_files/col_06/bibliografia/Fragilidad-e.pdf
3. Martínez-Mendoza J, Martínez-Ordaz V, Esquivel-Molina C, Velasco-Rodriguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. [Internet]. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc; 2007; 45 (1); 21 – 28. [acceso 3 abr 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>
4. Cares V, Domínguez C, Fernández J, Farías R, Chang W, Fasce G, Carrasco V. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev Med Chile; 2013; 141: 419-427.
5. Siefert Navas I. Participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado y factores relacionados de la propia familia, institución y del profesional de enfermería en las unidades médicas del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Rev Iberoam. de Educ. e Invest. en Enf. [Internet]. 2012; 2(2): 7 – 25. [acceso 27 nov 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/31/>
6. Instituto Nacional de Estadística Chile. Censo 2017. Santiago de Chile; 2017. [Internet]. [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: www.inec.cl
7. Rodriguez R, Lazcano G, Medina H, Hernández M. Práctica de la Geriatria. 3ra ed. Mexico DF (MX). Mc Graw Hill; 2000. 946 p.
8. Cortés A, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas E. Evaluación geriátrica del adulto mayor. Rev Med Chile; 2011; 139; 725 – 731.
9. Krumholz H. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. N Engl J Med 2013; 368:100-102.

10. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1997 Mar [acceso 23 Abr 2019]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.
11. Calero-García M, Ortega A, Jiménez C. El impacto del cuidador principal en el deterioro funcional y cognitivo del anciano hospitalizado. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2012; 2: 41-52.
12. González-Colaço Harmand M, Medina Domínguez L, Hornillos Calvo M. Prevalencia de delirium al ingreso en una unidad de agudos de geriatría. Med Clin Barc. 2008; 131: 117.
13. Aravena J. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. [Internet]. Rev Chil Neuro-psiquiat. 2017; 55 (4): 255 – 265. [acceso 02 feb 2019]
14. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra López F, Carrascosa-García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, García-Fernández FP. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: Revisión sistemática. Gerokomos. [Internet]. 2010; 21(3): 97 – 107. [acceso 14 ene 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002
15. Freitas M, Goes M, Fátima A. Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. [Internet]. Rev Latino-Am Enfermagem; 2014 (mar –abr); 22(2); 262-8. [acceso 14 ene 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf
16. Tena – Tamayo C, Arroyo G, Victoria – Ochoa R, Manuell – Lee G, Sanchez – Gonzalez J, Hernández - Gamboa L, Campos - Castolo E, Muñoz - Gutiérrez J, Ortega - Vargas C, et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. [Internet]. Rev Conamed; 2006 (ene – mar); 11 (5); 18 – 26.

[acceso 26 sep 2017]. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/27042010.0.pdf

17. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de Consenso sobre las sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid. 2014. [Internet]. [Actualizado 22 jul 2014; acceso 26 sep 2017]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
18. Zuñiga-Castro C, Espinoza-Cáceres N, Fernández-Pacheco MA. Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. *Rev Enferm Herediana*. 2014; 7(2): 155 -161.
19. Internacional Council of Nurses (ICN). Declaración de posición: seguridad de los pacientes. [Internet]. ICN; 2012. [Actualizado 2012; acceso 10 abr 2019]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf
20. Carrasco M, Hoyl T, Marín PP, Hidalgo J, Lagos C, Longton C, et al. Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Rev Med Chile*. [Internet]. 2005; 133: 1449 – 1454. [acceso 9 ene 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001200006
21. Carrera Castro C, Romero Moreno F, González Pérez A. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013. *av.enferm*. [Internet]. 2015 May [acceso 22 Apr 2019] ; 33(2): 261-270. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200008&lng=en.
22. Quiroz O T, Araya O E, Fuentes G P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. [Internet]. 2014 Dic [acceso 23 Abr 2019] ; 52(4): 288-297. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400007>.

23. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*. [Internet]. 2012; 18(1): 29 – 41. [acceso 8 ene 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004
24. Lopez - Casanova P, Rodríguez – Palma M, Herrero – Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Gerokomos*. [Internet]. 2009; 20(4): 167 – 171. [acceso 14 dic 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400004
25. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 [acceso 23 Abr 2019]; 137(5): 657-665. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>.
26. Alvarado García A, Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. [Internet]. 2014. [acceso 22 sep 2018];25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
27. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los derechos de las personas mayores. Material de estudio y divulgación. Santiago de Chile; 2011.
28. Llanes Betancourt Caridad. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2015. [acceso 22 sep 2018]. 14(1): 89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100013&lng=es.

29. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Envejecimiento positivo en Chile. Santiago de Chile; 2018. [Internet]. [acceso 02 feb 2019]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
30. Alonso Galbán P, Sansó Soberats F, Díaz-Canel Navarro A, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cub Sal Publ [Internet]. 2006. [acceso 22 sep 2018]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext#ModalArticles
31. Centro UC Políticas Públicas. Adultos mayores: un activo para Chile. Santiago de Chile; 2017. [Internet]. [acceso 02 feb 2019]. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2017/06/Adultos-Mayores-un-activo-para-Chile.pdf>
32. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes.[Internet] 2012. [acceso 2 mar 2018] 23(1) 19-29. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf
33. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y gerontología para el medico internista. Bolivia. Grupo Editorial La Hoguera; 2012. 644 p.
34. Marriner Tomey M, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Barcelona (Es): Elsevier; 2011. 809 p.
35. Vernet Aguiló F. Conceptos básicos de la enfermería en la atención gerontológica según el modelo de V. Henderson. Gerokomos. [Internet]. 2007; 18 (2): 77 – 83. [acceso 8 ene 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200004
36. Leon C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enferm. [Internet]. 2006; 22 (3). [acceso 3 nov 2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
37. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Experiences of family caregivers of hospitalized elderlies and the experience of intercorporeality. Esc Anna Nery.

- [Internet]. 2016. [acceso 3 nov 2017]: 20(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300214&script=sci_arttext&tlng=en
38. Abades M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. [Internet]. 2016; 18 (4): 176 – 180. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400003
39. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid*. [Internet]. 2016; 7 (1): 1227 – 31. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
40. Romero – Massa E, Contreras – Méndez I, Pérez – Pájaro Y, Moncada A, Jiménez – Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev. Cienc. Bioméd*. [Internet]. 2013: 4(1); 60 – 68. [acceso 28 nov 2017]. Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
41. Marujo – Perez K, Berumen – Burciaga LV, Mejía – Mejía Y, Palacios – Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enf Clin*. [Internet]. 2016. [acceso 3 nov 2017]: 26 (102-10). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-significado-hospitalizacion-desde-mirada-S1130862116000024>
42. Mora López G, Ferré Grau, C. La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. *Ética de los Cuidados*. [Internet]. 2013: 6(11). [acceso 7 nov 2017]. Disponible en: <http://www.indexf.com/eticuidado/n11/et8024.php>
43. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo P, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*. [Internet]. 2012: 23 (1). [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100002
44. Ramos – Frausto VM, Rico – Venegas RM, Martínez PC. Percepción del

- familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en la hospitalización. *Enfermería Global*. [Internet]. 2012; 25; 219 – 232. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100013
45. Da Silva ZA, Gómez A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008; 42(5): 946 – 56. [acceso 1 junio 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500022
46. Cruz A, Pancorbo P, García F, Carrascosa M, Jimenez MC, Villar R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos*. [Internet]. 2010; 21(1); 8 – 16. [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000100002
47. Mangini Bocchi SC, Silva L, Caquel Monti CM, Spiri WC. Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet]. 2007; 15(2). [acceso 26 sep 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200017>
48. Hanzenliková A, López –Muñoz M, Fusté R. Perfil sociodemográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. *Enfermería Global*. [Internet]. 2017; 46. [acceso 25 ene 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.249861>
49. Díaz H, Lemus N, Gonzáles W, Licort O, Gort O. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2015; 19(3); 478 – 490. [acceso 26 sep 2017]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300011
50. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013. [acceso: 26 sep 2017]. 21(5). Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf

51. Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet] 2016. [acceso: 26 sep 2017]. 37(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>
52. Mata Garcia C, Lopez Espinoza A. Estudio del riesgo de caídas en pacientes ortogerítricos. *Rev Enfermería Docente.* [Internet]. 2017: 108:12-15. [acceso 15 sep 2017]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/profesionales/revista-enfermeria-docente/estudio-del-riesgo-de-caidas-en-pacientes-orto-geriatrico
53. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017: 70(4):860-7. [acceso 30 sep 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>
54. Tejada AIC, Cepedez RL, Baster MJ, Esthéfano ER. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo Científico Médico de Holguín.* [Internet]. 2005: 9(1). [acceso 14 ene 2017]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori3.htm>
55. Da Silva Santos Passos S, Henckemaier L, Chaves Costa J, Pereira A, Gonçalves R. Cuidado cotidiano das famílias no hospital: como fica a segurança do paciente?. *Texto Contexto Enferm.* 2016. [Internet]. [acceso 3 nov 2017]:25 (4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400319&lng=en&tlng=en
56. Adiazola T, Bastidas M, Cañas J. Percepción usuaria y del equipo de salud de una unidad de neonatología sobre la iniciativa hospital amigo y la ley de derechos y deberes de los pacientes. [Tesis para Licenciatura en Enfermería]. Valdivia: Universidad Austral, 2014.
57. Guerrero – Ramirez R, Meneses – La Riva M, De la cruz – Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina el Hospital Daniel Alcides Carrion. [Internet]. *Rev Enferm Herediana*;

- 2016; 9(2): 27 – 136. [acceso 2 dic 2017]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017>
58. Moreno-Fergusson. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichan. [Internet]. 2013; 13 (2): 146 – 147. [acceso 26 feb 2018]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515>
59. Ministerio de Desarrollo Social. Presentación de resultados encuesta CASEN. Santiago de Chile; 2015. [Internet]. [Actualizado 22 sep 2016; acceso 26 sep 2017]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php
60. Hernández Cruz AR, Mendoza Romero E, Cabrera Ponce F, Ortega Vargas C. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. Rev. Mex. de Enfermería Cardiológica. [Internet]. 2006; 14(2): 70 – 74. [acceso 8 ene 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en062g.pdf>
61. Registered nurses association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en enfermería: Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión. Ontario, Canadá 2010. [Internet]. [acceso 02 jun 2017]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/translations/estrategias-de-cuidado-de-personas-mayores-con-delirio-demencia-y-depresión>
62. Registered nurses association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en enfermería: Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Ontario, Canadá 2011. [Internet]. [acceso 02 jun 2017]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_PrevencionCaidas_022014_-_with_supplement.pdf
63. Zelada M, Salinas R, Baztán J. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009. [Internet]. [acceso 3 nov 2017]; 48: 35–39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18022709>

64. Páramo M. La teoría fundamentada (Grounded Theory). *Pensamiento y gestión*. 2015. 39: 119 - 146 [Internet]. [acceso 5 oct 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>

ANEXOS

ANEXOS

1. TABLA 5: NIVELES DE EVIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Ia	•Evidencia obtenida de meta-análisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados y/o síntesis de múltiples estudios primarios de investigación cuantitativa.
Ib	•Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	•Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	•Evidencia obtenida de al menos de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi experimental, no aleatorizado.
III	•Síntesis de múltiples estudios de investigación cualitativa.
IV	•Evidencia obtenida de estudios observacionales bien diseñados, no experimentales, como son los estudios analíticos o descriptivos y/o estudios cualitativos.
V	•Evidencia obtenida de la opinion o de los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades

2. ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA LA CATEGORIZACION DEL RIESGO DE UPP								
NOMBRE PACIENTE: _____								
FECHA DE HOSPITALIZACION: _____ FECHA INICIO DE REGISTRO: _____								
RUT: _____ EDAD: _____ EVALUACION ESTADO NUTRICIONAL: _____								
DIAGNOSTICO: _____								
Puntaje	1	2	3	4				
Percepción sensorial Capacidad para reaccionar ante molestia relacionada con la presión	Completamente limitada (no reacciona a estímulos dolorosos, cap. limitada a sentir molestias en la mayor parte del cuerpo)	Muy limitada (reacciona ante órdenes verbales pero no puede comunicar su malestar excepto sólo ante est. dolorosos mediante quejidos o agitación)	Ligeramente limitada (reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias)	Sin limitaciones (responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial)				
Exposición a la humedad Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda (por sudor, orina, se detecta humedad cada vez que se le mueve)	Frecuentemente húmeda (a menudo, pero no siempre la piel está húmeda)	Ocasionalmente húmeda (requiere sólo de un cambio suplementario de ropa al día)	Raramente húmeda (piel generalmente seca)				
Nivel de actividad física	Encamado/a (paciente constantemente en cama)	En silla (no puede andar, no sostiene su propio peso, deambulación limitada)	Deambula ocasionalmente (con o sin ayuda, distancias cortas)	Deambula frecuentemente (fuera de la habitación al menos 2v/día, no necesita ayuda)				
Movilidad Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil (sin ayuda no puede cambiarse de posición)	Muy limitada (ocasionalmente efectúa ligeros cambios de posición por si solo)	Ligeramente limitada (con frecuencia efectúa cambios de posición por si solo)	Sin limitaciones (efectúa frecuentemente y sin ayuda importante cambios de posición)				
Nutrición Patrón usual de ingesta de alimentos	Muy pobre (nunca ingiere comida completa, bebe poco líquido, ayuna, suero o dieta liq. por más de 5 días)	Probablemente inadecuada (raramente come comida completa, recibe menos que la cant. óptima de una dieta o por SNG)	Adecuada (toma más de la mitad de la mayoría de las comidas, 4 veces por día, come entre horas, SNE o NPTC)	Excelente (ingiere la mayor parte de las 4 comidas al día, nunca rehúsa, come entre horas)				
Roce y peligro de lesiones	Problema (requiere moderada o máxima asistencia para ser movido. Requiere de frec. Reposicionamientos con máxima ayuda)	Problema potencial (se mueve muy débilmente o requiere de máxima asistencia)	No es problema aparente (se mueve en cama y silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular)					
Estadios: 0 Sana I Enrojecimiento piel indemne II Pérdida parcial, epidermis – dermis, abrasión o cráter superficial III Pérdida total del espesor de la piel hasta subcutáneo, con necrosis IV Pérdida profunda cráter, con necrosis y compromiso muscular, óseo o de estructuras de soporte V Sospecha de daño tisular VI No clasificable								
RIESGO ALTO: < 13 PUNTOS RIESGO MEDIO: 13 – 14 PUNTOS RIESGO BAJO: > 14 PUNTOS								
VALORACION PIEL	FECHA:		FECHA:		FECHA:		FECHA:	
	BRADEN:		BRADEN:		BRADEN:		BRADEN:	
ZONA SACRA	RIESGO:		RIESGO:		RIESGO:		RIESGO:	
	ESTADIO	CMS	ESTADIO	CMS	ESTADIO	CMS	ESTADIO	CMS
TROCANTER DER.								
TROCANTER IZQ.								
TALON DER.								
TALON IZQ.								
MALEOLO DER.								
MALEOLO IZQ.								
OTROS								
NOMBRE ENFERMERA								

3. ESCALA DE BARTHEL

ASPECTO	PUNTAJE			
	0	5	10	15
Alimentación	<input type="checkbox"/> Incapaz	<input type="checkbox"/> Ayuda	<input type="checkbox"/> Independiente	
Baño	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Independiente		
Cuidado personal (cara/pelo/dientes/barba)	<input type="checkbox"/> Ayuda	<input type="checkbox"/> Independiente		
Vestimenta	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Ayuda (logra 50% solo)	<input type="checkbox"/> Independiente	
Contiencia fecal	<input type="checkbox"/> Incontinente	<input type="checkbox"/> Accidentes ocasionales(<input type="checkbox"/> Continente	
Continencia urinaria	<input type="checkbox"/> Incontinente o sonda	<input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional	<input type="checkbox"/> Continente	
Uso de baño	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Ayuda parcial	<input type="checkbox"/> Independiente	
Transferencia (cama/silla/cama)	<input type="checkbox"/> Incapaz	<input type="checkbox"/> Ayuda de 1 o 2 personas	<input type="checkbox"/> Ayuda menor	<input type="checkbox"/> Independiente
Movilidad (en 1 nivel)	<input type="checkbox"/> Inmóvil o <10 m.	<input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Camina con ayuda de 1 persona	<input type="checkbox"/> Independiente (bastones o andador)
Escaleras	<input type="checkbox"/> Incapaz	<input type="checkbox"/> Requiere ayuda	<input type="checkbox"/> Independiente	

Dependencia leve: 61 a 99 puntos
Dependencia moderada: 41 – 60 puntos
Dependencia severa: 21-40 puntos
Dependencia total: 0 – 20 puntos

4. ESCALA DE CAM

Escala diagnóstica de delirio CAM (Confussion Assessment Method)								
NOMBRE PACIENTE:								
Fecha:								
1. Comienzo agudo y curso fluctuante ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? (si es NO, no seguir el test)								
2. Alteración de la atención. El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir con una conversación? (si es NO, no seguir el test) Preguntas: ¿Qué día viene antes del domingo? ¿Qué día viene antes del sábado? ¿Qué día viene antes del viernes? (con una respuesta mala cumple inatención)								
3. Pensamiento desorganizado ¿El paciente manifiesta ideas o convrsaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? Preguntas: ¿Hay peces/ jirafas en el mar? ¿Puede una piedra/ hoja flotar en el agua? ¿Puede usar un martillo para clavar un clavo? ¿Pesa un kilo más que dos? (Más de un error muestra pensamiento desorganizado)								
4. Alteración del nivel de conciencia ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (NOTA: nivel de conciencia vigilante, letárgico, estuporoso)								
FIRMA ENFERMERA								

5. ESCALA DE MORSE

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE MORSE		
CAIDAS RECIENTES (últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/ Muletas/ Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VIA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACION	Normal/ Inmovilizado/ Reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere de asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Conciente de sus limitaciones	0
	No conciente de sus limitaciones	15

6. FORMULARIO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Formulario de Indicación para la contención mecánica

Nombre del paciente: _____
Rut: _____ Servicio: _____ Fecha: _____ Cama: _____

Se ha explicado la necesidad de la contención:

Al paciente: A la familia: No fue posible en ningún caso:

Fecha de indicación: _____ Hora de indicación: _____
Fecha de retiro: _____ Hora de retiro: _____

Nombre y firma del profesional responsable de la indicación:

Indicaciones de la contención (*marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)*):

- Riesgo de lesiones del paciente (autolesión, caídas accidentales, etc)
- Riesgo de lesiones a terceras personas (paciente o personal de salud)
- Riesgo de intervención al proceso terapéutico (autoretiro de vías, sondas)
- Para evitar daños materiales significativos en el Servicio (mobiliario, equipos, etc)
- Otras, especificar _____

Sujección de:

- EESS EEII Cintura Tórax Todas las anteriores

Mecanismo usado: _____

Situación clínica del paciente:

Diagnóstico: _____

Estado: Agitado Violento/agresivo Confuso/desorientado Impulsividad suicida

Medios fracasado utilizados antes de la contención (*pueden marcarse varios*)

- Contención verbal Medicación oral Medicación parenteral
- Conversación con un familiar (si era posible)
- No había otra opción y no se intentó nada de lo anterior

Lesiones producidas durante la contención (*caídas, erosiones, laceraciones, etc*)

- Si
 No

Observaciones:

INFORMACION A LA FAMILIA:

Instalación de Contención Mecánica:

Día Mes Año

Yo, _____, RUT _____
familiar, del Sr. (a) _____
hospitalizado (a) en el Servicio de _____, declaro haber sido informado
(a) de la situación clínica que obligó a instalarle medidas de contención física en
forma temporal. La suspensión de éstas se realizará cuando su condición clínica
así lo permita.

Firma Familiar Responsable

Profesional que informa:
Nombre _____
Firma _____

