

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA SEVERA EN
USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO
MAYOR”**

TRABAJO FINAL DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER
EN ENFERMERÍA
ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIAI (EBE)

AUTORA: LESLIE MADRID REYES
GUIA DE TRABAJO FINAL DE GRADO:
CIBELES GONZALEZ NAHUELQUIN

VALPARAISO – CHILE
OCTUBRE 2022

INFORME DE EVALUACIÓN

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE EVALUACIÓN TRABAJO FINAL DE GRADO

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

LESLIE MACARENA MADRID REYES

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

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Trabajo Final de Grado:

CIBELES GONZALEZ NAHUELQUIN

Firma: _____

Profesor/a Corrector/a de Trabajo Final de Grado:

Firma: _____

Profesor/a Presidente/a de la Comisión:

Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fe:

Firma: _____

Contenido

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	0
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL	6
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	7
ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.	7
<i>Envejecimiento a nivel mundial y América Latina.....</i>	<i>7</i>
<i>Envejecimiento en Chile.</i>	<i>8</i>
<i>Envejecimiento en la región de Valparaíso.....</i>	<i>9</i>
2.2 CONTEXTO JURÍDICO Y NORMATIVA INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.	10
<i>Programa nacional de salud de personas adultas mayores.</i>	<i>12</i>
<i>Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”</i>	<i>17</i>
2.3. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN	18
2.4. ASPECTOS DEL ROL DE ENFERMERÍA	19
<i>Rol dentro del programa de salud del adulto mayor.....</i>	<i>19</i>
2.5. INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN	20
CAPITULO 3: MARCO TEÒRICO.....	21
3.1 EL ENVEJECIMIENTO COMO UNA ETAPA DE VIDA.	22
3.2 CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO.	23
<i>Cambios a nivel biológico</i>	<i>23</i>
<i>Cambios a nivel psicosocial.....</i>	<i>25</i>
<i>Cambios socio-culturales</i>	<i>27</i>
3.3 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE O POSITIVO.	28
3.4 FRAGILIDAD	29
3.5 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO	31
<i>Teorías biológicas.....</i>	<i>31</i>
<i>Teorías psicológicas.....</i>	<i>31</i>
<i>Teorías sociales</i>	<i>32</i>
3.6 TEORIAS DE ENFERMERÍA	34
MODELO DE ENFERMERÍA DE ROPER, LOGAN Y TIERNEY	34
CAPITULO 4: PROBLEMATIZACIÓN Y METODOLOGÍA.....	37
4.1 PROBLEMATIZACIÓN.....	38

4.2 METODOLOGÍA.....	39
TABLA 3: RESUMEN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	44
CAPITULO 5: ANALISIS DE RESULTADOS	49
5.1 ANALISIS DE ARTÍCULOS	50
CAPITULO 6: RECOMENDACIONES DE CUIDADO BASADAS EN EVIDENCIA	89
6.2 VALIDACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	100
6.3 ANALISIS DE LA VALIDACIÓN: FACTORES FAVORECEDORES Y ENTORPECEDORES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES.	103
CAPITULO 7: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	108
7.1 PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	109
CONCLUSIONES	121
REFERENCIAS	124

Lista de Abreviaturas.

WOS	: Web of Science
BVS	: Biblioteca Virtual de Salud
APS	: Atención Primaria de Salud
EMPAM	: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor
CESFAM	: Centros de salud familiar
R-L-T	: Modelo de Roper, Logan y Tierney
ALC	: América Latina y el Caribe
INE	: Instituto Nacional de Estadísticas
SENAMA	: Servicio Nacional del Adulto Mayor
FONASA	: Fondo nacional de salud
DEIS	: Departamento de estadísticas e información de salud
EFAM	: Evaluación Funcional del Adulto Mayor
CASEN	: Caracterización Socioeconómica Nacional
CORMUVAL	: Corporación Municipal de Valparaíso
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
MINSAL	: Ministerio de Salud
GES	: Garantías explícitas en salud
AVD	: Actividades de la vida diaria
AIVD	: Actividades instrumentales de la vida diaria
ABVD	: Actividades básicas de la vida diaria
DEIS	: Departamento de estadísticas e información de Salud
SSVSA	: Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio
PSR	: Posta de salud rural
SAPU	: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
CECOSF	: Centro Comunitario de Salud Familiar
ENS	: Encuesta de Salud
AV	: Actividades vitales
AM	: Adulto Mayor
PICO	: Problema, Intervención, Comparación y Resultados
S.A.L.S.A	: Búsqueda, Evaluación, Síntesis, y Análisis (Search, Appraisal, Synthesis and Analysis)
DeCS	: Descriptores en Ciencias de la Salud
ECA	: Ensayos controlados aleatorios
IC	: Intervalos de confianza
MMSE	: Mini Examen del Estado Mental

OR	: Odds Ratios
ANCOVA	: Análisis de Covarianza
SPSS Package	: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical for Social Sciences)
OT	: Terapia Ocupacional
CM	: Manejo de casos (enfermería)
GFI	: Cuestionario del indicador de fragilidad de Groningen
ICC	: Coeficiente de correlación intraclase
RN	: Enfermeras registradas (Registered nurses)
LTHNC	: Atención de enfermería en el hogar de largo plazo
UPP	: Úlceras por presión
GDS	: Escala de depresión geriátrica corta
PHQ9	: Escala de depresión (Patient Health Questionnaire)
eFI	: Índice de fragilidad electrónico
TUG	: Prueba Time up-and-go
MDT	: Equipo multidisciplinario
TIC	: Tecnologías de información y comunicación

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

RESUMEN

Objetivo: Establecer intervenciones de enfermería en la prevención de la dependencia severa en adultos mayores.

Método: Se estableció la pregunta de investigación *“Frente a usuarios adultos mayores con dependencia leve a moderada que poseen riesgo de desarrollar dependencia severa, ¿cuáles serían las intervenciones de enfermería más eficaces para prevenir este deterioro?”*, la cual guio la búsqueda bibliográfica de artículos científicos, efectuada entre el 8 de julio y el 30 de octubre de 2019, accediendo principalmente a cinco de datos Web of Science (WOS), SCOPUS, BVS- LILACS, Scielo y CUIDEN, usando descriptores y términos referenciales tales como *older people, elder, intervention, nursing, dependency, functionality*; se seleccionaron artículos dentro de un rango de 10 años de publicación, que cumplieran con los requisitos de diseño metodológico y respondieran a la pregunta establecida.

Resultados: El análisis crítico incluyó finalmente 16 artículos que aportan evidencia frente a la pregunta de investigación, obteniendo 7 resultados que coinciden con las recomendaciones planteadas. Los principales resultados apuntaban a intervenciones multidisciplinarias con participación de enfermería en cuanto a la promoción de la actividad física y mantenimiento de la funcionalidad de la persona la valoración integral del adulto mayor con enfoque geriátrico y la detección temprana de factores de riesgo para desarrollar dependencia o fragilidad, el seguimiento y planificación de los cuidados hacia los adultos mayores con algún grado de dependencia; y el uso de tecnologías para facilitar los cuidados y el seguimiento a usuarios con dependencia leve – moderada.

Conclusión: La evidencia encontrada indica que este es un problema que atañe a la gestión de cuidados de enfermería frente a la atención de adultos mayores con dependencia, las recomendaciones elaboradas son adecuadas y atingentes para intervenir en el desarrollo de una dependencia severa y respaldan el actuar de enfermería en el manejo a tiempo de los factores de riesgo que puedan presentar los usuarios. También respaldan la necesidad de mantener a los profesionales de enfermería capacitados en la detección oportuna de la dependencia y/o fragilidad y el conocimiento para promover la autonomía por mayor tiempo en los adultos mayores.

Palabras claves: dependencia, fragilidad, intervenciones de enfermería

ABSTRACT

Objective: To establish nursing interventions in the prevention of severe dependency in older adults.

Method: The research question "Faced with older adult with slight to moderate dependency who are at risk of developing severe dependency, what would be the most effective nursing interventions to prevent this deterioration?" was established, which guided the bibliographic search of scientific articles, carried out between July 8 and October 30, 2019, accessing mainly five Web of Science (WOS) data, SCOPUS, BVS-LILACS, Scielo and CUIDEN, using descriptors and referential terms such as older people, elder, intervention, nursing, dependency, functionality; Articles were selected within a range of 10 years of publication, which met the methodological design requirements and answered the established question.

Results: The critical analysis finally included 16 articles that provide evidence against the research question, obtaining 7 results that coincide with the recommendations made. The main results pointed to multidisciplinary interventions with nursing participation regarding the promotion of physical activity and maintenance of the functionality of the person, the comprehensive assessment of the elderly with a geriatric approach and the early detection of risk factors for developing dependency or frailty. , monitoring and planning of care for older adults with some degree of dependency; and the use of technologies to facilitate the care and monitoring of users with mild-moderate dependency.

Conclusion: The evidence found indicates that this is a problem that concerns the management of nursing care in the care of older adults with dependency, the recommendations made are adequate and relevant to intervene in the development of severe dependency and support action. nursing in the timely management of risk factors that users may present. They also support the need to keep nursing professionals trained in the timely detection of dependency and/or frailty and the knowledge to promote autonomy for a longer time in older adults.

Keywords: dependency, frailty, nursing interventions

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural y que se intensifica en la última etapa de la vida asociado a un deterioro orgánico y funcional de las capacidades adaptativas del organismo. A nivel mundial, la población de adultos mayores de 65 años se ha incrementado, esperando que para el año 2050 llegue a un 22% (1,2). Para la región de América Latina y el Caribe, se ha proyectado una aceleración de este proceso incrementando un 25% en un periodo de 35 años junto con un aumento en la esperanza de vida bordeando los 80 años para el 2030. En Chile estas cifras no son lejanas, se espera que para el año 2050 el 21,4% de la población chilena sea adulto mayor, sumado a que Chile es el único país de la región que supera la esperanza de vida media teniendo cifras por sobre los 80 años (2,3). Para Valparaíso en tanto, los datos siguen la tendencia, siendo la región más envejecida a nivel nacional (3)

A este proceso de envejecimiento, se suma el deterioro que pueda presentar una persona mayor, según estudios el 11% de la población mayor de 60 años, tendrá algún grado dependencia (2, 4); en Chile, se estima que esta cifra sea del 24,1%.

Este fenómeno de envejecimiento se asocia a una creciente demanda en los servicios de salud, contemplando el envejecimiento como una problemática presente en las políticas y objetivos sanitarios. Así, siguiendo las recomendaciones de la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) en Chile se han establecido metas y estrategias públicas que fomentan la funcionalidad de los adultos mayores como parte importante de los programas de salud enfocados a esta población cambiando el foco de la atención hacia una mirada anticipatoria y preventiva, incorporando desde hace una década, la evaluación funcional del adulto mayor como principal método de screening para evaluar y clasificar el riesgo de perder la funcionalidad, promoviendo además el envejecimiento saludable.

Actualmente la atención primaria (APS) es la principal línea de seguimiento de las personas mayores, iniciando con el examen de medicina preventivo del adulto mayor, EMPAM, realizado fundamentalmente por enfermeras/os, quienes efectúan una valoración integral de los usuarios para poder definir los cuidados e intervenciones requeridas según el nivel de autovalencia que presente la persona mayor.

En la práctica, el programa del adulto mayor define las directrices de acción y un plan de seguimiento que al día de hoy se vuelve básico frente a los requerimientos de la población adulta en aumento, los usuarios que presentan mayor grado de autovalencia quedan cubiertos y tienen distintas actividades de promoción y prevención, por otra parte, la fracción de usuarios con un grado de dependencia severa se encuentra resguardado en el respectivo programa con atención domiciliaria de por medio.

Sin embargo, existe un grupo de usuarios que se encuentran en un rango intermedio de pérdida de la funcionalidad, presentando un grado de dependencia leve o moderada o alguna característica de fragilidad, que no alcanza a lograr un puntaje adecuado en los instrumentos de valoración, para ingresar al seguimiento de los programas anteriores mencionados, quedando solo con controles cada 6 meses o un año según la realidad de cada centro de salud familiar (CESFAM) en cuanto a la demanda de atenciones por número de profesionales disponibles.

Desde el punto de vista de las teorías y modelos de enfermería, el Modelo de Roper, Logan y Tierney (R-L-T), promueve la valoración y el proceso de enfermería hacia un cuidado individualizado de la persona, centrándose en la mantención de la autonomía y la capacidad para realizar actividades vitales (5).

Por lo anterior, surge la inquietud de buscar estrategias de enfermería que promuevan la prevención de la dependencia severa o fragilidad, para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica que apoyara con evidencia el accionar de enfermería frente a este grupo de usuarios.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir intervenciones de enfermería para la prevención de la dependencia severa en adultos mayores

Objetivos específicos

Evidenciar intervenciones de enfermería asociadas a la atención de adultos mayores en el ámbito de la enfermería comunitaria, que prevengan la dependencia severa o deterioro funcional del adulto mayor

Elaborar una guía de recomendaciones de intervenciones de enfermería que prevengan la dependencia severa o deterioro funcional severa en el adulto mayor

CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

Envejecimiento a nivel mundial y América Latina.

El envejecimiento se considera no sólo como un proceso individual, sino que también como un fenómeno colectivo, a nivel mundial la transición demográfica los cambios en las tasas de natalidad, mortalidad y esperanza de vida han incidido directamente en el aumento de la población mayor de 65 años. Esta transformación se ha convertido en el acontecimiento demográfico de mayor importancia en el siglo XX, puesto que ha modificado las estructuras sociales en un tiempo relativamente corto (1,6)

Por primera vez en la historia, gran parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, es decir, se vive más tiempo. Para 2050, se espera esta población llegue a los 2000 millones, lo que significa un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Pese a que este cambio de distribución en la población hacia edades más avanzadas comenzó en países de mayores ingresos, como Japón, en donde el 30% de la población ya tiene más de 60 años, se espera que para mediados de siglo países, como Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, alcancen una proporción de adultos mayores similar a la del Japón.

“Entre el 2000 y el 2050, a nivel mundial, la proporción de personas con 60 años o más se incrementará de 11% a 22%” (1,2).

En América Latina y el Caribe (ALC) el envejecimiento está aumentando de forma acelerada, las Naciones Unidas, proyectan que la población de la región, mayor de 60 años incremente desde un 11% a un 25% en un periodo de 35 años. La esperanza de vida en América Latina y el Caribe alcanzará 74,7 años para los hombres y 80,7 para las mujeres en 2030. Por otro lado, respecto a los índices de dependencia, en la región se espera que el 11% de la población mayor de 60 años, tenga algún grado dependencia (2, 4).

El proceso de envejecimiento acelerado en la región exige que se planteen nuevas estrategias y políticas públicas que obedezcan a la demanda de cuidados por parte de la población adulta mayor, abarcando las necesidades de este grupo, en cuanto a mantener un envejecimiento saludable y activo para reducir las tasas de dependencia (4).

Envejecimiento en Chile.

En Chile, las cifras relativas al envejecimiento no son ajenas, según informes del instituto nacional de estadísticas (INE), el índice de envejecimiento para 2031 se proyecta en 102 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, aumentando a medida que pasen los años, estimándose que para el 2050 el 21,4% de la población chilena sea adulto mayor, a esto se suma que Chile es el único país de la región que supera la esperanza de vida media, teniendo cifras por sobre los 80 años (2,3).

Estos cambios demográficos y en especial los años de vida adicionales tendrán repercusiones en la sociedad, otorgando oportunidades a las personas mayores de 65 años y planteando desafíos políticos frente a la forma en que se vive y las expectativas de los individuos. Este aumento en la proporción de adultos mayores conllevará una creciente demanda en los servicios de salud y de cuidado, considerando además el contexto de las familias chilenas en el cual han tenido un rol tradicional como principales proveedores de cuidados (1,4).

Según una encuesta realizada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2017), 70% de las personas de 18 y más años, el país se encontraría “poco o nada” preparado para enfrentar los desafíos que implica el envejecimiento poblacional, relacionado con las expectativas y posibilidades de acceder a mejores apoyos en la adultez mayor. Anexo a esto, un 57% de los chilenos atribuye la principal responsabilidad por el bienestar de los adultos mayores a los gobiernos y un 34%, a sus redes familiares (7).

Por otro lado, destacan las desigualdades en relación al nivel socioeconómico en los adultos mayores, la esperanza de vida al nacer es mayor en las personas con mayor nivel de instrucción y con mejor ingreso, pues se espera que las personas de la tercera edad sean más longevas a medida que mejoran las condiciones de vida (7).

Puesto que las necesidades de esta población demandan una respuesta multisectorial de políticas socioeconómicas, socioculturales, de vivienda y salud entre otras, se hace imprescindible la formación de los profesionales sanitarios capaces de atender estas necesidades a través de un plan de atención con enfoque en prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad.

En Chile el 75% de la población se atiende a través del sistema público o Fondo nacional de salud (FONASA), de los más de 14 millones de beneficiarios/as, un 53% corresponden a mujeres y un 47% son hombres y en cuanto a segmentos poblacionales, 9 de cada 10 personas mayores de 65 años, pertenecen a este sistema y de éstos últimos, solo un 54% se encuentra en controles en servicios de salud (según registros de personas mayores en control con el EMPAM vigente para el año 2012 y en donde el 61% corresponde a mujeres (8,9). Es notable, además, que de las personas mayores bajo control en atención primaria de salud y clasificados por condición de funcionalidad según la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) incluida en el EMPAM, un 69,8% es autovalente, (41,2% autovalente sin riesgo y 28,7% autovalente con riesgo), 17,2% está en riesgo de dependencia y el 13% restante es dependiente (9).

En Chile, de acuerdo con el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (SENAMA, 2009), el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia, afectando especialmente a personas de mayor edad, mujeres, de nivel socioeconómico más bajo, y asociado a un número mayor de enfermedades crónicas (9).

Envejecimiento en la región de Valparaíso.

Para la región de Valparaíso, los datos siguen la tendencia, pues, de acuerdo con las mismas estadísticas, Valparaíso, es la región “más envejecida a nivel nacional, ya que 17,4% de su población es mayor de 60 años y los menores de 15 años solo alcanzan a 19,2% del total regional (sic)” (3); y como dato anexo, se proyecta para el 2020, que existan 98 mujeres adultas mayores por cada cien niñas menores de 15 años, siendo la región más envejecida en mujeres (3, 10).

Por otro lado, según la encuesta de caracterización socioeconómica nacional, (CASEN) del 2015, la pobreza multidimensional fue de un 18,4% en el grupo de los Adultos Mayores 0.7 puntos menor al promedio nacional que fue de 19,1%; esto da cuenta de la vulnerabilidad de las personas mayores en cuanto a la satisfacción de aspectos básicos tales como acceso a vivienda, seguridad social, educación, jubilación digna y acceso a la salud. En cuanto al aspecto laboral, las personas mayores de 60 años tienen menor participación en trabajos formales, de ellos una quinta parte se encuentra en situación de pobreza multidimensional y más del 14% presenta algún tipo de dependencia funcional.

Esta información es significativa para afrontar los desafíos que presenta la región, principalmente en la esfera de salud, atendiendo a los datos del Registro Social de Hogares, donde el 55,92% de la población de Valparaíso se encuentra en el 40% más vulnerable, y de ellos, el 21,3% corresponde a adultos mayores (10, 11).

Según datos de FONASA, al 2014, la población beneficiaria era un 89,2% de los habitantes de la comuna, donde el 21,9% pertenecía al tramo A, o nivel más bajo de ingresos. Para el año 2016, la población correspondiente a atención primaria en salud (APS), alcanzó un 74,5% de la población (8,12).

En cuanto a la población adulto mayor, la mitad de éstos se encuentra bajo control en alguno de los centros de salud familiar (CESFAM) dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL) de estos, un 87% es autovalente y 13% presentan factores de riesgo de pérdida funcional con distintos grados de dependencia (12).

2.2 CONTEXTO JURÍDICO Y NORMATIVA INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

Según lo descrito anteriormente, el envejecimiento es un fenómeno que se presenta como un desafío para los países y las políticas en salud, quienes deben propiciar el establecimiento de estrategias capaces de dar respuesta en forma integral a las necesidades de la población durante este proceso. Para esto, existen dos instrumentos internacionales que han guiado estas acciones desde el 2002: la “Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” y “Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud”, ambos documentos se ajustan al marco jurídico internacional de normas internacionales de derechos humanos, en donde prima “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”; estos documentos están destinados a fortalecer las oportunidades que presentan los países involucrados, para fomentar el bienestar y salud en la vejez.

En ellos se enfatiza el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las personas mayores como recursos importantes para el desarrollo futuro, destacando las habilidades, la experiencia y la sabiduría de estas personas, así como las contribuciones que hacen a las sociedades. Señalan una variedad de ámbitos políticos en que estas contribuciones y aspectos se pueden favorecer

para garantizar la seguridad en la edad avanzada, así mismo, estipulan la importancia de la salud en esta etapa de la vida, tanto por el bienestar de la propia persona como por los beneficios que conlleva la participación social de las personas mayores, logrando una vejez sana y activa, significando una menor carga económica en el futuro (6, 13).

En la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana que se llevó a cabo en el 2002, se instó a los estados participantes a que "...aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad avanzada...(sic)" (13). Luego, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el periodo 2002-2009, ha mediado la entrega y distribución de recursos técnicos y financieros para el fortalecimiento de la salud y el bienestar de las personas mayores, pues pese al compromiso de los estados intervinientes, el avance de la implementación de estrategias eficaces para enfrentar la situación del envejecimiento de la población a nivel mundial desde 2002, ha mostrado que en las políticas de salud, la transición demográfica tiene baja prioridad, reconociendo así la importancia de demandar esfuerzos suplementarios, debido a la magnitud de sus consecuencias (13).

En la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, se recomienda el fomento de la funcionalidad de los adultos mayores como una parte importante de los programas de salud enfocados a esta población, utilizando subsidios económicos y alimentarios para incentivar el logro de la adherencia de los adultos mayores a los programas de salud. Así mismo señalan la importancia de priorizar la formación quienes trabajan en salud, impulsando programas de entrenamiento focalizados en la atención primaria de salud, pues la formación en geriatría y gerontología aún es baja, como también la especialización para la atención y el apoyo a los cuidadores (6,13).

En cuanto al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, se reconocen tres prioridades para la acción de estrategias que atiendan las necesidades de este grupo, estas son: "las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores" (6). Se señalan temas que siguen siendo relevantes para atención de las personas mayores, tales como garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria, capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud, atender las necesidades de salud mental y servicios adecuados de las personas mayores con discapacidad proporcionar atención y apoyo a los cuidadores y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (6,13).

En otra arista, se encuentran las directrices para el envejecimiento activo, concepto que surge al unificar ámbitos políticos que se encontraban fragmentados, para esto el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS), da a conocer el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, en el cual se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (6). Las políticas que se proponen en este ámbito siguen los mismos principios antes mencionados, en relación a prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura, fomentar los factores protectores de la salud, mejorar la continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad, con enfoque de género y equidad en salud, además de proporcionar formación y educación a quienes realizan los cuidados de las personas mayores. Cabe destacar también, que, como parte de los objetivos planteados en el Plan de acción sobre el envejecimiento, se encuentra el perfeccionamiento del manejo de la información necesaria que permitan el seguimiento, evaluación y supervisión, de las actividades y estrategias destinadas a mejorar la salud en este grupo de personas. Se entrega importancia al rol investigativo de las instituciones académicas y el uso de mecanismos de información adecuados y establece como meta para el 2018, que al menos 75% de los países cuenten con un sistema de vigilancia y evaluación de la salud de las personas mayores (6, 13).

Programa nacional de salud de personas adultas mayores.

A partir de los cambios demográficos, la visión del envejecimiento como una problemática que debía estar contemplada en políticas de salud, el cambio en el foco de la atención, hacia una mirada anticipatoria y preventiva, en 1995 se logró incorporar en los controles de salud de adulto mayor, una Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-Chile) como principal método de screening predictor de pérdida de funcionalidad.

En el 2001 la OMS ya entregaba directrices y recomendaciones frente a la evaluación de la situación funcional de las personas mayores debido a la importancia de identificar a la población más vulnerable o en riesgo de perder su

autonomía, ya que esta sería la población que concentra un mayor gasto asociado a consumo de recursos sanitarios y sociales (9).

El Ministerio de Salud (MINSAL) a través del Departamento de salud de las personas elaboró el 2002 la “Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor” la cual se encuentra vigente hasta hoy, en ella se planteó como desafío la adaptación del tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud a fin de lograr un envejecimiento saludable, fomentando la autonomía y previniendo la discapacidad o dependencia, considerando factores sociodemográficos de la población chilena como el perfil epidemiológico, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rural y regional (9).

“El objetivo principal de este programa es promover un envejecimiento saludable y positivo, fomentando autonomía y autovalencia de la persona, previniendo el avance del deterioro funcional para evitar así la dependencia en personas adultas mayores (sic)” (9)

El año 2008, el control de salud del adulto mayor pasó a ser el Examen de Medicina Preventiva siendo hoy en día una garantía explícita en salud (GES), actualmente el proceso de atención de las personas mayores en la APS se inicia con el EMPAM, el cual se debe aplicar a toda la población mayor de 65 años perteneciente al sistema público de salud. En este examen se amplió la pesquisa de factores de riesgo que pudieran incidir en la autonomía de la persona, incluyendo así mediciones antropométricas, evaluación de la existencia de redes de apoyo, riesgo de caídas, presencia de trastorno de ánimo y sospecha de maltrato, lo anterior, en conjunto con el EFAM que evalúa el desempeño de la persona en la realización de actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales (AIVD) en relación a aspectos cognitivos, locomotores, y cardiovasculares (9, 14).

Cabe señalar que se consideran actividades de la vida diarias aquellas dedicadas al autocuidado y satisfacción de necesidades básicas tales como: alimentarse, bañarse, hacer uso del baño, vestirse y moverse; y como actividades instrumentales de la vida diaria a las tareas más complejas que requieren habilidades cognitivas para desarrollarlas tales como uso del teléfono, realizar compras o manejar dinero, recorrer largas distancias, preparar la comida, hacer las tareas del hogar y responsabilizarse por actividades de autocuidado como el uso de sus medicamentos (9, 14).

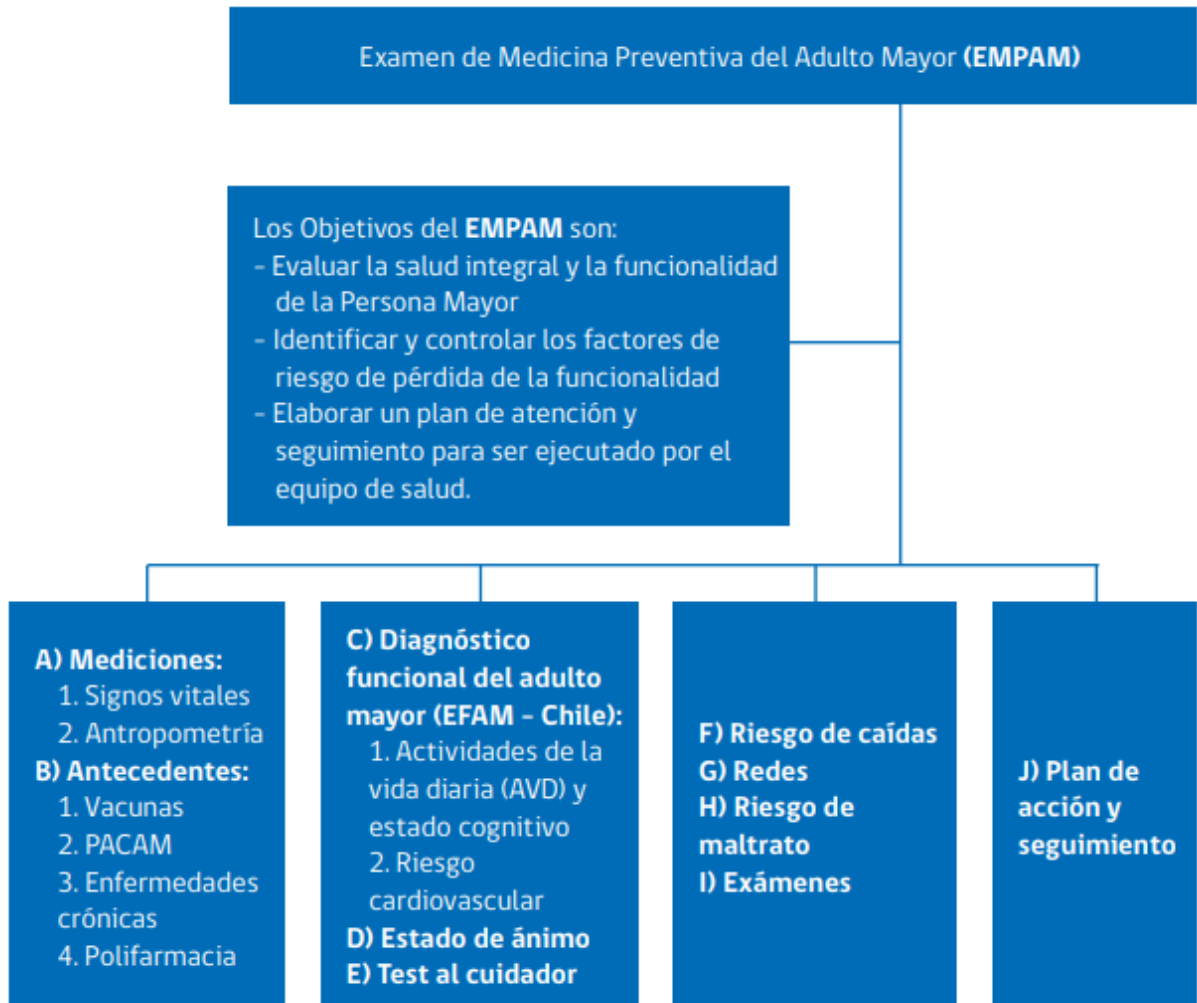
Esta evaluación permite clasificar a cada usuario según el riesgo de perder su funcionalidad, propone como resultado de esta valoración, 3 niveles principales de independencia funcional: “Autovalente, Autovalente con riesgo (de dependencia) o Riesgo Dependencia” (tabla 1, imagen 1). No obstante, descarta su aplicación a personas que presenten una condición de dependencia evidente, en estos casos, se aplica el Índice de Barthel, pudiendo clasificar a la persona en una dependencia “Leve, Moderada, Severa o Total” (tabla 1). Cabe destacar que para el último nivel existen políticas y estrategias ministeriales que abordan la atención integral y facilitan el acceso o continuidad de las atenciones de salud, sin embargo, el tramo de personas que se encuentran en un grado de dependencia leve o moderada no cuenta con un abordaje efectivo de las políticas de salud a fin de prevenir que este avance a un grado de mayor complejidad. A nivel local, estas políticas se llevan a cabo siguiendo las directrices de cada programa, realizando las evaluaciones de las personas mayores de 65 años en cada CESFAM (9, 12, 15).

Ante lo anterior, es importante destacar que, según la última información obtenida desde el departamento de estadísticas e información de salud (DEIS - 2012), las personas bajo control con EMPAM al día en APS correspondían a un total de 733.436 personas mayores, de los cuales un 41,2% era autovalente sin riesgo, 28,7% autovalente con riesgo, 17,2% con riesgo de dependencia y el 13% restante estaba en condición de dependencia. Además, hasta el año 2012 la cobertura de los EMPAM realizados eran menor a la cantidad de personas que se controlaban, siendo desde entonces un desafío lograr una mayor cobertura de este examen en las personas mayores (9).

Tabla 1: Niveles de funcionalidad según instrumento			
INSTRUMENTO	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
EFAM	Igual o mayor a 46 puntos	Autovalente (sin riesgo)	La persona es capaz de realizar las AVD y algunas actividades instrumentales en forma autónoma sin necesidad de ayuda
EFAM	Igual o menor a 45 puntos	Autovalente con Riesgo	La persona es capaz de realizar las AVD y algunas actividades instrumentales en forma autónoma sin necesidad de ayuda, pero cuenta con algún factor de riesgo para desarrollar una dependencia, ya sea por patologías crónicas descompensadas, alteración del estado de ánimo, alteración del estado cognitivo- memoria o baja escolaridad
EFAM	Menor o igual a 42	Riesgo de Dependencia	La persona es capaz de realizar ABVD y AIVD, pero, con alguna ayuda
I. Barthel	Mayor o igual a 60	Dependencia Leve	La persona requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces, para realizar alguna ABVD o incapacidad para efectuar 2 AIVD
I. Barthel	Entre 55 y 40	Dependencia Moderada	La persona requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces, especialmente para realizar 2 o 3 ABVD, incapacidad para bañarse o incapacidad para efectuar 1 AIVD
I. Barthel	Entre 35 y 20	Dependencia Severa	La persona necesita ayuda para realizar la mayoría de las ABVD, además de tener gran dificultad para movilizarse
I. Barthel	Menor a 20	Dependencia total	La persona depende completamente de otros para su cuidado y bienestar

FUENTE: Elaboración propia según datos del Programa de Salud del Adulto Mayor y el Estudio Nacional de Dependencia en las personas Mayores

Imagen 1



FUENTE: Plan Nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030.

Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”

Este programa nace el año 2015 en respuesta a la necesidad de implementar intervenciones que fomenten la autonomía y estado funcional del adulto mayor, está enmarcado en el plan de salud de la OMS sobre envejecimiento activo, cuyo principal objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Este programa abarca intervenciones de tipo promocional y preventiva en salud, con enfoque integral y comunitario, por medio de actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva. Se desarrolla inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular, de una dupla Kinesiólogo-Terapeuta Ocupacional u otro profesional de la salud capacitado, dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores, anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo.

El trabajo de los equipos se realiza a través de talleres enfocados a potenciar el trabajo comunitario e intersectorial, a la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas, y fomento del autocuidado y estilos de vida saludable (16).

Está dirigido a usuarios mayores de 65 años que pertenecen a FONASA, y que obtengan un resultado de Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y en Riesgo de Dependencia en el EMPAM, estimándose que alrededor de un 70% de los adultos mayores cumplen con los criterios de ingreso. De forma preferente se realizará en grupo, previa declaración de su consentimiento a participar y la firma de un compromiso informado. El programa está destinado a desarrollarse a nivel nacional, en aquellos CESFAM que cuenten con más de 20.000 personas inscritas; en Valparaíso se lleva a cabo en los CESFAM dependientes del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) y en forma de programa piloto para algunos de los CESFAM dependientes de la municipalidad (17).

2.3. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

En la comuna de Valparaíso, los establecimientos destinados a la atención primaria de Salud tienen dependencia técnica del SSVSA y están bajo la administración directa del mismo o de la CORMUVAL, esta última está a cargo de doce centros de salud familiar, una Posta de salud rural (PSR), cinco Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) (12).

El CESFAM Las Cañas, es uno de los centros de salud dependiente de CORMUVAL y que se ubica en el cerro Las Cañas. En el año 2014 se vio afectado por el mega incendio ocurrido en Valparaíso, por lo cual actualmente funciona de forma “temporal” en una infraestructura formada por contenedores acondicionados para la atención de público.

El territorio que abarca está dividido en dos sectores que comprenden la población de los cerros: Las Cañas, Merced, el Litre y La Cruz y entrega atención a 9.212 personas inscritas, de acuerdo con datos extraídos del DEIS 2013 (17,18).

Este CESFAM, sigue las normativas ministeriales, entregando atención a través de los diferentes programas de salud existentes, entre ellos, el Programa de salud del adulto mayor, que contempla la evaluación funcional del adulto mayor realizada por enfermera en forma anual a través del EMPAM.

El programa de salud del adulto mayor incluye como beneficiario directo a toda la población de personas mayores de 65 años y más, y beneficiarios indirectos como familia, cuidadores, comunidad y equipos de salud (9). Para este CESFAM, según datos del DEIS 2013, la población que se encuentra en el rango etario de 60 años y más es de 1.274 y los mayores de 65 años serían 929 personas, pero según lo extraído desde las estadísticas del CESFAM, el dato actualizado sería de 994 personas. De ellos, 141 personas registran algún grado de dependencia funcional, fluctuando entre “Riesgo dependencia, Dependencia leve o moderada”, sin considerar los que registran dependencia severa.

Para efectos de esta investigación se trabajará con la población total de adultos mayores de 65 años beneficiarios del programa de salud del adulto mayor que pertenecen al CESFAM Las Cañas, para abarcar una mayor cantidad de usuarios que pudieran verse afectados o presentar factores de riesgo para desarrollar un deterioro funcional avanzado.

2.4. ASPECTOS DEL ROL DE ENFERMERÍA

Rol dentro del programa de salud del adulto mayor

Asistencial: Para realizar el EMPAM, se aplica una valoración integral, es decir, se evalúa a la persona no solamente desde lo clínico, sino que, ampliando la mirada a la esfera psicosocial del adulto mayor permitiendo al equipo de salud definir mejores intervenciones posibles. Dicha valoración es realizada preferentemente por la enfermera, quien determina el nivel de funcionalidad de las personas, valorando además los factores de riesgo y factores protectores que puedan influir en su salud, ejerciendo una importante educación sobre los hábitos saludables e interviniendo en cuanto a la promoción de la salud (9)

Este programa contempla además las visitas domiciliarias, que se realizan generalmente a solicitud de los familiares o cuidadores de la persona mayor que presenta algún grado de dependencia funcional, dichas visitas a pesar de poder ser realizadas por el equipo de salud, es la enfermera quien lidera estas acciones, para efectuar una valoración integral del estado de salud de la persona y su entorno familiar.

Gestión: En este caso, la función de enfermería está relacionada con la generación de acciones de mejora en las coberturas de los EMPAM realizados, identificar la población adulta mayor, mantener la vigencia de sus controles y contabilizar datos que incluyan factores de riesgo y protectores de cada persona en control.

Por otra parte, coordinar la interacción de los programas de salud en los que participa el adulto mayor, en especial con el cardiovascular, pues la gran mayoría de los usuarios presentan patologías crónicas (19).

Educación: La principal educación que realiza la enfermera dentro del programa de salud del adulto mayor está enfocada a las educaciones individuales que se realizan en cada control de salud o dentro del contexto de visitas domiciliarias, ya sea al propio paciente o a su acompañante, quien por lo general es un familiar o cuidador directo.

Otra instancia de educación es aquella que se realiza dentro de los talleres grupales que se imparten según planificación del CESFAM y normativas sanitarias presentes.

Investigación: En el CESFAM, esta función no se observa, pues el desarrollo de la investigación se limita a realizar informes para casos especiales, generalmente relacionados a Epidemiología o Salud familiar

2.5. INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN

La población en la cual se centra esta investigación corresponde a quienes viven en los cerros Las Cañas, Merced, El Litre y La Cruz, y que, además están inscritos en el CESFAM Las Cañas y son beneficiarios del programa de salud del adulto mayor, siendo aquellas personas que tienen 65 años o más.

En este caso, se considerarán a aquellos que presentan alguna condición de disminución de su funcionalidad o que presenten factores de riesgo que pudieran influir en la capacidad para mantener la autonomía. Cabe señalar que la importancia de intervenir este grupo de personas es porque la evidencia señala que aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia o vulnerabilidad resultan abandonando el sistema ya sea por dificultad de acceso, cansancio o incomprensión de los procesos de atención de cada centro de salud.

El universo de personas mayores de 65 años que se encuentran inscritos en este CESFAM corresponde a 994 personas actualmente, de los cuales 141 presentan algún grado de dependencia.

En este CESFAM, hasta el mes de julio del año en curso, se han realizado en el CESFAM 242 EMPAM, en el cual se detecta el nivel de funcionalidad de la persona, resultando un 35% "Autovalentes con Riesgo", un 9% se registra como "Riesgo dependencia", un 29% como Dependencia Leve y sólo una persona que figura con "Dependencia Moderada", el resto se descartó para efectos de este trabajo pues caen en el rango de "Autovalentes" o "Dependientes severos".

CAPITULO 3: MARCO TEÒRICO

3.1 EL ENVEJECIMIENTO COMO UNA ETAPA DE VIDA.

La interpretación más cercana sobre el envejecimiento, tiene relación directa con la edad y los cambios que se producen en el plano biológico, asociado a una serie de daños a nivel molecular y celular que se traducen en un deterioro y desgaste de las funciones naturales del organismo y aparición de problemas de salud producto de factores biomédicos y socioculturales como el estilo de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades crónicas, entre otros, lo cual conlleva a una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores; la capacidad del individuo va disminuyendo de manera progresiva hasta concluir en la muerte de la persona (6, 8,20).

No existe un único significado de envejecimiento, cada cultura le dará significancia según sus propias concepciones, ideas y experiencias sociales respecto al proceso de envejecer, sin embargo, esto ha incorporado interpretaciones desde una mirada negativa y de temor a envejecer, surgiendo así, mitos y estereotipos frente a lo que significa este proceso que es parte del ciclo vital (20,21).

Según Castanedo y cols. el envejecimiento corresponde al conjunto de transformaciones y/o cambios de tipo bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como:

"Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales" (6, 9, 20,21).

Entonces, el envejecimiento se puede percibir como un proceso normal que afecta a todos los seres vivos, comenzando desde el nacimiento y que se acentúa en la última etapa de la vida con el consiguiente deterioro de la adaptabilidad; no obstante, sería un proceso no uniforme, que varía de una especie a otra e incluso entre los mismos seres humanos, pues no hay una persona que envejezca igual a otra; así también, dentro del organismo de una misma persona, el deterioro de los órganos del cuerpo ocurre a ritmos distintos. Cabe destacar, que este proceso no debe calificarse como una patología, sino

como una serie de modificaciones graduales que influirán en la capacidad de adaptación y nivel de vulnerabilidad de los individuos (6).

Si bien estos cambios son comunes a todos los seres vivos, en las personas se asocian vagamente con la edad, es por esto que podemos ver a personas mayores de 60 años que gozan de un buen funcionamiento físico y mental, mientras otras tienen fragilidad o requieren numeroso apoyo para satisfacer sus necesidades. Esto se debe en gran parte a que dichos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona; dado lo anterior, no existe una persona mayor “típica”, pues el cómo se viva esta etapa, será el resultado de hechos ocurridos a lo largo de la vida y reflejarán la diversidad en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores (6).

3.2 CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO.

Cambios a nivel biológico: Como se menciona anteriormente, el envejecimiento se asocia principalmente a los cambios ocurridos a nivel biológico, producto de la acumulación gradual, de daños moleculares y celulares, se puede decir que a nivel general se produce una atrofia senil de los órganos y tejidos resultando disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico.

En líneas generales, hay cambios en la composición corporal, con una disminución de masa magra, muscular y ósea y aumento del tejido adiposo. Por ejemplo, la masa muscular disminuye desde los 50 años a un ritmo de 12% a 15% por década, a los 80 años, ha disminuido un 30-40%, los músculos se acortan y se debilitan; la masa ósea en mujeres ancianas disminuye un 20%. La talla y el peso se reducen por cada década a partir de los 40 años. Disminuye entonces, la fuerza y tolerancia al ejercicio físico, con ello la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Las superficies articulares se van deteriorando y hay cambios degenerativos en ligamentos y cartílago, las superficies de la rodilla entran en contacto apareciendo los dolores y la limitación del movimiento. También con el avance del envejecimiento el cuerpo y su postura se van modificando, se produce una cifosis de la columna dorsal acompañada de la flexión anterior de la cabeza y la nuca, flexión en codos y muñecas, así también en las caderas y rodillas, resultando en una modificación del centro de gravedad y dificultad para mantener el equilibrio y una marcha adecuada.

El agua corporal a expensas del líquido intracelular también disminuye desde un 60% a un 50% aproximadamente, produciendo una deshidratación latente, disminuyendo también la sensación de sed (20, 21,22)

Del mismo modo, ocurre la pérdida del color en el cabello y la disminución del colágeno y elastina, también una pérdida del tejido conectivo y acumulación de lípidos, pigmentos y calcio. La pérdida de la elasticidad de los tejidos y de la percepción sensorial que influye en la capacidad protectora de las prominencias óseas aumentando el riesgo de sufrir úlceras por presión

A nivel del sistema circulatorio, el corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis, su peso y volumen disminuyen, así también la elasticidad de los vasos sanguíneos, la aorta se vuelve más rígida, aumenta su calibre y se dilata; se produce una reducción de la red capilar con el consiguiente aumento de la resistencia periférica. La dinámica cardiovascular se modifica al disminuir la frecuencia cardíaca, reflejando variaciones en las características del pulso (ritmo fuerza), aumento de la presión arterial sistólica y media, y disminución de la presión diastólica. El gasto cardíaco se reduce, volumen de sangre expulsada a través del ventrículo izquierdo en situaciones de ejercicio o esfuerzo disminuye con la edad, y el tiempo de recuperación es más prolongado.

También ocurre el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso, en especial en el tejido de conducción, produciendo atrofia cardíaca, quedando un 10% del nodo sinusal a los 75 años, lo que conlleva a alteraciones del ritmo. En las personas sanas se produce un aumento y rigidez dentro de límites normales de las paredes del ventrículo izquierdo, sin embargo, en personas hipertensas, esto aumenta considerablemente.

El electrocardiograma a los 40 años suele ser normal en casi el 70% de las personas, pero a los 80 años, esto sólo ocurre en un 20%.

Aparecen ligeros cambios en las características de la sangre, principalmente en los hematíes, con aparición de anemias relacionadas en gran parte a una reducción de la tasa de hemoglobina y niveles de hierro, siendo más frecuente en mujeres; también se ve alterada la respuesta de los leucocitos a la inflamación e infección.

En el proceso de envejecimiento se producen modificaciones al sistema inmunológico, disminuye la respuesta frente a estímulos antigénicos al igual que la producción de anticuerpos asociado a una involución y atrofia progresiva del timo, puede aumentar la aparición de neoplasias e infecciones, colocando al anciano en una situación de mayor vulneración (20, 21,22).

El sistema digestivo también sufre modificaciones, los cambios más notorios se producen a nivel funcional, es habitual la disminución de la motilidad y retraso del vaciado gástrico, contribuyendo al reflujo gastroesofágico, también disminuye la capacidad del estómago para reproducir ácido clorhídrico; por otro lado, la tendencia general a la atrofia también se evidencia en el intestino grueso, que al igual que otros órganos presenta una insuficiencia funcional destacando la disminución del peristaltismo, la pared del colon se deforma, aumenta el número de divertículos por la reducción y el endurecimiento de las fibras de colágeno y la debilidad de la pared muscular, destaca la disminución de la absorción de ciertos nutrientes, alteración en la digestión, aparición de úlceras duodenales y sobrecrecimiento de la flora bacteriana intestinal (20, 21,22).

En relación al funcionamiento del hígado, ocurre una disminución de su tamaño y del número de hepatocitos, dificultando el metabolismo de fármacos y la síntesis de proteínas, el vaciado vesicular se enlentece predisponiendo la estasis biliar y la aparición de cálculos biliares. Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores presentan problemas con la pérdida de piezas dentarias y el estado general de la dentadura, es frecuente la utilización de prótesis, sin embargo, muchas veces se encuentran mal ajustadas, lo anterior, sumado a la deshidratación de la encía y disminución de la producción de saliva, provocan dificultades en la masticación, dificultando el proceso de digestión de los alimentos.

Cambios a nivel psicosocial: Para apreciar las modificaciones a nivel psicológico, hay que contemplar los cambios que suceden en las estructuras cerebrales a nivel anatómico fisiológico del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, las modificaciones de las funciones cognitivas y los cambios que se producen en la esfera afectiva, emociones, motivación y personalidad.

A nivel cognitivo, a partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se acentúa a partir de los 65 años, disminuye la capacidad para resolver problemas nuevos y en los procesos de pensamiento se observa una falta de espontaneidad y rapidez, el pensamiento se hace más concreto que abstracto existe una mayor dificultad ante la toma de decisiones, mayor rigidez en la organización del pensamiento y cierta dificultad para discriminar la información, influyendo todo esto en la capacidad de aprendizaje e intuición.

En relación al lenguaje, aspectos como el vocabulario o la expresión verbal se conservan en este proceso gracias a la experiencia acumulada, pese a esto, pueden sufrir modificaciones dependiendo del estado mental que presente el

adulto mayor, interviniendo en la comunicación y por consiguiente en la relación con los demás. Las modificaciones apuntan a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y en una reducción de la fluidez verbal. Por otra parte, a medida que se envejece, se observa una menor eficacia ante algunos estímulos y dificultad para transformar las palabras en imágenes mentales evidenciando una dificultad en la comprensión de estímulos verbales.

Es habitual observar alteraciones en la memoria asociada a la edad, se observan con frecuencia los episodios de amnesia focalizada en el tiempo, a medida que se envejece es más difícil recordar eventos recientes, siendo los recuerdos de hechos pasados aquellos que se mantienen sin mayor dificultad. Aunque estas modificaciones suelen estar ligadas a la motivación, interviniendo en ello factores como: la interferencia de los datos (si coinciden o se contradicen con la información que la persona tiene), los sentimientos de impotencia o estados depresivos, la pérdida de interés en el presente, la lentitud en la evocación de los recuerdos y de reacción frente a estímulos recibidos, y modificaciones de los órganos de los sentidos. También existen ciertas dificultades al momento de planificar estrategias de memorización lo que repercute en la cantidad de información que se puede retener y posteriormente evocar, al disminuir la capacidad para distinguir entre recuerdos percibidos y generados, aumenta la probabilidad de cometer errores de confusión, no obstante, la preparación y utilización de métodos mnemotécnicos deberían permitir a la mayor parte de las personas ancianas realizar sus actividades y mantener su funcionalidad.

En otro punto, por lo general la personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones psicológicas de tipo patológico, la capacidad de adaptación disminuye lo que produce un aumento paulatino de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y temor ante situaciones desconocidas.

En el área emocional son frecuentes los sentimientos de inutilidad o de impotencia ante determinadas situaciones, sobre todo aquellas relacionadas con la pérdida de personas significativas, influyen en esto la capacidad de mantener actividades satisfactorias de ocupar el tiempo y la influencia del entorno como la salud física y mental, pertenencia a un grupo, identidad social, interacciones familiares situaciones de vida jubilación madurez, y sobre todo capacidad de resiliencia. (20, 21,22).

Cambios socio-culturales: Los cambios en esta área están relacionados principalmente al cambio en los roles y posiciones sociales de la persona mayor, tanto a nivel individual como dentro de la propia comunidad, y, junto con la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones afectivas. Respecto al rol en la comunidad, la sociedad actual valora y clasifica a las personas según su nivel de productividad, es decir, si es capaz de trabajar y generar riquezas, en este contexto, el anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, infravalorando su aporte en la sociedad, no obstante, las posibilidades de aportar conocimientos y de realizar nuevas tareas comunitarias abren posibilidades de desarrollo en esta etapa de la vida.

El rol social del adulto mayor se desarrolla en torno a dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, en el rol laboral el gran cambio que marca esta época es el que se produce con la jubilación del individuo, lo cual se acompaña la mayoría de las veces, de un descenso de los ingresos económicos y con ello la adquisición de bienes y servicios básicos. En cuanto a las actividades comunitarias los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, buscando mantener la identidad y pertenencia social, integrándose a nuevos grupos sociales, sin embargo, muchas veces las costumbres, estilo de vida y la percepción de uno mismo en el mundo, provocan la formación de grupos conformados sólo por ancianos, causando un distanciamiento intergeneracional que incide negativamente en el reconocimiento del resto de la sociedad, no obstante, en el último tiempo ha surgido la tendencia de que los nietos se preocupen y participen del cuidado de sus abuelos.

Por otro lado, una de las cosas que afecta al individuo al envejecer, son las pérdidas afectivas caracterizadas generalmente por la muerte de un cónyuge o de amigos, las cuales, además de la tensión emocional que provocan, se conjugan con un sentimiento de soledad que influye en la capacidad de crear nuevas redes de apoyo o reinsertarse en la sociedad.

Las relaciones familiares también se modifican, al aparecer en forma progresiva enfermedades crónicas, irreversibles y en algunos casos discapacitantes, se invierten los roles, pasando de ser una persona independiente capaz de realizar labores del hogar, ser cuidador y apoyo de los hijos y nietos, jefe de hogar y a menudo proveedor, a un rol de persona en condiciones de dependencia y fragilidad, en donde la familia se enfrenta a la problemática de analizar las opciones que existen para dar cobertura a las necesidades que el anciano

presenta; lo cual muchas veces deja en evidencia la limitada capacidad familiar y social para el cuidado de las personas mayores dependientes (12,20,21,22).

3.3 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE O POSITIVO.

A pesar de que el término “Envejecimiento Positivo” ha tomado importancia y se utiliza con frecuencia en el ámbito de políticas públicas y el área académica, no hay un concepto definitivo sobre lo que podría abarcar o cómo se lo evaluar o medir. Por lo general, está asociado a un estado positivo, libre de enfermedades, haciendo una distinción entre individuos saludables y no saludables. No obstante, esta definición no siempre refleja la realidad de algunas personas en su vejez, pues muchas pueden ser portadoras de una o más patologías (en su mayoría de tipo crónico) pero están bien controladas y tienen baja repercusión en su capacidad de funcionamiento, es decir, aunque la mayoría de las personas mayores experimentan múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia (19, 20).

Por esta razón, con fines de poder plantear metas estratégicas de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS define el Envejecimiento Saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, ampliando la mirada a las perspectivas funcionales y ciclo de vida.

En el documento de la OMS, “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político”, se distingue el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las personas mayores como una fuente de recursos importantes para el desarrollo del futuro de una sociedad, enfatizando las habilidades, experiencia y sabiduría de las personas mayores. Se advierten, además las diferentes áreas políticas que pudieran ayudar a favorecer la contribución de los adultos mayores en su entorno y garantizar la seguridad en esta etapa de la vida.

Ambos documentos subrayan la importancia de la salud en esta etapa de la vida, tanto por el bien de la propia persona como por los beneficios instrumentales de propiciar la participación de las personas mayores (y los beneficios que esto, a su vez, puede tener sobre la salud)

Para avanzar en la protección de la salud funcional, la Política plantea la necesidad de desarrollar servicios especializados, escalonados e integrales de salud y cuidados. Para ser especializados, estos servicios deben contar con profesionales con conocimiento especializado en la atención de las personas

mayores. Para ser escalonados, deben cumplir el principio de mínima intervención necesaria, fomentando que los consultorios de atención primaria sean la puerta de entrada a la atención de salud. Para ser integrales, deben enmarcarse en el Modelo de Atención Integral de Salud. Este Modelo, debe identificar los factores de riesgo y causas que pueden llevar a los distintos grados de dependencia y pérdida de autonomía, siendo los dos pilares fundamentales de este Modelo, son un Plan de Rehabilitación y un Plan de Demencia (9)

3.4 FRAGILIDAD

Como se menciona antes, el envejecimiento se asocia a la disminución de las capacidades funcionales de las personas, mediado por el deterioro natural de los sistemas fisiológicos, el estrés oxidativo y fenómenos inflamatorios producto de la exposición a factores de riesgo, este deterioro conlleva al riesgo creciente de desarrollar un deterioro funcional y, paulatinamente a una dependencia, asociándose a lo que se conoce como fragilidad. Entre los principales factores de riesgo para desarrollar fragilidad están la edad avanzada, historial de hospitalización, caídas, alteración de la movilidad y equilibrio, debilidad muscular, bajo nivel de ejercicio, comorbilidades, condiciones sociales adversas y polifarmacia; para definir o pesquisar la fragilidad, existen diferentes criterios, dentro los cuales, uno de los más usados es el fenotipo de Fried que evalúa cinco componentes: fuerza muscular, marcha, agotamiento, pérdida de peso y fatiga crónica. (23,24) Siendo la fragilidad un buen predictor de eventos adversos de salud, el poder identificarla a tiempo permite prevenir situaciones adversas en el bienestar individual y económico de las personas mayores y sus familias; estudios indican que cerca de un 40% de las personas mayores de 80 años presentan alguna limitación en la capacidad funcional y que entre 6% a 11% es considerado frágil. En Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia de fragilidad es de 19,6%, pudiendo llegar en algunos países a un 42,6%⁸. En Chile en tanto, según datos extraídos de la encuesta de salud 2016-2017 (ENS 2016-2017) y un estudio realizado en la zona norte del país, se observa un incremento asociado a la edad, alcanzando 52,9 % en las personas mayores entre 80 a 84 años (23, 24).

Considerando que la atención primaria es la puerta de entrada para el control y seguimiento de la población resulta ser el medio asistencial idóneo para la detección y manejo de la fragilidad, en aquel grupo de personas mayores que ya están en riesgo (prefrágiles) o que directamente presentan fragilidad.

En Chile, existen dos propuestas de cribado que son las más utilizadas para detectar fragilidad y son las siguientes:

- Selección sobre la base de factores de riesgo, considerando a personas mayores frágiles a aquellas que posean uno o más de los siguientes criterios:
 - Edad avanzada (mayor de 75 años).
 - Hospitalización reciente.
 - Caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio.
 - Debilidad muscular y escaso ejercicio.
 - Comorbilidad, especialmente si existe enfermedad osteoarticular, sensorial, cardiovascular y/o mental.
 - Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos.
 - Polifarmacia.
- Selección sobre la base de la pérdida de funcionalidad incipiente o precoz, y que haya posibilidades de reversibilidad o modificación con intervenciones adecuadas.

En Chile la aplicación del EMPAM cubriría esta valoración detectando con diferentes pautas cada uno de estos riesgos, no obstante, el foco tiende a centrarse en la pérdida de funcionalidad, no existe un índice de fragilidad o puntuación aplicable a la valoración geriátrica, perdiéndose el propósito de ver los factores de riesgo como un todo, para poder realizar intervenciones de forma integral; se hace necesario entonces que el profesional evaluador tenga la capacidad de comprender e identificar estas problemáticas en las personas mayores, para lograr una valoración más precisa (19, 24).

3.5 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Existen variadas teorías y miradas que intentan explicar el concepto del envejecimiento y cómo se vive este proceso, para el desarrollo de esta tesis, se considerarán aquellas que se ajustan al tema a tratar, siendo las siguientes:

Teorías biológicas: Actualmente existen más de 300 teorías del ámbito biológico que intentan explicar el envejecimiento, sin embargo, se pueden describir tres líneas de investigación en las que se pueden agrupar algunas teorías: las teorías fisiológicas, que tratan de explicar el envejecimiento desde mecanismos fisiológicos, las teorías bioquímicas y metabólicas destacando entre ellas la teoría de los radicales libres, que dan una explicación desde la perspectiva de los cambios estructurales en las células y moléculas que resultan en alteración de sus funciones, y las teorías genéticas que han tomado mayor relevancia y que presentan una asociación de los cambios biológicos con una base genética determinada para cada especie. De todos modos, todas estas teorías contemplan el envejecimiento como una consecuencia natural y normal del paso del tiempo en la vida de todos los seres vivos y que conlleva un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, asimismo, consideran la influencia del medio ambiente en este proceso (20, 21, 24).

Por lo tanto, es importante considerar este tipo de teorías para comprender que el envejecimiento es un proceso inherente a todos los seres vivos e inevitable, que resultará en un deterioro progresivo de las funciones del organismo y que a la larga incide, en el caso de los seres humanos, en el desarrollo de las actividades de la vida diaria en forma autónoma.

Teorías psicológicas: Estas teorías intentan describir la forma en que las actitudes y conductas influyen en la capacidad de adaptarse al proceso de envejecimiento, centrándose en aspectos cognitivos, personalidad y de estrategias de manejo y adaptabilidad, destacando los cambios en el estilo de vida que promueven un envejecimiento saludable. A continuación, se describen algunas de ellas que servirán para fundamentar esta investigación.

Teoría del desarrollo de Erikson: En esta teoría se explica el desarrollo humano, a lo largo de la vida, como una búsqueda de la identidad personal, a través de ocho etapas, las cuales contemplan la resolución de un conflicto o “crisis” para poder acceder a las etapas siguientes en forma satisfactoria.

En este caso, la adultez mayor, considerada a partir de los 65 años, contempla los factores individuales y culturales para responder a la crisis de esta etapa que

sería la “integridad del yo frente a desesperación” el conflicto se generaría entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte, en donde las principales virtudes al resolver de manera positiva esta crisis, son la prudencia y la sabiduría, el individuo se sumerge en un proceso de análisis de los estadios anteriores, metas, objetivos, espiritualidad, relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio.

Esta teoría es importante para práctica de enfermería, pues el conocer la etapa de desarrollo que está viviendo la persona y, por ende, advertir su capacidad para resolver la crisis que se genera, permite focalizar la atención y el cuidado de enfermería a fin de apoyar el logro de las virtudes esperadas y promover un envejecimiento pleno.

Teoría de la continuidad: Esta afirma que no existe ruptura drástica entre la edad adulta y la tercera edad, señala que las características de la personalidad no se modifican al envejecer, y destaca las capacidades de la persona para adaptarse y afrontar los cambios, refiere que la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y estilos de vida de otras etapas en que se mantienen en el tiempo, aprendiendo a utilizar estrategias de adaptación a los problemas que aparecen cuando se producen cambios impuestos sobre los estilos de vida de las personas mayores, debido a diversos factores como los socioeconómicos o de salud. Enfrentar favorablemente estas dificultades sería positivo al permitir mantener la continuidad de los estilos de vida de la persona, resultando en un envejecimiento satisfactorio.

Esta teoría apoya la función de enfermería al ofrecer un entendimiento del comportamiento de los adultos mayores y la importancia para ellos de mantener sus actividades, hábitos, costumbres y gustos entre otros, para establecer las mejores intervenciones de enfermería para promover un envejecimiento saludable.

Teorías sociales: Estas teorías tratan de explicar las modificaciones sociales que ocurren el proceso de envejecer, tratando de comprender la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. A continuación, se describen aquellas teorías que apoyan este trabajo.

Teoría de la desvinculación: Plantea que la desvinculación del entorno es lo natural y que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación a la vejez, generándose una disminución paulatina del interés por las actividades y los acontecimientos sociales, abandonando la pertenencia a grupos sociales sin adscribirse a ningún otro; en este contexto, el

envejecimiento satisfactorio ocurriría cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.

De acuerdo a esta teoría, esta separación entre el individuo y la sociedad sería beneficioso para ambos, el adulto mayor aumenta la preocupación hacia sí mismo, limitando el interés emocional por los demás, acepta su retiro y promueve voluntariamente acciones para favorecer este distanciamiento, así el adulto mayor evita enfrentar situaciones de difícil solución asociadas a las exigencias y obligaciones que requiere una vida activa con cambios culturales y tecnológicos, los que al no encontrar respuesta o adaptación a ellos, le provocaría sentimientos de incapacidad o de angustia. Por otro lado, la sociedad también se beneficiaría de esta actitud de distanciamiento pues las personas que van envejeciendo van relegando funciones a las nuevas generaciones facilitando la entrada en la vida social, laboral y económica de las personas más jóvenes.

Sin embargo, esta teoría no considera factores endógenos por los cuales este proceso de desvinculación en el envejecimiento afectaría a los individuos de distinta manera, pero no necesariamente a la totalidad de los ancianos, debido a algunos aspectos de la personalidad, existiendo en contraste con esta teoría, personas que están integradas al entorno comunitario, manteniendo contactos y participación social de manera natural. Por otra parte, también queda fuera de esta teoría la desvinculación selectiva y la desvinculación transitoria en determinados periodos, las que corresponderían a una disminución selectiva de actividades, de manera que la persona mantendría aquellas actividades de interés que le reportaran más satisfacción personal durante la etapa de envejecimiento, resultando entonces una reformulación cualitativa las actividades que se realizan, más que una disminución en la cantidad de ellas.

Teoría de la actividad: Al contrario de la teoría anterior, esta postula que un alto grado de participación social es fundamental para lograr un buen envejecimiento y autorrealización, quienes viven esto tendrían mayor capacidad de adaptación y lograrían estar más satisfechos con la vida, por lo tanto, a mayor actividad mayor satisfacción, mientras que la sociedad sería responsable de la pérdida de actividad, por ejemplo, al aplicar la jubilación sin tener en cuenta que no todos poseen la capacidad para reorganizar sus actividades tras la jubilación.

Havighurst (1961) y Maddox (1963) determinaron que las personas que realizaban alguna actividad coincidían con aquellas que vivían más años libres

de discapacidad y que su satisfacción se relacionaba directamente con su nivel de actividad.

Pese a que ambas teorías son contrarias, no son excluyentes entre sí, ya que pueden existir ancianos distanciados de las actividades que realizaban, pero que mantienen una interacción social satisfactoria, por otra parte, la disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina, por lo general ocurre en forma paulatina y al reducirse la frecuencia de las interacciones sociales estas se valoran más y se hace más gratificantes, siendo la calidad de estas más determinante que la cantidad.

Estas teorías permiten predecir el comportamiento que tendrá la persona mayor durante el proceso de adaptación al envejecimiento, entendiendo que el ir abandonando actividades y redes sociales podría ser parte de lo esperado en esta etapa, por lo tanto, como parte de la labor de enfermería está prevenir que este proceso no presente alteraciones que generen factores de riesgo para la salud y bienestar de la persona (25).

3.6 TEORIAS DE ENFERMERÍA

Modelo de enfermería de Roper, Logan y Tierney

Dentro de las teorías y modelos de enfermería, que se aplican en los cuidados a los adultos mayores se encuentra el Modelo de Roper, Logan y Tierney (R-L-T), este modelo se emplea frecuentemente en la atención de personas adultas mayores, pues responde a sus necesidades de atención y propicia el desarrollo de competencias para un cuidado de calidad. La interrelación de los elementos y los supuestos del modelo con la situación del adulto mayor permiten orientar el proceso de enfermería hacia un cuidado individualizado. En Chile es utilizado además como parte de la malla curricular académica de dos Universidades que imparten la carrera de Enfermería.

Los supuestos en los que se basa este modelo son relevantes en la etapa del adulto mayor pues conllevan al logro de los objetivos de cuidado, la funcionalidad y la calidad de vida, reflejando el enfoque de vivir y de cuidar (5, 26, 27). Se encuentra basado en el “modelo de vida” desarrollado tiempo antes por Nancy Roper, en este modelo si bien las autoras no describieron metaparadigmas como tales, se pueden desprender y explicar de la siguiente forma:

- El individuo serían las personas o seres que gozan de individualidad y son autónomos, y para los cuales se debe procurar mantener siempre un mínimo de dignidad, independiente del grado de dependencia – independencia que pueda presentar. En este modelo se usan por igual los términos: “paciente, cliente o persona”. La idea principal sería promover la autonomía, aunque exista discapacidad
- Entorno: Se refiere a lo que rodea a la persona, se espera que este sea seguro y que incluya a otras personas para formar comunidades o grupos sociales. Mantener un entorno seguro sería una actividad vital (AV) necesaria para el desarrollo de la vida de las personas.
- La salud: Se entiende como un continuo: salud - enfermedad, y una responsabilidad personal, ya que cada persona posee sus propias percepciones frente a su estado de salud, por lo tanto, ante un mismo problema de salud o patología, algunos pueden sentirse sanos y otros no.
- Enfermería: Se centra en prevenir, aliviar y resolver los problemas de salud, reales o potenciales, que afecten la realización de las AV. Dichos problemas se resuelven con intervenciones de enfermería, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además, de educación y trabajo multidisciplinar de cuidados en salud.

Por otra parte, esta teoría se fundamenta en cinco conceptos principales que ayudan a integrar la atención de enfermería con el conjunto de fenómenos y situaciones que ocurren en la vida de las personas.

1. El primer concepto es la definición de 12 actividades vitales que corresponden a la base del modelo, y sustentan la valoración del paciente. Estas incluyen mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, aseo personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte; todas estas actividades se desarrollan a lo largo del ciclo vital del individuo y se ven afectadas por los sucesos que ocurren en cada etapa de la vida (infancia, adolescencia, etc.). El modo de realizar las diferentes AV se encuentra condicionado por un continuo movimiento de dependencia-independencia, según diversos factores y la propia individualidad de la persona, por ejemplo, cada uno posee una serie de conocimientos, actitudes y conductas, que determinan la importancia y manera de realizar dichas actividades.

2. El segundo concepto es la vida útil, que se presenta como un continuo, ya que representa la vida que avanza únicamente hacia delante, y tiene un fin, se relaciona en forma directa con el concepto anterior, pues como se señala, las actividades vitales están enmarcadas en el propio contexto de vida de la persona.
3. El tercer concepto es el espectro de dependencia/independencia que indica el nivel de desempeño funcional en el que se desenvuelve el paciente, representando su grado de independencia según el momento del ciclo vital y factores que influyen en él.
4. Como cuarto concepto se encuentran los factores que influyen en las AV, en ellos se describen cinco factores: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos, cada uno genera un impacto en la funcionalidad de la persona y se conjugan entre sí puesto que son interdependientes.
5. Por último, aparece el concepto de enfermería individualizada, en el cual se considera el proceso enfermero, valoración, planificación, intervención y evaluación del individuo, enfocado hacia las capacidades de cada persona en el desarrollo de cada actividad, dentro del contexto de su vida útil, nivel de dependencia, y factores de influencia, para crear un plan de cuidados individualizado (5, 26-27).

Según lo expuesto anteriormente, el modelo de enfermería R-L-T puede aplicarse a la problemática estudiada, puesto que orienta a la enfermera en la valoración de la persona, inmersa en este continuo de independencia-dependencia y de su capacidad funcional, dentro de un contexto de vida útil y factores que condicionan su desarrollo. De este modo, el profesional de enfermería incorpora estos aspectos de la valoración en su plan de cuidados con intervenciones particulares según la realidad de cada adulto mayor.

Este modelo de enfermería contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y familia, permitiendo a la enfermera desarrollar un plan de cuidados que vaya a la par con el proceso de envejecimiento y los cambios que se producen al realizar las actividades de vida, asistiendo en su adaptación a la enfermedad, previniendo los factores de riesgo que puedan incidir en el desarrollo de sus actividades, fomentando su autonomía y previniendo el avance del deterioro.

CAPITULO 4: PROBLEMATIZACIÓN Y METODOLOGÍA

4.1 PROBLEMATIZACIÓN

El problema nace por la necesidad de conocer e implementar intervenciones efectivas para la prevención de la dependencia severa en el adulto mayor (AM). El contexto donde se circunscribe el problema es en el CESFAM Las Cañas de Valparaíso. En este centro de salud, la atención y evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) se realiza principalmente por enfermera en forma anual permitiendo determinar el grado de dependencia de la persona. Al aplicar la evaluación del EMPAM, hay dos grupos principales, los usuarios que presenten un grado de autovalencia (con o sin riesgo) y aquellos que clasifican con una dependencia severa, estos usuarios mantienen intervenciones activas, sin embargo, esas intervenciones no abarcan el segmento que se encuentra entre dependencia leve-moderada

Se ha observado que no se evidencian estrategias efectivas de enfermería para prevenir el deterioro de la funcionalidad en usuarios clasificados con un nivel de “dependencia leve o moderada”. Actualmente las estrategias de enfermería para prevenir la dependencia severa se limitan a control anual y la visita domiciliaria en SOS, sin asegurar la continuidad de la atención en la prevención de la dependencia severa.

Frente a lo descrito es que se elabora una pregunta clínica estructurada, siguiendo formato PICO:

Pregunta Frente a usuarios adultos mayores con dependencia leve a moderada que poseen riesgo de desarrollar dependencia severa, ¿cuáles serían las intervenciones de enfermería más eficaces para prevenir este deterioro?

P	Grupo de usuarios adultos mayores con dependencia leve a moderada, presentando un riesgo para desarrollar dependencia severa
I	Control EMPAM anual y visita domiciliaria del equipo de salud en SOS
C	El establecer intervenciones de enfermería para la prevención de dependencia severa de los usuarios del programa A.M, mejora la autonomía de las personas.
O	Adultos mayores que mantengan su nivel de funcionalidad por más tiempo.

4.2 METODOLOGÍA

Para dar respuesta a la pregunta de investigación es que se decide realizar una revisión bibliográfica, la cual es considerada como un estudio detallado y crítico que posee e integra información de importancia sobre el tema de estudio, donde se seleccionan todo tipo de documentos que poseen una evidencia sustancial sobre lo que se está investigando (28)

Con el fin de lograr lo descrito en el párrafo anterior es que se utiliza el framework S.A.L.S.A (Search, Appraisal, Synthesis and Analisis) considerando las fases de búsqueda, evaluación, síntesis y análisis de la evidencia (29,30).

Se realizó búsqueda, en cinco bases de datos, Web of Science (WOS), SCOPUS, BVS- LILACS, Scielo y CUIDEN. Se utilizaron descriptores normalizados en DeCS - BIREME y términos referenciales como sinónimos o palabras afines (tabla 2), más operadores booleanos en las siguientes combinaciones:

- aged OR older people AND intervention AND nursing AND prevention OR control AND dependency
- nursing AND strategies AND prevention AND dependence OR functionality AND aged OR older people OR ederly
- strategies AND nursering AND prevention AND dependence OR functionality AND elder
- prevention AND dependence AND functionality

TABLA 2: DESCRIPTORES

DESCRIPTOR	INGLÉS	SINÓNIMOS - AFINES
ANCIANO	Aged	Adulto mayor (Elderly) Persona mayor (Older people)
ESTRATEGIAS	Strategies (eHealth)	Intervención (Intervention)
ENFERMERÍA	Nursing	
DEPENDENCIA	Dependency	Deterioro funcional Discapacidad (Disability) Fragilidad (Fragility)
PREVENCIÓN Y CONTROL	Prevention & control	Monitoreo (Monitoring)
FUNCIONALIDAD	Functionality	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los filtros utilizados en cada base de datos, se utilizaron años de publicación (2015 a 2019), idioma (español, portugués e inglés) y materia (nursing, geriatrics, gerontology y rehabilitation). Se excluyen las materias o temas tales como: oncology, pediatric nutrición, dermatology). Con las trayectorias de búsqueda nombradas se identifican 7604 artículos. Posteriormente se aplican filtros nombrados, obteniéndose 97 artículos seleccionados según títulos. Luego de la lectura rápida de títulos se eliminaron aquellos artículos duplicados, quedando en esta etapa, con 78 manuscritos, en seguida se procedió a la lectura de los resúmenes considerando como criterios de inclusión aquellos artículos que contenían actividades de enfermería en prevención de la dependencia funcional o mejora de la independencia de la persona, se excluyeron los que sólo tenían acceso al resumen y aquellos que no evidenciaban intervenciones en prevención de dependencia funcional, seleccionando de esta manera 32 artículos de texto completo para el análisis (Figura N° 2).

Para el análisis de los artículos y determinar su elegibilidad, se evaluó el diseño metodológico de cada estudio, admitiendo estudios de tipo cuantitativo, de tipo cualitativo, revisiones sistemáticas y reflexiones, En cada estudio se analizó la técnica de muestreo y la población de estudio. La selección aprobó aquellos artículos que informaban claramente el número de participantes y que este número fuese representativo, que permitiera posteriormente extrapolar los resultados. Se observó la relación de los objetivos con las conclusiones descritas, los instrumentos utilizados, revisando que estos fueran reconocibles y debidamente validados, también se consideró el tipo de análisis utilizado.

En el caso de los estudios de tipo cuantitativo se seleccionó aquellos que referían validez estadística, que informaran resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$). En el caso de los estudios cualitativos se optó por aquellos en que identificaban claramente las categorías con relación a las preguntas de las entrevistas realizadas o que tuvieran concordancia con los objetivos planteados. Para los artículos de revisión se evaluó la trayectoria de búsqueda que reflejara bases de datos reconocidas internacionalmente y de mayor calidad, se dio importancia también al análisis que se realizó de los artículos contenidos en dichas revisiones. En los artículos de reflexión, se valoró el contenido de los temas incluidos en el desarrollo de cada uno, prefiriendo aquellos que se acercaban a lo referido en el resto de los artículos. Por otro lado, en relación con los resultados descritos para todos los artículos analizados, se consideraron elegibles aquellos que mostraran intervenciones

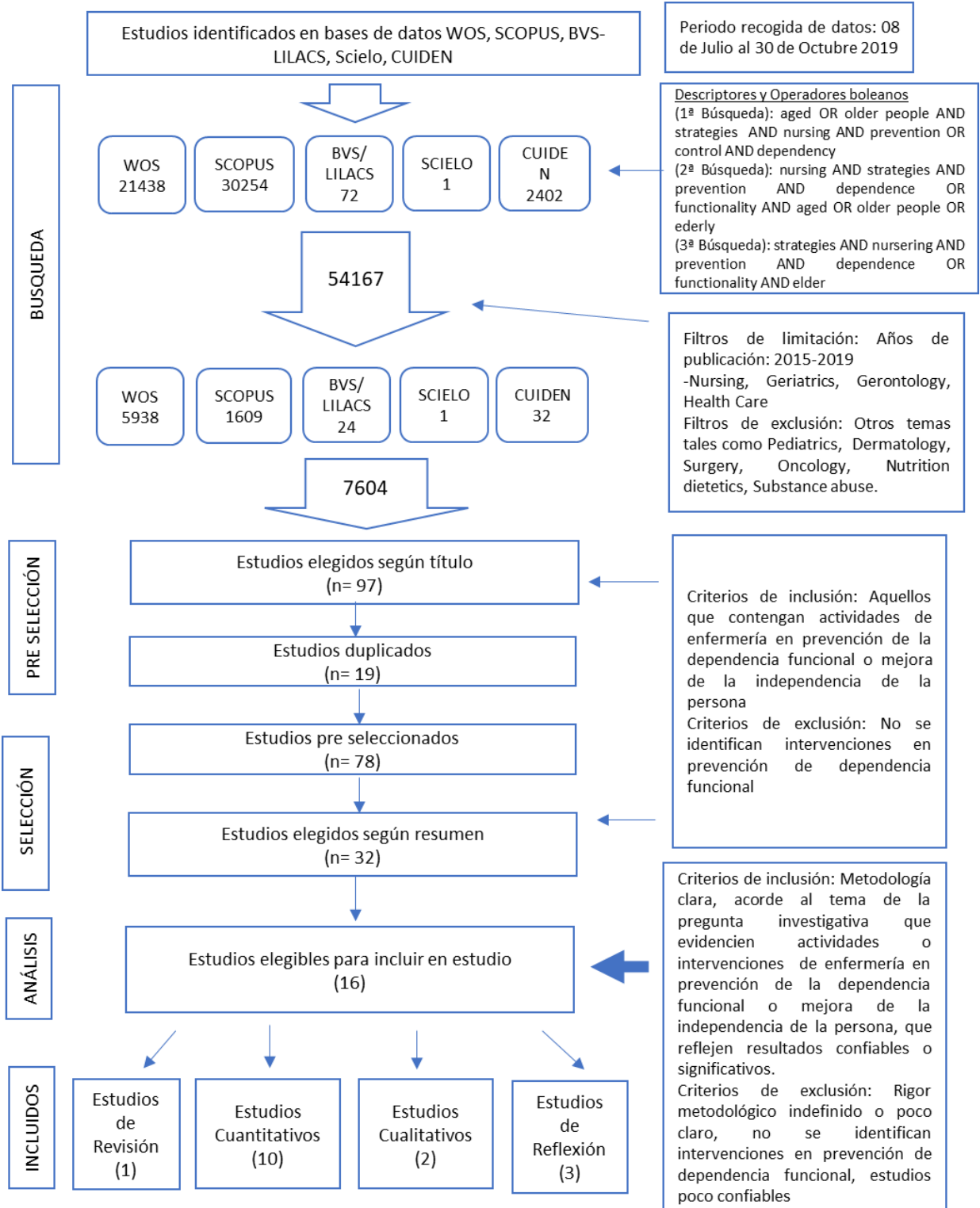
directas de enfermería frente al cuidado de la persona mayor en la prevención de la dependencia severa.

Se excluyeron los artículos que fueran metodológicamente cuestionables, considerando lo siguiente:

- Que no señalara o fuera poco claro el diseño del estudio
- Que pudiera presumirse de sesgo en la determinación de la población y muestra, por ejemplo, muestra muy pequeña o poco representativa (< 30 sujetos), que abarcaran personas < 65 años, o que abarcaran solo un género, o un rango etáreo limitado.
- Estudios que referían a intervenciones de enfermería en ambiente hospitalario a largo plazo, o centrados en patologías específicas (Alzheimer, artrosis, patologías cardiovasculares, entre otras) o condiciones de salud restringidas.
- Estudios que entregaran datos de análisis poco claro o no describieran nivel de significancia en sus resultados o que estos últimos, mostraran baja eficacia de la intervención propuesta.
- Estudios en que resguardos éticos fueran inciertos, es decir, sin referencias a la aprobación de un comité ético o exención del mismo.

Finalmente, se seleccionaron 16 artículos de texto completo (Tabla 3).

Figura Nº 2: Diagrama de Elegibilidad de artículos



Entre las características de los artículos revisados, destaca que el 63% (n=10) es de tipo cuantitativo, el 13% (n=2) de tipo cualitativo, el 19% (n=3) pertenece a artículos de reflexión y el 6% (n=1) corresponde a revisiones sistemáticas.

Un 95% (n=15) de los artículos fue escrito en idioma inglés, destacando las publicaciones de países europeos con un 56%% (n=9) de la muestra (Bélgica, Suecia, Polonia, Francia, Reino Unido). Un 13% (2) pertenecía a Estados Unidos y Canadá respectivamente y solo el 18% (3) correspondía a países de América Latina.

La evidencia analizada entrega información sobre intervenciones efectivas para la prevención de la dependencia severa en AM, destacando que la población de estudio de las investigaciones se encuentra centrada en adultos mayores de 65 años, estimando una edad media de 74 años, principalmente adultos con algún grado de dependencia o "fragilidad"; el total de los artículos se desarrolló en ambientes de atención primaria, hogares de los participantes, residencias de ancianos o entornos comunitarios.

Dentro de los hallazgos, un 63% (n=10) se refiere a intervenciones específicas de enfermería principalmente para mejorar la valoración y detección de dependencia y/o fragilidad, el resto (37%) incluía intervenciones multidisciplinarias en conjunto con enfermería para promover actividades de prevención de la dependencia, destacando la realización de actividad física y seguimiento personalizado como las intervenciones que más se repiten en los artículos.

TABLA 3: RESUMEN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Autor	Título	Pais/año	Tipo de artículo	Hallazgos
Frost R., Belk C, Jovicic A, Ricciardi F, Kharicha K, Gardner B, Iliffe S, Goodman C, Manthorpe J, Drennan V, Walters K	“Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty: a systematic review and meta-analysis” (31).	Inglaterra (Londres) 2017	Revisión	Intervenciones mixtas (que incluían: revisión de medicamentos, aptitud física, habilidades sociales y nutrición) mostraron un efecto positivo en poblaciones pre-frágiles y frágiles La Telemonitorización podría sugerir una herramienta útil para mejorar la situación de fragilidad de las personas
Van Lieshout M. Bleijenberg N, Schuurmans M, De Wit N.	“The effectiveness of a proactive multicomponent intervention program on disability in independently living older people: a randomized controlled trial” (32).	Países Bajos 2018	Estudios cuantitativos	Se probó una intervención multifactorial e interdisciplinaria que consiste en una atención a domicilio individual y personalizada, programa de fisioterapia, evaluación de la ingesta nutricional y manejo de enfermedades crónicas según una evaluación geriátrica integral, eexperimentando mejoras en la velocidad al caminar, la capacidad funcional y las actividades instrumentales de la vida diaria.
De Almeida J, Declercq A, Cès S, Van Durme T, Van Audenhove C, Macq J.	“Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study” (33).	Bélgica 2016	Estudios cuantitativos	Las intervenciones como el manejo de casos, en combinación con otras intervenciones fueron efectivas para las personas mayores con discapacidad leve y aquellas con discapacidad moderada a severa.

Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans M, Ten Dam H, Zuithoff N, Numans M, De Wit N.	"Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial" (34).	Países Bajos 2016	Estudios cuantitativos	Después de 12 meses, los participantes de los grupos de intervención tuvieron menor deterioro en el funcionamiento diario que aquellos en el grupo control Se desarrollaron planes de atención basados en evidencia para afecciones geriátricas comunes, como caídas, incontinencia urinaria y problemas de nutrición.
Taube E, Kristensson J, Midlov P, Jakobsson U.	"The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial" (35).	Suecia 2017	Estudios cuantitativos	El programa intervención proactiva de fragilidad de Utrecht, de atención primaria en el funcionamiento diario de las personas mayores Al aplicar los principios básicos de gestión de casos, evaluación, planificación, facilitación, coordinación, evaluación y defensa, podrían aliviar la soledad y los síntomas depresivos, incluida la promoción de la atención basada en la evidencia, tratamiento y asesoramiento de última generación.
Stojak Z, Jamiolkowski J, Marcinowicz L.	"Evaluation of the delivery of long-term at-home nursing care: an example of good practice" (36)	Polonia 2017	Estudios cuantitativos	Los hallazgos del estudio representan un ejemplo positivo de la buena enfermería la atención puede beneficiar a los pacientes al tiempo que promueve la naturaleza autónoma de la enfermería. El estado funcional del paciente mejoró en todas las áreas de actividades de la vida diaria.

McCusker J, Verdon J, Tousignant P, De Courval L, Dendukuri N, Belzile E.	“Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial” (37).	Canadá 2001	Estudios cuantitativos	La evaluación de enfermería estandarizada permitió identificar numerosos problemas nuevos o no compensados, resultando en un cambio en el proceso de atención, aumentando las tasas de derivación al médico de atención primaria y a los servicios de atención domiciliaria
Taylor J, Roberts L, Hladek M, Liu M, Nkimbeng M. Boyd C, Szanton S.	“Achieving self-management goals among low income older adults with functional limitations” (38).	Estados Unidos 2019	Estudios cuantitativos	Se identificó que una intervención de autogestión puede ayudar a los adultos mayores a cumplir objetivos para disminuir el riesgo de dependencia o fragilidad en los factores que tienen relación con la función física incluyendo dolor, depresión, incontinencia, prevención de caídas y comunicación con proveedores de servicios de salud.
Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Michols L, Teale E, Mohammed M, Parry J, Marshall T.	“Development and validation of an electronic frailty in dex using routine primary care electronic health record data” (39).	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland 2016	Estudios cuantitativos	La implementación de eFI en la práctica de atención primaria rutinaria podría representar un avance importante en la atención de las personas mayores con fragilidad, a través de la provisión de atención más apropiada y orientada a objetivos, derivación para intervenciones basadas en evidencia.
Serra-Prat M. Sist X. Domenich R, Jurado I, Saiz A, Rocés A, Palomera E, Tarradelles M, Papiol M.	“Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial” (40).	España (Barcelona) 2017	Estudios cuantitativos	Una intervención centrada en el ejercicio físico y el mantenimiento de un buen estado nutricional puede ser eficaz para prevenir la fragilidad en personas mayores pre-frágiles que viven en la comunidad.

Puello-Alcocer E, Amador-Ahumada C, Ortega-Montes J.	“Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado” (41).	Colombia 2017	Estudios cuantitativos	Las acciones continuas de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado permiten revertir limitaciones en condiciones funcionales de dependencia moderada a leve y de leve a independiente; conservan o potencializan la capacidad de regular su autosuficiencia y autonomía, beneficiando así la salud de adultos mayores.
Cook E, Randhawa G, Guppy A, Sharp C, Barton G, Bateman A, Crawford-White J.	“Exploring factors that impact the decision to use assistive telecare: perspectives of family care-givers of older people in the United Kingdom” (42)	Reino Unido 2017	Estudios cualitativos	La utilidad se vio asociada a la percepción sobre las ventajas de usar el equipo de tecnología de asistencia para satisfacer una necesidad. Los dispositivos AT fueron vistos comúnmente como una medida preventiva, por ejemplo, un recordatorio para recordar a los pacientes que apaguen el horno; otros permitirían al paciente obtener ayuda de inmediato.
Algilani S, Östlund-Lagerström L, Schoultz I, Brummer R, Kihlgren A.	“Increasing the qualitative understanding of optimal functionality in older adults: a focus group based study” (43)	Suecia 2016	Estudios cualitativos	Los adultos mayores son un grupo heterogéneo en términos de sus preferencias y puntos de vista sobre la salud y, por lo tanto, deben abordarse como tales en el entorno de la atención médica. Por lo tanto, es importante promover un enfoque individualizado como base cuando se atiende a adultos mayores.
Ilgaz A, Gözümlü S.	“Advancing Well-Being and Health of Elderly with Integrative Nursing Principles” (44)	Turquía 2019	Artículos de reflexión	Los principios integradores de enfermería que constituyen un marco para el cuidado integral de los ancianos son una guía importante en la evaluación holística y la planificación del cuidado de los ancianos.

Fougère B, Morley J, Little3 M, De Souto P, Cesari M, Vellas B	“Interventions against disability in frail older adults: lessons learned from clinical trials” (45)	Francia 2018	Artículos de reflexión	Las intervenciones en el estilo de vida, particularmente las intervenciones multidominio dirigidas al ejercicio físico, el entrenamiento cognitivo y el enfoque nutricional, podrían ser un componente clave de nuestros esfuerzos para ser efectivos contra la discapacidad.
Craig L	“The role of the registered nurse in supporting frailty in care home” (46)	Inglaterra 2019	Artículos de reflexión	Para apoyar una evaluación de la fragilidad por parte de la enfermería, se han discutido tres herramientas de evaluación que pueden ayudar a las enfermeras a determinar un diagnóstico de fragilidad. A partir de esta evaluación, la nutrición, la polifarmacia, el ejercicio y la función cognitiva son áreas donde la enfermera puede trabajar en asociación con pacientes, cuidadores y el equipo multidisciplinario más amplio para ayudar a los pacientes a reducir el impacto de la fragilidad y mejorar los resultados de salud.

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO 5: ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 ANALISIS DE ARTÍCULOS

1 TITULO (REVISION)	<p>“Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty: a systematic review and meta-analysis” (31). (“Intervenciones de promoción de la salud para personas mayores que viven en la comunidad con leves o pre-fragilidad: una revisión sistemática y un metaanálisis”) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28728570 DOI: 10.1186/s12877-017-0547-8</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 1+	AÑO: 2017	LUGAR: Londres	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Sintetizar ensayos controlados aleatorios (ECA) que evaluaran intervenciones de promoción de la salud en el hogar y en la comunidad para personas mayores con pre-fragilidad leve	<p>Trayectoria de Búsqueda: Se realizaron búsquedas en 20 bases de datos bibliográficas y 3 registros de ensayos como: MEDLINE, EMBASE, Scopus, Social Science, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Health Economic Evaluation Database, PsycINFO entre otras. De de 1990 a mayo de 2016, descriptores: "levemente frágil", "temprano frágil", "transición a frágil", "transicionalmente frágil", "pre-frágil", prefragil * y pre-frágil*, combinado con el booleano operador "O".</p> <p>Trayectoria de selección: <u>Se incluyeron</u> ensayos aleatorios controlados y cruzados de intervenciones de promoción de la salud para personas mayores que viven en la comunidad <u>Se incluyeron</u> en inglés, con población personas mayores que</p>	<p>Principales resultados Seis estudios probaron el ejercicio grupal solo. Un estudio investigó adicionalmente una intervención de nutrición y ejercicio y uno evaluó la telemonitorización. Las intervenciones de ejercicio grupal tuvieron un efecto significativo y beneficioso sobre el funcionamiento físico inmediatamente después de la intervención en comparación con la atención habitual Tres estudios evaluaron el funcionamiento autoinformado como un resultado secundario, utilizando el Cuestionario de estado funcional (34 ítems que evalúan actividades de la vida diaria (AVD). Al comparar la telemonitorización con la atención habitual en un análisis secundario, un poco menos de personas hicieron la transición de pre-frágil a no frágil (9/35 (26%) frente a 12/38 (32%)) o frágil (3/35 (9%) frente a 6/38</p>	<p>Los 7 ECA evaluaron intervenciones diseñadas y probadas específicamente para personas mayores con leves o pre-fragilidad en entornos comunitarios. Ejercicio: Las intervenciones que apuntaban al desarrollo de ejercicio físico grupal mostraron tener efectos positivos en el funcionamiento físico de la persona Como también se vio un aumento en la actividad física autoinformada Un estudio reflejó que los efectos del ejercicio no se mantuvieron 12 o 24 semanas después de que finalizó la intervención Intervenciones mixtas (que incluían los cuatro componentes: revisión de medicamentos, aptitud</p>

	<p>viven en la comunidad (edad media ≥ 65), con fragilidad leve, con intervenciones de promoción de la salud en el hogar o en la comunidad resultado del funcionamiento físico autoinformado u observado, <u>Se excluyeron</u> estudios centrados en poblaciones en hospitales, centros de atención a largo plazo o con una afección específica.</p> <p>Artículos analizados: Se incluyeron 10 artículos que informaban sobre siete ensayos (total n = 506 participantes) y 5 ensayos en un metaanálisis, todos contenían dos (n = 5) o tres (n = 2) brazos de prueba. Los criterios de inclusión por edad variaron de 60+ a 78+ (rango de edad promedio: 72-83 años). Para el análisis se usaron Intervalos de confianza (IC) de 95% diferencias de medias estandarizadas (DME) para las puntuaciones finales después de la intervención para los estudios que utilizan diferentes medidas del mismo constructo</p>	(16%)) durante 6 meses	<p>física, habilidades sociales y nutrición) Las intervenciones combinadas han mostrado efectos positivos en algunos ECA en poblaciones combinadas pre-frágiles y frágiles</p> <p>Telemonitorización: A pesar de que la proporción de cambios positivos fue baja en relación con la población, podría sugerir una herramienta útil para mejorar la situación de fragilidad de las personas</p> <p>Entorno psicosocial: Algunos estudios sugerían que el estado de ánimo, el estado cognitivo y la soledad pueden ser determinantes importantes de la fragilidad y el deterioro funcional</p>
--	---	------------------------	---

2 TITULO (CUANTITATIVO)	<p>“The effectiveness of a proactive multicomponent intervention program on disability in independently living older people: a randomized controlled trial” (32). (“La eficacia de un programa proactivo de intervención multicomponente sobre la discapacidad en personas mayores independientemente vividas: una prueba controlada y aleatoria”) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30379302 DOI: 10.1007/s12603-018-1101-x.</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+	AÑO: 2018	LUGAR: Países bajos	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Evaluar la efectividad del programa SPRY sobre el funcionamiento diario entre las personas (pre) frágiles que viven en la comunidad que tienen 65 años o más.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorizado (casos y controles) con seguimiento de un año en los Países Bajos, para evaluar la efectividad del programa SPRY, Entre 2011 y 2013 Población y Muestra: Personas mayores de 65 años y más que vivían independientemente en una comunidad semi-rural en el centro de los Países Bajos. En total, 290 participantes asignados al azar que completaron el estudio, grupo de intervención n = 143, grupo de control n = 147 Intervención: Programa SPRY: programa interdisciplinario que consta de cuatro componentes consecutivos que apuntan a la mejora del uso de medicamentos, actividad física, salud psicosocial y estado nutricional en una intervención de apoyo en el estilo de vida, de protección en la</p>	<p>Caracterización de la muestra: En total, hubo 290 participantes asignados al azar y 217 (74.8%) completaron el estudio, grupo de intervención n = 143, 40.7%; grupo de control n = 147, 40.9% La edad media fue de 74 años (DE: 7.2), el 55% eran mujeres y el 62% estaban casados o vivían juntos. La mayoría de los participantes (52.3%) terminaron la escuela secundaria. Un total de 167 (59.5%) participantes eran pre-frágiles y 114 (40.6%) eran frágiles según el GFI. Principales Resultados: <u>Actividades físicas:</u> La velocidad al caminar y la capacidad funcional, aumentaron significativamente (p = <0.01 y z = -2.73; p <0.00 y z = - 6.18, minutos respectivamente). El puntaje de movilidad no cambió significativamente (p = 0.06, z = -1.88). El ejercicio físico entre el inicio y la finalización del componente de intervención de aptitud física, la fuerza de prensión de la mano izquierda</p>	<p>Los participantes en el grupo de intervención experimentaron mejoras en la velocidad al caminar, la capacidad funcional y las actividades instrumentales de la vida diaria. Los participantes en el grupo de intervención recibieron un programa de actividad física estructurado y de intensidad moderada que incluye actividades de entrenamiento aeróbico, de resistencia y flexibilidad, se probó una intervención multifactorial e interdisciplinaria que consiste en una atención a domicilio individual y personalizada programa de fisioterapia, evaluación de la ingesta nutricional y manejo de enfermedades crónicas según una evaluación geriátrica integral</p>

	<p>fragilidad y la discapacidad.</p> <p>Instrumentos: Cuestionario para medir el nivel de calidad de vida (QoL), Indicador de fragilidad de Groningen (GFI), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Índice de movilidad de Morton (DEMMI), Método de optimización de prescripción (POM) para revisión de medicamentos, Índice de Katz (6 items), Timed Up and Go (TUG), 6MWT (test de marcha 6 minutos), Escala de soledad de Jong Gierveld</p> <p>Escala de depresión HADS, todos validados internacionalmente</p> <p>Análisis estadístico: Se utilizaron pruebas paramétricas para determinar la efectividad del programa SPRY, χ^2, T Student</p> <p>Se utilizó un análisis de regresión logística para los resultados del funcionamiento diario y el consumo de atención médica.</p> <p>Odds ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%.</p> <p>Análisis de covarianza (ANCOVA) para la calidad de vida, evaluar la efectividad de la intervención</p> <p>Pruebas no paramétricas como la prueba de Friedman y la prueba de rango con signo de Wilcoxon, para la efectividad de los diferentes componentes de</p>	<p>aumentó significativamente</p> <p>La fuerza de agarre con la mano derecha disminuyó, pero no fue estadísticamente significativa ($p < 0.08$, $z = -1.74$)</p> <p><u>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):</u> Mejoró, aunque no significativamente ($p = 0.09$ y $z = -1.72$)</p> <p>Entre el inicio y el seguimiento a los 6 meses, las AIVD ($p < 0.04$, $X^2 = 6.50$), la capacidad funcional ($p < 0.00$, $X^2 = 33.29$) y la velocidad de caminata ($p < 0.00$, $X^2 = 19.09$) mejoraron significativamente</p> <p><u>Aspecto Psicosocial:</u> Las habilidades sociales, informaron menos sentimientos de soledad medidos con la Escala de soledad de Jong Gierveld ($p = 0.18$, $z = -0.99$)</p>	
--	--	--	--

	<p>intervención. Se utilizó SPSS versión 21.0 (IBM, Chicago, IL) para el análisis estadístico.</p> <p>Aspectos éticos: El ensayo está aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Centro Médico Universitario de Utrecht (UMCU)</p>		
--	--	--	--

3 TITULO (CUANTITATIVO)	<p>“Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study” (33). (“Explorando las intervenciones de atención domiciliaria para personas mayores frágiles en Bélgica: un estudio de efectividad comparativa”).</p> <p>URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27676585 DOI: 10.1111/jgs.14410</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+	AÑO: 2016	LUGAR: Bélgica	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Examinar los efectos de las intervenciones de atención domiciliaria para las personas mayores frágiles en el retraso de la institucionalización permanente durante los 6 meses de seguimiento de atención	<p>Diseño: Estudio cuasi-experimental longitudinal de casos y controles, parte de un estudio más amplio llamado Protocolo 3.</p> <p>Población y Muestra: Adultos mayores frágiles mayores de 65 años, (n = 4,607) que recibieron intervenciones y (n = 3,633) grupo de comparación</p> <p>Intervención: Las intervenciones de atención domiciliaria se identificaron como componente único (terapia ocupacional (OT), apoyo psicológico, atención nocturna, atención diurna) o</p>	<p>Caracterización de la Muestra: La edad del grupo de intervención con deterioro leve fue 80.9 (SD 6.8) y la del grupo de control fue de 82.9 (SD 4.5) En el grupo con deterioro moderado a severo, el grupo de intervención fue de 81.6 (SD 7.1) y el grupo de control 84.9 (SD 5.4)</p> <p>En el grupo con deterioro leve, un 71.3% fueron mujeres para el grupo de intervención y 58.8% fueron mujeres en el grupo control. Para el grupo con deterioro moderado a severo, el porcentaje de mujeres fue de 66.6% para el grupo intervención y 68.5% para el grupo control</p>	<p>Las intervenciones multicomponentes como CM en combinación con otras intervenciones fueron efectivas para las personas mayores con discapacidad leve y aquellas con discapacidad moderada a severa.</p> <p>Esto es consistente con la literatura y muestra el valor agregado de CM para coordinar la atención a personas con necesidades complejas y para apoyar a los cuidadores informales, siempre que se combine con otros servicios</p>

	<p>multicomponente. El último incluía el manejo de casos (CM - enfermería) en combinación con OT y apoyo psicológico o fisioterapia, con servicios de rehabilitación o con OT solo.</p> <p>El grupo de comparación 2 (personas mayores con discapacidad moderada a severa) recibieron un alto nivel de atención de enfermería (lo que significa que estaban recibiendo apoyo de enfermería en el hogar y también necesitaban ayuda para varias AVD) o tomaron medicamentos para la demencia.</p> <p>Instrumentos: Escala de fragilidad de Edmonton Escala de Katz Instrumento de evaluación geriátrica integral interRAI Home Care (HC) (validado en Europa, EEUU y Canadá), El estudio utilizó datos adicionales de una base de datos del registro nacional: la base de datos del Seguro Nacional de Salud (CINIMA), y una base de datos oficial del gobierno belga que contiene toda la información administrativa sobre el consumo de salud reembolsado</p>	<p>Principales resultados: Se describen dos grupos de personas mayores frágiles: (n = 1,999) con discapacidad leve y (n = 2,608) con discapacidad moderada a grave</p> <p>Para el subgrupo con discapacidad leve, el RR de institucionalización a los 6 meses fue mucho menor para las intervenciones que proporcionaron a CM apoyo psicológico y OT (RR = 0.1), Para el subgrupo de personas con discapacidad moderada a grave, el RR de institucionalización a los 6 meses fue inferior a 1 para las intervenciones que proporcionan CM en un entorno residencial con servicios de rehabilitación (RR = 0.7) y para las intervenciones OT (RR = 0.2) estas intervenciones retrasaron la institucionalización de las personas mayores con discapacidad moderada a severa</p> <p>Las intervenciones que solo proporcionan terapia ocupacional (OT) y las intervenciones que brindan manejo de casos (CM) servicios de rehabilitación fueron efectivas en ambas subpoblaciones.</p>	<p>Esta investigación amplía la comprensión de los efectos de diferentes tipos de intervenciones de atención comunitaria en el retraso de la institucionalización de las personas mayores frágiles. Esta información puede ayudar a los responsables políticos a planificar intervenciones para evitar una institucionalización temprana.</p>
--	---	---	---

	<p>Análisis estadístico: Se calcularon estadísticas descriptivas Riesgos relativos (RR) de institucionalización y muerte se calcularon utilizando la regresión de Poisson para cada tipo de intervención.</p> <p>El análisis se realizó con Stata versión 11.2 (Stata Corp., College Station, TX).</p> <p>Criterios Éticos: La Comisión de Privacidad de Bélgica y el comité de ética de las Universidades belgas (Universit e Catholique de Louvain y KU Leuven) aprobaron este estudio. Las personas mayores involucradas en el estudio firmaron un formulario de consentimiento informado.</p>		
--	---	--	--

4 TITULO CUANTITATIVO	<p>“Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial” (34). (“Eficacia de un programa proactivo de atención primaria para mejorar el funcionamiento diario de las personas mayores: un ensayo controlado aleatorio grupal”). URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27459236 DOI: 10.1111/jgs.14325</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+		AÑO: 2016	LUGAR: Países Bajos
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Determinar la efectividad de un programa de intervención proactiva de fragilidad de Utrecht (U-PROFIT), de atención primaria en el funcionamiento diario de las personas mayores.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado, aleatorizado por conglomerados, de tres brazos (detección de fragilidad seguida de atención de rutina de un médico general, detección de fragilidad seguida de atención personalizada dirigida por enfermeras y brazo de control), aleatorio, con seguimiento de 1 año. Población y Muestra: Personas que viven en la comunidad mayores de 60 años (N = 3,092) de 39 prácticas generales de Atención primaria, en los Países Bajos. Se seleccionó un umbral de edad de 60 años, desde octubre de 2010 a marzo de 2011, Intervención: Detección de fragilidad que utiliza datos de registros médicos electrónicos de rutina para identificar a las personas mayores en riesgo de eventos adversos seguidos de la</p>	<p>Caracterización de la muestra: De 7.638 individuos elegibles, 3.092 (40.5%) participaron Las características de los participantes no difirieron entre los tres grupos con las excepciones de nivel educativo y nivel socioeconómico (SES). La edad media de los participantes fue de 74,2 8,4, el 55,2% eran mujeres, el 28,4% vivían solos y el 35,3% tenían un bajo nivel educativo. De los 1,327 participantes en la evaluación seguida por el grupo de atención de enfermería, 835 (62.9%) fueron identificados como frágiles según el cuestionario GFI. Después de 12 meses, los participantes en ambos grupos de intervención tuvieron menos deterioro en el funcionamiento diario que aquellos en el grupo control (puntajes promedio de Katz: grupo de detección, 1.87, IC 95% = 1.77–1.97; detección y grupo de atención dirigido por enfermeras, 1.88 , IC del 95% = 1.80–</p>	<p>Los participantes en ambos grupos de intervención tuvieron menor deterioro funcional que aquellos en el grupo control en el seguimiento de 1 año con efecto estadísticamente significativo.</p>

	<p>atención habitual de un médico general; después de la intervención de detección, un programa de atención dirigido por enfermeras que consiste en una evaluación geriátrica integral, planificación de atención basada en evidencia, coordinación de atención y seguimiento; cuidado habitual 21 enfermeras de práctica registradas brindaron esta atención y fueron ampliamente capacitadas</p> <p>Instrumentos: Katz-15 (6 actividades de la vida diaria (AVL), 8 actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD))</p> <p>Para medir el riesgo de fragilidad, se construyó un índice de fragilidad (FI validada internacionalmente</p> <p>Cuestionario del indicador de fragilidad de Groningen (GFI)</p> <p>Análisis estadístico: Aplicaron modelos lineales mixtos para resultados continuos al Katz-15, RAND-36, EQ -5D, satisfacción con la atención y calidad de vida percibida.</p> <p>Errores estándar robustos para variables de distribución asimétricas.</p> <p>Se estimaron las medias grupales</p>	<p>1.96; grupo control, 2.03, IC del 95% = 1.92–2.13, P = .03 tiempo * tratamiento;</p> <p>El coeficiente de correlación intraclase (ICC) para el Katz-15 corregido por tiempo fue 0.031 (IC 95% = 0.01-0.05). Los participantes más educados en el grupo de cribado y cuidado dirigido por enfermeras tuvieron estadísticamente significativa mejor preservación del funcionamiento diario que todos los participantes en los grupos de detección y control</p> <p>Principales resultados:</p> <p>Los participantes en ambos brazos de intervención tuvieron menos declive en el funcionamiento diario que los del grupo de atención habitual a los 12 meses (puntaje promedio de Katz-15: brazo de detección, 1.87, intervalo de confianza (IC) del 95% = 1.77-1.97; examen y enfermero- brazo de atención dirigida, 1.88, IC 95% = 1.80–1.96; grupo control, 2.03, IC 95% = 1.92–2.13; P = .03).</p> <p>El ICC para el Katz-15 corregido por tiempo fue 0.031 (IC 95% = 0.01-0.05). Los participantes más educados en el grupo de cribado y cuidado dirigido por enfermeras tuvieron estadísticamente significativa mejor preservación del funcionamiento diario que todos los participantes en los grupos de detección y control</p>	
--	--	---	--

	<p>con intervalos de confianza (IC) del 95%. $P < .05$ se consideró estadísticamente significativo. Los análisis estadísticos se realizaron con SAS versión 9.2 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) y SPSS versión 20.0 (IBM, Chicago, IL).</p> <p>Criterios éticos: Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. La junta de revisión institucional del Centro Médico de la Universidad de Utrecht aprobó el ensayo U-PROFIT.</p>	<p>Brevemente, la intervención comenzó con una evaluación de fragilidad utilizando Cuestionario del indicador de fragilidad de Groningen (GFI) y la autoevaluación intermedia, evaluación en el hogar, visitas de seguimiento y coordinación de la atención en función de sus necesidades.</p> <p>Para ayudar y guiar a las enfermeras en la prueba de atención personalizada, se desarrollaron planes de atención basados en evidencia para afecciones geriátricas comunes, como caídas, incontinencia urinaria y problemas de nutrición.</p>	
--	--	--	--

5 TITULO CUANTITATIVO	<p>“The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial” (35). (“El uso del manejo de casos para personas mayores que viven en la comunidad: los efectos sobre la soledad, los síntomas de depresión y la satisfacción con la vida en un ensayo controlado aleatorio) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28895175 DOI: 10.1111/scs.12520</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+		AÑO: 2017	LUGAR: Suecia
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Investigar los efectos de una intervención de gestión de casos para personas mayores frágiles que viven en la comunidad, con dependencia funcional y contactos repetidos con los servicios de atención médica, centrándose en la soledad, los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida.</p>	<p>Tipo de diseño: Estudio controlado aleatorizado de casos y controles no cegado con seguimientos repetidos a los 6 y 12 meses. Entre octubre de 2006 y abril de 2010 Población y Muestra: N = 153 participantes al inicio asignados a un grupo de intervención (n = 80) y control (n = 73). Reclutados de tres clínicas en el hospital universitario local (n = 20), tres centros de atención primaria en el municipio (n = 117), la organización de atención domiciliaria en el municipio (n = 13) o mediante autorreferencias poniéndose en contacto con el grupo de investigación (n = 3) Intervención: Los administradores de casos representaron dos profesiones, enfermeras (RN) y fisioterapeutas (PT). La intervención constaba de</p>	<p>Características de la muestra Durante el período de prueba, n = 12 fallecieron, y n = 33 abandonaron. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos al inicio del estudio con respecto a las características sociodemográficas, la salud subjetiva o los resultados primarios. Principales resultados: El análisis completo del caso resultó en una diferencia significativa a favor de la intervención con respecto a la soledad (RR = 0.49, p = 0.028) y la satisfacción con la vida (ES = 0.41, p = 0.028) a los 6 meses y para los síntomas depresivos (ES = 0.47, p = 0.035) a los 12 meses. En promedio, cada RN CM realizó once visitas y dos llamadas telefónicas durante el período de intervención de 12 meses Teniendo en cuenta la tendencia a la prevalencia de la soledad a lo largo del tiempo, la intervención puede haber tenido un efecto sobre la soledad a los</p>	<p>El estudio indica que el manejo de casos puede ser beneficioso en términos de soledad, síntomas de depresión y satisfacción con la vida Los CM y los servicios que brindan tienen un papel importante en el proceso de cuidado de las personas mayores frágiles que viven en sus hogares. Al aplicar los principios básicos de gestión de casos, evaluación, planificación, facilitación, coordinación, evaluación y defensa, podrían aliviar la soledad y los síntomas depresivos, incluida la promoción de la atención basada en la evidencia, tratamiento y asesoramiento de última generación. Además, esto también podría resultar en una mayor satisfacción con la vida de la persona mayor frágil. Dada la situación vulnerable para</p>

	<p>cuatro componentes principales: gestión general de casos (I), información general (II), información específica (III) y continuidad y seguridad (IV)</p> <p>La gestión de caso se centró en la atención de enfermería relacionada con la salud, los medicamentos y los aspectos psicosociales, evaluación general del estado funcional y cognitivo y las necesidades de enfermería.</p> <p>Instrumentos: MMSE Mini Data Set for Home Care (MD-HC) Escala de Depresión Geriátrica-20 (GDS-20) Índice de Satisfacción de Vida-Z (LSIZ) Índice ADL de Katz Instrumento EuroQol (EQ-5D), Índice de riesgo de caída de Downton</p> <p>Análisis estadístico: Se aplicó un análisis por intención de tratar para los resultados primarios de soledad, síntomas depresivos y satisfacción con la vida, junto con análisis completos de casos y sensibilidad. Se utilizó el programa de software IBM SPSS Statistics (versiones 21, 22)</p>	<p>6 meses desde el inicio</p> <p>La intervención de manejo de casos sobre los síntomas depresivos, indica que el grupo de intervención podría haberse beneficiado de la intervención al revisar la tendencia de las puntuaciones de la escala de depresión.</p> <p>La atención integrada, así como las intervenciones de colaboración, se ha demostrado como preferida y exitosa cuando se atiende a personas mayores con depresión.</p> <p>Se consideraron los síntomas depresivos, evaluados por el GDS-20, y la satisfacción con la vida, evaluada por el LSIZ. El nivel α se ajustó a 0.05. Un cambio medio de 1,5 puntos con una desviación estándar (DE) de 3,4 puntos durante 12 meses se consideró relevante para los síntomas depresivos. El cambio medio correspondiente para la satisfacción con la vida se estableció en 2,5 puntos con una DE de 4,8 puntos.</p>	<p>aquellos que son frágiles, y la importancia de la prevención para contrarrestar la discapacidad.</p>
--	--	--	---

	<p>Pruebas paramétricas: T Student, X^2, prueba de probabilidad exacta de Fischer</p> <p>No paramétricas: Prueba U de Mann-Whitney, ANOVA, prueba Q de Cochran</p> <p>Para medidas repetidas, el valor p se ajustó de acuerdo con el método Bonferroni y se ajustó a 0.017; Para todos los demás análisis, un valor p menor o igual a 0.050 se consideró estadísticamente significativo</p> <p>Aspectos éticos:</p> <p>El estudio fue diseñado y realizado de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Beauchamp y Childress</p>		
--	---	--	--

6 TITULO CUANTITATIVO	"Evaluation of the delivery of long-term at-home nursing care: an example of good practice" (36). (Evaluación de la prestación de cuidados de enfermería en el hogar a largo plazo: un ejemplo de buenas prácticas) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30203881 DOI: 10.1111/jocn.14671		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+	AÑO: 2017	LUGAR: Polonia	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Evaluar la influencia de la atención de enfermería en el hogar de largo plazo (LTHNC) sobre el estado funcional del paciente. Objetivos específicos fueron:</p> <p>(1) Analizar la influencia de LTHNC en el estado funcional del paciente en términos de actividades de la vida diarias</p> <p>(2) Evaluar el riesgo de úlceras por presión (UPP) y la prevención de úlceras por presión en pacientes recibiendo LTHNC.</p>	<p>Tipo de diseño: Estudio descriptivo retrospectivo</p> <p>Población y Muestra: Recopilación de datos de los registros médicos de 1058 pacientes que reciben LTHNC, desarrollado en el Centro de Atención de Salud No Pública OMNI-MED en Bialystok (Polonia) para los años 2005-2012.</p> <p>Intervención: LTHC, definida como a atención a las personas con enfermedades crónicas que se quedan en casa y que no necesitan hospitalización, pero, debido a sus problemas de salud, requieren cuidados de enfermería regulares en el hogar,</p> <p>Instrumentos: Referencia del paciente a LTHNC. incluía toda la información del paciente, incluidos el historial médico</p> <p>Resultados del examen físico Hoja de evaluación del paciente para derivación a LTHNC Índice de Barthel.</p>	<p>Características de la muestra: La edad media de los pacientes fue de 78,1 (rango de 20 a 105 años). El grupo más grande, 574 personas, eran pacientes mayores de 80 años (54,3%); había 345 personas de 65 a 80 años (32,6%), y 139 personas menores de 65 años (13,1%). La mayoría de los pacientes (64%) eran mujeres. Por lo general, la hija (60.3%), esposa (18.3%) o hijo (12.6%) era el cuidador de una persona recibiendo LTHNC. La atención fue proporcionada con menos frecuencia por el esposo (7.9%), nieta (0.4%), hermana (0.3%) o madre (0.2%).</p> <p>Principales resultados: El rendimiento funcional medio de todos los pacientes fue 10.41 al comienzo y 16.84 al final de LTHNC la diferencia es estadísticamente significativa (p <0.001)</p> <p>Se reveló una mejora significativa en el estado funcional del paciente, analizando las puntuaciones en el Índice de Barthel.</p> <p>El estado funcional del paciente mejoró en todas las áreas de actividades de la</p>	<p>Los hallazgos del estudio representan un ejemplo positivo de la buena enfermería la atención puede beneficiar a los pacientes al tiempo que promueve la naturaleza autónoma de la enfermería.</p> <p>En general, la mejoría demostrada del estado funcional del paciente y menor riesgo de úlceras por presión proporciona evidencia de que LTHNC es una forma efectiva de atención para personas mayores y personas con enfermedades crónicas que se quedan en casa.</p>

	<p>Escala de Norton</p> <p>Las actividades de enfermería y la hoja de observación que incluyen actividades realizadas en el paciente en un día dado y observaciones realizadas durante la visita.</p> <p>La información era parte del historial médico y fue confirmado por el cuidador</p> <p>Análisis estadístico: Pruebas no paramétricas como la prueba de McNemar, prueba de Kruskal-Wallis y prueba de Wilcoxon</p> <p>Las hipótesis estadísticas se verificaron al nivel de significancia de $p < 0.05$.</p> <p>Los datos se analizaron con el programa SPSS® Statistics versión 20.0 de IBM®</p> <p>Aspectos éticos: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Médica de Bialystok, Polonia</p>	<p>vida diaria.</p> <p>Al principio, el riesgo de úlceras por presión fue muy altas en 561 pacientes (53.0%). Durante la provisión de LTHNC, el riesgo disminuyó, y al final del período de atención, solo 417 pacientes tenían un riesgo muy alto (39.4%) y 402 pacientes (38.0%) tenían un alto riesgo de UPP, que se redujo a 362 (34,2%) al final de LTHNC</p> <p>En general, la mejoría demostrada del estado funcional del paciente y menor riesgo de úlceras por presión el desarrollo proporciona evidencia de que LTHNC es una forma efectiva de atención para personas mayores y Personas con enfermedades crónicas que se quedan en casa</p>	
--	--	---	--

7 TITULO CUANTITATIVO	<p>“Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial” (37). (La intervención rápida en el departamento de emergencias para las personas mayores reduce el riesgo de deterioro funcional: resultados de un ensayo aleatorizado multicéntrico) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890484 DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49254.x</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 1+	AÑO: 2001	LUGAR: Canadá	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>General Determinar la efectividad de la intervención para reducir el deterioro funcional y los síntomas depresivos en el paciente 4 meses después de la visita al departamento de emergencias (DE)</p> <p>Específicos Determinar el efecto de la intervención sobre el proceso de atención Comparar los hallazgos clínicos en el grupo de intervención con los de una muestra de pacientes con</p>	<p>Tipo de diseño: Ensayo controlado, aleatorizado por día de visita al servicio de urgencias, con seguimiento a 1 y 4 meses. En Cuatro hospitales afiliados a la universidad en Montreal.</p> <p>Población y Muestra: De 2,092 pacientes seleccionados, 426 (20.4%) fueron positivos, con una puntuación ISAR 2, y 388 (91,1%) consintieron en participar en el estudio; 178 fueron asignados a la intervención y 210 al grupo de control. Los números desiguales en los dos grupos se deben a ausencias no planificadas de las enfermeras de intervención</p> <p>Intervención: Evaluación por enfermeras de intervención consultaron con el servicio de urgencias del hospital y el personal geriátrico e hicieron derivaciones, según sea necesario, al médico de cabecera, el centro de salud comunitario</p>	<p>Características de la muestra: En general, los dos grupos fueron muy similares. Los miembros del grupo de intervención tenían más probabilidades de ser hombres y vivir en casa con otros que los miembros del grupo de control; Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Hubo una diferencia significativa por grupo de estudio en la proporción de pacientes con un cuidador familiar: 76.4% en el grupo de intervención y 65.2% en el grupo control.</p> <p>Principales resultados: La duración promedio de la atención de urgencias inicial como la evaluación fue de 28.0 (SD 12.57) minutos y varió de 10 a 60 minutos. En general, el 61,2% tenía uno o más problemas nuevos o no compensados. Las categorías verificadas con mayor frecuencia fueron: problemas físicos, particularmente control del dolor (15.0%), artritis (17.7%) y pérdida de peso (10.9%); Problemas de AVD, especialmente preparación de</p>	<p>La evaluación de enfermería estandarizada permitió identificar numerosos problemas nuevos o no compensados, algunos de los cuales podrían haber quedado sin reconocer. Esta intervención parece haber resultado en un cambio en el proceso de atención, como se documenta en el cuadro del paciente, aumentando las tasas de derivación al médico de atención primaria y a los servicios de atención domiciliaria</p>

<p>una puntuación ISAR 2.</p>	<p>local (que proporciona diversos servicios sociales y de salud, incluida la atención domiciliaria), la clínica ambulatoria geriátrica y otros servicios comunitarios</p> <p>Instrumentos: Herramienta ISAR, Escala de depresión geriátrica corta (GDS). Escala de Recursos y Servicios de América Latina, (siete ítems actividades básicas de la vida diaria (ADL) y siete de actividades instrumentales de la vida diaria) Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36)</p> <p>Análisis estadístico: Se utilizaron estadísticas descriptivas Pruebas de regresión logística, modelos de regresión lineal Los resultados de pruebas de hipótesis se consideraron estadísticamente significativas si el valor era $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con SAS para Windows, versión 6.12.</p> <p>Aspectos éticos: Los comités de ética de investigación de los cuatro hospitales aprobaron el estudio</p>	<p>comidas (10.2%) y baño (10.2%); problemas médicos, especialmente cirugía reciente (18.4%); problemas de conducta o afectivos, especialmente ansiedad o agresión (12.9%); y problemas sociales, especialmente viviendo solo (10.2%).</p> <p>Un total de 31.3% fueron referidos a su centro de salud comunitario; la enfermera de intervención telefoneó al centro de salud para obtener el 43.5% de estas derivaciones.</p> <p>La información sobre la visita de urgencias de los pacientes y los problemas relacionados se enviaron por correo a los médicos primarios del 86,4% de los pacientes; esta notificación sirvió para informar al médico que el paciente había visitado el DE, había sido examinado y se encontró que tenía un mayor riesgo de resultados adversos, y había sido evaluado por la enfermera de intervención.</p> <p>La tasa de seguimiento fue significativamente mayor entre los cuidadores en la intervención que en el grupo control (85.5% vs 71.8% al 1 mes y 79.8% vs 69.4% a los 4 meses, respectivamente), debido a una mayor tasa de rechazo entre los cuidadores del grupo de control.</p> <p>La intervención se asoció con una tasa significativamente reducida de disminución funcional o muerte del</p>	
-------------------------------	---	---	--

		<p>paciente a los 4 meses, tanto sin ajustar (odds ratio (OR) 0,60, intervalo de confianza (IC) del 95% 0,36–0,99) y ajustada (OR 0,53, 95% IC 0.31-0.91)</p> <p>La intervención aumentó la tasa de derivación al médico de atención primaria y a los servicios de atención domiciliaria.</p> <p>La interacción entre la discapacidad del paciente y la intervención fue significativa en el modelo de satisfacción del paciente con el acceso, lo que indica que la intervención se asoció con una mayor satisfacción con el acceso a la atención entre los pacientes con menos discapacidad previa. En el modelo para la satisfacción del cuidador al acceso, hubo una interacción significativa entre la intervención y el sexo del cuidador, lo que indica que las cuidadoras asociaron la intervención con una mayor satisfacción con el acceso a la atención.</p>	
--	--	---	--

8 TITULO CUANTITATIVO	<p>“Achieving self-management goals among low income older adults with functional limitations” (38). (Alcanzar objetivos de autogestión entre adultos mayores de bajos ingresos con limitaciones funcionales) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30799154 DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.01.003</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 3	AÑO: 2019	LUGAR: Estados Unidos - Baltimore	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p><u>General:</u> Describir los objetivos de autogestión de los participantes y el trabajo que hicieron con enfermeras CAPABLE para lograr estos objetivos</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener una visión más profunda de este proceso • Explicar las formas en que las enfermeras pueden ayudar a los adultos mayores a cambiar su comportamiento y optimizar la función y la 	<p>Tipo diseño: Estudio descriptivo. Ensayos controlado aleatorio con medición de intervención (dos ensayos con distinto financiamiento)</p> <p>Población y Muestra: 367 participantes.</p> <p>Intervención: Programa interdisciplinario entregado durante 5 meses, para adultos mayores de bajos ingresos que tienen limitaciones con actividades de la vida diaria, como bañarse y vestirse</p> <p>CAPABLE es una extensión de un exitoso programa llamado “Avanzar en una vida mejor” para los ancianos (ABLE), enfoque dirigido por la persona que involucra terapia ocupacional, fisioterapia y modificaciones limitadas en el hogar para ayudar a los adultos mayores participar en las actividades cotidianas de su elección.</p> <p>Instrumentos:</p>	<p>Características de la muestra: La muestra total fue de 79.8% (n = 293) afroamericanos y 17.4% (n = 64) blancos no hispanos. La mayoría de la muestra fue mujer al 84.5% (n = 310). Todos los participantes estaban por debajo del 200% de la Línea de pobreza federal</p> <p>Principales resultados: Al final del programa de 5 meses, el 39% de los participantes que eligieron los objetivos de dolor informaron que lograron completamente los objetivos, 19% (n = 69) de los participantes eligieron trabajar en síntomas depresivos / estado de ánimo como uno de sus objetivos de enfermería. Algunas de las estrategias de autogestión más comunes que los participantes seleccionados con sus enfermeras fueron los siguientes: participar en placer eventos y planificar más de ellos, hacer ejercicio, controlar el dolor, escuchar música, y mejorar la actividad significativa (aumentar la actividad social y el voluntariado)</p> <p>Entre los participantes que eligieron síntomas depresivos / estado de ánimo,</p>	<p>En este estudio se identificó que una intervención de autogestión puede ayudar a los adultos mayores a cumplir objetivos para disminuir el riesgo de dependencia o fragilidad en los factores que tienen relación con la función física incluyendo dolor, depresión, incontinencia, prevención de caídas y comunicación con proveedores de servicios de salud. Una mejora en estas áreas puede conducir a mejora de la función física entre los adultos mayores. Estos son hallazgos importantes para enfermeras investigadoras y clínicas por igual. Con un sistema de atención médica cambiante y niveles desiguales de acceso en las poblaciones de adultos mayores, el autocontrol es una forma para que los adultos mayores participen en mejorar su salud y su función física en</p>

<p>actividad física.</p>	<p>calificación Gitlin y Rose que midió la disposición al cambio, según Prochaska Instrumento EuroQOL-5D (MIDE calidad de vida) Cuestionario-9 (PHQ9) de la Salud del paciente Análisis estadístico: Se utilizaron estadísticas descriptivas de tendencia central Aspectos éticos: Ambos estudios fueron aprobado por la Junta de Revisión Institucional de Medicina Johns Hopkins</p>	<p>el 32% logró sus objetivos por completo y el 45% logró parcialmente sus objetivos. El 15% eligió como objetivo la incontinencia (n = 56). Las estrategias de autogestión que los participantes eligieron con sus las enfermeras para abordar los objetivos incluyeron ejercicios de Kegel, atención a los irritantes de la vejiga (cafeína), ir al baño a tiempo, ajustarse diuréticos y cambios de postura durante la micción. Entre estos participantes, el 29% logró sus objetivos por completo y el 38% logró parcialmente sus metas.</p>	<p>general.</p>
--------------------------	--	---	-----------------

9 TITULO CUANTITATIVO	<p>“Development and validation of an electronic frailty in dex using routine primary care electronic health record data” (39). (Desarrollo y validación de un índice electrónico de fragilidad utilizando datos de registros de salud electrónicos de atención primaria de rutina) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26944937 DOI: 10.1093/ageing/afw039</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 2+		AÑO: 2016	LUGAR: United Kingdom
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Desarrollar y validar un índice de fragilidad electrónico (eFI) utilizando datos de registros de salud electrónicos de atención primaria disponibles de forma rutinaria.</p>	<p>Tipo de diseño: Estudio de cohorte retrospectivo, aleatorizado, que utilizó datos anónimos de registros de salud electrónicos de atención primaria contenidos en las bases de datos ResearchOne o y The Health Improvement Network (THIN) del 14 de octubre de 2008 al 14 de octubre de 2013</p> <p>Población y Muestra: datos anónimos de un total de 931.541 pacientes de 65 a 95 años (207.814 en la cohorte de desarrollo, 207.720 en la cohorte de validación interna, 516.007 en la cohorte de validación externa</p> <p>Intervención: El eFI utiliza datos de rutina para identificar a las personas mayores con fragilidad leve, moderada y grave, con una validez predictiva sólida para los resultados de mortalidad, hospitalización y admisión en hogares de ancianos. La</p>	<p>Características de la muestra: Datos 931.541 pacientes de 65 a 95 años. El eFI incorporó 36 déficits construidos con 2.171 códigos de términos clínicos Versión 3 (CTV3). La HR para fragilidad moderada y 4.52 (IC 95% 4.16-4.91) para fragilidad severa. La puntuación media de eFI fue de 0,14 (DE 0,09). La puntuación eFI del percentil 99 fue de 0,49.</p> <p>Principales resultados: El riesgo de mortalidad y hospitalización aumentó para aquellos con fragilidad leve, moderada y severa. Las tasas de admisión de emergencia por cada 1,000 persona al año en riesgo aumentaron de 90.1 (IC 95% 90.0-91.1) para aquellos identificados como aptos; 211.3 (IC 95% 209.5–213.1) para aquellos con fragilidad leve; 407.3 (IC 95% 403.3–411.4) para aquellos con fragilidad moderada; y 706.7 (IC 95% 696.1–717.3) para aquellos con fragilidad</p>	<p>El eFI utiliza datos de rutina para identificar a las personas mayores con fragilidad leve, moderada y grave, con una validez predictiva sólida para los resultados de mortalidad, hospitalización y admisión en hogares de ancianos. La implementación rutinaria del eFI podría permitir la entrega de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados para este grupo vulnerable.</p> <p>La implementación de eFI en la práctica de atención primaria rutinaria podría representar un avance importante en la atención de las personas mayores con fragilidad, a través de la provisión de atención más apropiada y orientada a objetivos, derivación para intervenciones basadas en evidencia y</p>

	<p>implementación rutinaria del eFI podría permitir la entrega de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados para este grupo vulnerable</p> <p>Instrumentos: Base de datos ResearchOne y The Health Improvement Network (THIN)</p> <p>Análisis estadístico: Se calcularon las razones de riesgo (HR) mediante análisis de regresión de Cox bivariados y multivariados Los HR a 1, 3 y 5 años se estimaron para el resultado de la mortalidad, con el eFI como variable independiente y la edad y el género como covariables.</p> <p>Aspectos éticos: Fue aprobado por el comité de proyecto ResearchOne bajo los términos de la aprobación favorable del Comité de Ética de Investigación del Servicio Nacional de Ética de Investigación del Nordeste y por el comité de revisión científica THIN</p>	<p>severa. El número medio de días de cama por ingreso de emergencia aumentó de 9.0 (DE 19.1) para aquellos identificados como aptos; 9.6 (SD 17.4) para aquellos con fragilidad leve; 10.3 (SD 16.5) para aquellos con fragilidad moderada; y 11.1 (SD 18.5) para aquellos con fragilidad severa</p> <p>Las estimaciones estadísticas para la mortalidad y la hospitalización a los 12 meses fueron de 0,76 y 0,71, respectivamente (tabla 3). Las estimaciones de pseudo-R2 de calibración fueron resultados bajos</p> <p>El eFI tiene una validez predictiva sólida y una buena discriminación para la admisión, hospitalización y mortalidad en hogares de ancianos. Estos resultados son de particular importancia para las personas mayores y los sistemas de salud y asistencia social a nivel internacional, y la validez predictiva y las características de discriminación del eFI en los tres resultados agrega un peso considerable a la utilidad clínica de la herramienta en términos de planificación de la salud individual y de la población.</p>	<p>señalización a la autoridad local y servicios voluntarios</p> <p>La identificación rutinaria de la fragilidad en la atención primaria utilizando el eFI también podría dar lugar a mejoras en la atención secundaria y los servicios especializados, por ejemplo, los servicios contra el cáncer</p> <p>Al usar el eFI, se identifica a las personas mayores que tienen un mayor riesgo de ingreso en un hogar de ancianos en el futuro, hospitalización, mayor estadía en el hospital y mortalidad.</p>
--	--	--	---

10 TITULO CUANTITATIVO	<p>“Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial” (40). (“Efectividad de una intervención para prevenir la fragilidad en las personas mayores que viven en la comunidad antes de la fragilidad que consultan en atención primaria: un ensayo controlado aleatorio”) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28064172 DOI: 10.1093/ageing/afw242.</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 1+	AÑO: 2017	LUGAR: España	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Evaluar el efecto de una intervención para prevenir la progresión de la fragilidad en personas mayores pre-frágiles</p>	<p>Tipo de diseño: Ensayo aleatorizado, abierto, controlado y controlado con dos brazos paralelos. Población y muestra: 172 personas mayores pre-frágiles que habitan en la comunidad (≥70 años) de tres centros de atención primaria en Mataró (Barcelona, España, entre octubre y diciembre de 2013 Intervención: Evaluación nutricional (y derivación a una Unidad Nutricional para la atención habitual en caso de riesgo nutricional) y un programa de actividad física que incluye ejercicio aeróbico y un conjunto de ejercicios mixtos de fortalecimiento, equilibrio y coordinación Para mejorar la adherencia, una enfermera supervisó el cumplimiento mediante un contacto telefónico regular con los</p>	<p>Caracterización de la muestra: Un total de 416 participantes ≥70 años sin demencia, sin discapacidad y sin cuidados paliativos fueron evaluados por fragilidad, de los cuales 204 (49%) se consideraron con un estado pre-frágil y 172 fueron reclutados. No se observaron diferencias en la edad y el sexo entre los pacientes seleccionados. La edad media fue de 78,3 años y el 57% eran mujeres. De los pacientes reclutados, 92 fueron asignados aleatoriamente al grupo de control y 80 al grupo de intervención. Los participantes se clasificaron como robustos, pre-frágiles o frágiles de acuerdo con los siguientes cinco criterios de Fried: (i) pérdida de peso involuntaria, (ii) agotamiento, (iii) baja actividad física, (iv) velocidad lenta para caminar y (v) poca fuerza de agarre.</p>	<p>Una intervención centrada en el ejercicio físico y el mantenimiento de un buen estado nutricional puede ser eficaz para prevenir la fragilidad en personas mayores pre-frágiles que viven en la comunidad. En el seguimiento a los 12 meses, se observó un mayor porcentaje de individuos bien nutridos entre los buenos adherentes en comparación con el grupo control</p>

	<p>pacientes.</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de evaluación nutricional mini de forma corta (MNA-sf) Índice de Barthel Prueba up-and-go (TUG)</p> <p>Análisis estadístico: Se usaron pruebas paramétricas como χ^2, T Student Y no paramétricas como la prueba exacta de Fisher, la prueba U de Mann-Whitney El riesgo relativo (RR) y el odds ratio (OR) se utilizaron como medidas de asociación entre la intervención y la fragilidad. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante La significación estadística se estableció en todos los casos con un valor de P de dos lados <0.05. Para un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2</p> <p>Aspectos éticos: El protocolo de estudio fue aprobado por la junta de revisión institucional del Consorci Sanitari del Maresme, Mataró. Todos los participantes dieron su permiso para participar firmando un formulario de consentimiento informado</p>	<p>Principales resultados: En el seguimiento, el 4.9% del grupo de intervención y el 15.3% del grupo control habían evolucionado a fragilidad, para un odds ratio (OR) bruto de 0.29 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0.08–1.08; P = 0.052) y un OR ajustado (por edad, género y número de comorbilidades) de 0.19 (IC 95%: 0.04–0.95; P = 0.044).</p> <p>El grupo de intervención mostró una mayor hora de caminata al aire libre por día (0.97 versus 0.73; P = 0.019) pero no se observó diferencia en la fuerza muscular, la velocidad de la marcha u otros indicadores funcionales.</p> <p>En el seguimiento a los 12 meses, 4.9% y 15.3% de los pacientes del grupo de intervención y control, respectivamente, habían evolucionado a un fenotipo frágil. La incidencia de fragilidad fue 0,40/100 personas al año en el grupo de intervención y 0,88/100 personas al año en el grupo control, lo que resultó en un RR de 0,46 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,20-1,04). La regresión logística reveló una asociación entre la intervención y la fragilidad, para un OR de 0.29 (IC 95%: 0.08–1.08; P = 0.052).</p> <p>Del grupo de intervención y seguidos durante 12 meses, se consideró que 47,5% se habían adherido bien a la intervención del estudio. Al comparar</p>	
--	--	---	--

		<p>este subgrupo de buenos adherentes con el grupo control, no se observaron diferencias en las características basales, a excepción de algunos problemas en la realización de actividades de la vida diaria, presentes en el 5.6% del grupo control y el 24.1% del grupo de intervención (P = 0.004). Ningún buen adherente evolucionó a la fragilidad en comparación con el 15.3% en el grupo control (P = 0.031).</p> <p>A los 12 meses de seguimiento, se observaron diferencias significativas entre buenos adherentes y controles en el número de criterios de Fried (0,93 versus 1,4; P = 0,026), criterios de baja actividad física (0% versus 15,3%; P = 0,026) y horas de caminar al aire libre al día (1.2 versus 0.7; P = 0.001).</p>	
--	--	---	--

11 TITULO (CUANTITATIVO)	Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores (41) URL: http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.78 DOI: 10.22267/rus.171902.78		
NIVEL DE EVIDENCIA:	AÑO: 2016	LUGAR: Colombia	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Analizar el impacto de las acciones de un Programa de Enfermería con enfoque promocional y de autocuidado, en el fortalecimiento de la capacidad funcional en adultos mayores.	<p>Diseño: Estudio descriptivo-prospectivo y de intervención pre y post test sin grupo control. Desarrollado durante 18 meses, desde febrero de 2014 hasta agosto de 2015.</p> <p>Población y Muestra: El universo fue de 150 adultos mayores, de los cuales se seleccionaron 75 personas; muestreo por conveniencia, (adultos mayores adscritos al Programa de Extensión Solidaria de la Universidad de Córdoba, Colombia)</p> <p>Instrumentos: Encuesta para determinar perfil sociodemográfico y Escala de Barthel.</p> <p>Intervención: actividades educativas, asistenciales, artísticas, físicas ocupacionales, recreativas, espirituales y de consejería; así mismo, ejercicios de motricidad fina, acciones de seguimiento y control de enfermedades crónicas</p>	<p>Caracterización de la Muestra: Los participantes correspondieron a personas entre 62 y 91 años. El 48% de la población estaba en el rango etario entre 67 y 72 años, 74% sexo femenino, 40% viudos y 57% analfabetas.</p> <p>Principales resultados: Con los resultados del post-test se identificó una variación importante en la modificación de la categoría: dependencia moderada a dependencia leve (71,43%) y dependencia leve a independencia (30,76%); el 82% desarrolló acciones de autocuidado, 80% se mantuvo activo, 78% mostró adherencia al tratamiento de enfermedades, 90% mantiene higiene corporal</p> <p>El número de adultos mayores independientes se duplicó al final de las intervenciones. Luego de efectuar la totalidad de las actividades, se identificó que los mejores puntajes obtenidos por los adultos mayores en el I.B fueron: arreglarse (99,4%) y lavarse (99,2%); uso del retrete (99%), control</p>	Las acciones continuas de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado permiten revertir limitaciones en condiciones funcionales de dependencia moderada a leve y de leve a independiente; conservan o potencializan la capacidad de regular su autosuficiencia y autonomía, beneficiando así la salud de adultos mayores.

	<p>identificadas en la fase diagnóstica. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se efectuaron mediante metodologías participativas e interactivas bajo los principios del Modelo de Promoción de la Salud</p> <p>Análisis estadístico: Las observaciones se sistematizaron utilizando registros de campo e información estadística, confrontando los resultados previos y posteriores a la intervención de Enfermería</p> <p>Se organizó la información en gráficos, matrices de doble entrada, mapas conceptuales y cartografía socio sanitaria acorde a la naturaleza de los datos y dependiendo del contenido y enfoque de cada área temática.</p> <p>Criterios Éticos: investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba</p>	<p>de esfínteres (96,5%) y capacidad de vestirse (95,8%).</p> <p>De igual forma, manifestaron y se verificó la interiorización y el desarrollo de acciones de autocuidado tales como prácticas nutricionales adecuadas (75%), higiene y aseo corporal (90%), actividad física regular (70%) y adherencia al tratamiento de sus enfermedades (78%). En forma general se observó que los adultos mayores sujetos de esta investigación alcanzaron un mayor nivel de auto cuidado a pesar de los cambios y limitaciones propias de la senectud</p>	
--	--	---	--

12 TITULO CUALITATIVO	<p>“Exploring factors that impact the decision to use assistive telecare: perspectives of family care-givers of older people in the United Kingdom” (42). (“Explorando los factores que impactan la decisión de usar la teleasistencia asistida: perspectivas de los cuidadores familiares de personas mayores en el Reino Unido”). URL: https://ueaeprints.uea.ac.uk/63784/1/Accepted_manuscript.pdf DOI:10.1017/S0144686X1700037X</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 4		AÑO: 2017	LUGAR: Reino Unido
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Explorar los factores que impactan la decisión de usar la teleasistencia asistida: centrada en el servicio Assistive Telehealth and Telecare (ATT) que proporciona una gama de dispositivos de asistencia telefónica (AT) para ayudar a los pacientes y sus cuidadores a abordar los desafíos de la vida cotidiana y mejorar su independencia.</p>	<p>Trayectoria metodológica: Estudio cualitativo de enfoque exploratorio Participantes: 14 familiares cuidadores informales de adultos mayores, registrados en la base de datos interna del servicio ATT (SystmOne) El equipo proporcionado por el servicio ATT abarca desde el recordatorio de píldora automatizado más simple hasta los sistemas de monitoreo de datos de actividad más sofisticados. Instrumentos: Entrevista guiada que utilizó preguntas abiertas para explorar el proceso de toma de decisiones del paciente referido al servicio ATT, las ventajas y desventajas de usar el equipo / servicio, y las actitudes y percepciones relacionadas con el equipo y / o el uso del servicio.</p>	<p>Caracterización de la muestra: Los cuidadores familiares fueron el cónyuge (N = 8) o el hijo del paciente (N = 6). La edad de los pacientes osciló entre 75 a 98 años, y recibió un dispositivo independiente de teleasistencia o un servicio conectado La edad del paciente a quien apoyó el cuidador varió de 75 a 98 (media = 84.07; SD = 6.78). Los pacientes provenían principalmente del perfil de servicio independiente de teleasistencia y autónomo (N = 13; 92.9%) con un solo participante del perfil conectado de teleasistencia. La relación con el paciente varió en la muestra, siendo la mayoría un cónyuge (cuatro esposos y cuatro esposas) o la hija del paciente (N = 6). Principales resultados: Los resultados revelaron cuatro temas principales: Conocimiento y conciencia del servicio: Hubo una falta total de conocimiento del servicio del ATAT y de los dispositivos AT que proporcionan. A</p>	<p>Esta investigación reveló que los cuidadores familiares que percibían que los dispositivos AT eran útiles y funcionales tenían más probabilidades de remitir al paciente o apoyar la decisión del paciente de usar el servicio ATT. La utilidad, particularmente la tranquilidad que brindó al cuidador familiar de la seguridad del paciente fue un punto clave de venta para querer usar los dispositivos AT. La utilidad también se vio asociada a la percepción sobre las ventajas de usar el equipo de tecnología de asistencia para satisfacer una necesidad. Los dispositivos AT fueron vistos comúnmente como una medida preventiva, por ejemplo, un recordatorio para recordar a los pacientes que apaguen el horno; otros</p>

	<p>Criterios éticos: La aprobación ética del NHS fue obtenida por el Comité del Servicio Nacional de Ética de Investigación del Este de Inglaterra (referencia 13/ EE/ 0362) en enero 2014. Todos los cuidadores familiares recibieron una hoja de información detallada para los participantes, que proporcionaba información importante sobre el estudio y su derecho a retirarse</p>	<p>los cuidadores familiares se les preguntó si conocían el servicio ATT y diez indicaron que no habían estado al tanto del servicio antes de ser referidos por un profesional de la salud</p> <p>Responsabilidad: En este contexto reflejó el sentimiento del cuidador familiar de asumir el liderazgo y ser responsable del bienestar del paciente. Por ejemplo, muchos pacientes que no estaban al tanto de su derivación tenían problemas relacionados con la memoria, a menudo demencia o Alzheimer. Como tal, los cuidadores familiares vieron en última instancia que era su responsabilidad tomar la decisión de utilizar el servicio ATT en función de los mejores intereses del paciente.</p> <p>Utilidad: Relacionada con las percepciones hacia las ventajas de usar el equipo de tecnología de asistencia para satisfacer una necesidad. Relacionada tanto con el paciente como con el cuidador familiar. Este tema tenía tres subtemas; 'Tranquilidad', 'prevención y apoyo' junto con "beneficio para el cuidador". Los dispositivos AT fueron vistos comúnmente como una medida preventiva, por ejemplo, un recordatorio para avisar a los pacientes que apaguen el horno; otros permitirían al paciente obtener ayuda de inmediato</p>	<p>permitirían al paciente obtener ayuda de inmediato.</p> <p>La tecnología de asistencia se puede utilizar para dos propósitos; en primer lugar, para mejorar la independencia y el bienestar del destinatario de la atención, pero también para apoyar al cuidador familiar a través de un mejor bienestar y una menor carga para el cuidador</p>
--	--	---	---

		<p>Los cuidadores familiares veían los dispositivos AT como una medida útil de la seguridad del paciente. Algunos dispositivos también proporcionaron a los cuidadores familiares y al paciente la oportunidad de ser accesibles entre sí. Como tal, si había una emergencia, significaba que ambas partes sabían cómo ponerse en contacto rápidamente. Por ejemplo, el rastreador de teléfono GPS permitiría a los miembros de la familia saber dónde está el paciente cuando salgan de la casa para asegurarse de que el paciente esté seguro; los sensores de cama y piso notificarán al cuidador cuando el paciente se levante de la cama para que puedan apoyarlo y asegurarse de que no se caigan, o de que se les notifique de inmediato si se caen; y un ayuda memoria les recordaría a los pacientes que apaguen el horno y bloqueen la puerta principal para asegurarse de que estén a salvo de incendios o robos.</p> <p><u>Usabilidad y funcionalidad del equipo:</u> Relacionadas con el grado en que ellos (cuidador familiar) o su percepción del paciente podrían usar la tecnología de asistencia como se pretende para lograr los resultados esperados dentro del contexto de uso. Algunos cuidadores familiares se sorprendieron al pensar que sería más difícil de lo que realmente era.</p>	
--	--	---	--

13 TITULO CUALITATIVO	<p>“Increasing the qualitative understanding of optimal functionality in older adults: a focus group based study” (“Aumentar la comprensión cualitativa de la funcionalidad óptima en adultos”) (43). URL: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0244-z DOI: 10.1186/s12877-016-0244-z</p>		
NIVEL DE EVIDENCIA: 4	AÑO: 2016	LUGAR: Suecia	
OBJETIVOS	MATERIAL Y METODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Ampliar el conocimiento cualitativo del concepto de funcionalidad óptima mediante debates de grupos focales realizados en varios grupos de adultos mayores</p>	<p>Trayectoria metodológica: Este estudio tuvo un diseño descriptivo con el enfoque cualitativo del análisis de contenido inspirado en el enfoque dirigido por Hsieh & Shannon</p> <p>Participantes 6 discusiones de grupos focales FGD, incluidos 37 adultos mayores de tres grupos diferentes: grupo 1) atletas mayores, grupo 2) adultos mayores de vida libre, grupo 3) adultos mayores que viven en hogares de ancianos.</p> <p>Instrumentos: entrevista semiestructurada que contenía conceptos de funcionalidad óptima ("lo que hace que experimente bienestar, salud y función al mejor nivel posible para usted")</p> <p>Criterios éticos: El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión de Ética Regional de Uppsala y se obtuvo el consentimiento informado por</p>	<p>Caracterización de la Muestra: 14 atletas mayores dieron su permiso para participar en el FGD. el grupo FL 11 personas, 12 adultos mayores de hogares de ancianos aceptaron participar en el FGD</p> <p>Principales categorías: análisis de contenido deductivo (Elo & Kyngäs)</p> <p>Se definieron 3 grupos con subcategorías</p> <p>1. Factores relacionados con el cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de salud: Todos los adultos mayores concordaron que es de gran importancia para experimentar funcionalidad óptima. Describieron la salud física como importante, en relación con su estado de salud actual, como estar libre de enfermedades y • Factores de actividad: La importancia de mantener la capacidad / función física y ocuparse uno mismo (mantenerse ocupado). <p>Factores de autonomía: La autonomía se consideraba esencial para todos los adultos mayores; dos</p>	<p>Los adultos mayores incluidos en este estudio identificaron el significado central de OF como igual a "funcionar de la manera más óptima posible", es decir, estar en su mejor momento presente en su vida cotidiana. Además, los adultos mayores en este estudio describieron los pilares de la OF (factores relacionados con el cuerpo, factores relacionados entre sí y factores externos</p> <p>Este estudio además evidencia que los adultos mayores como grupo son heterogéneos en términos de sus preferencias y puntos de vista sobre la salud y, por lo tanto, deben abordarse como tales en el entorno de la atención médica. Por lo tanto, es importante promover un enfoque individualizado como base cuando se atiende a adultos mayores.</p>

	<p>escrito de todos los participantes del estudio.</p>	<p>grupos hablaron sobre mantenerse independientes y mantener las rutinas diarias.</p> <p>2. Factores relacionados con sí mismo:</p> <p>Factores de adaptación: La importancia del yo para "funcionar" (de manera óptima): Los adultos mayores de un grupo hablaron de reemplazar una actividad con otra para adaptarse activamente a la vida cotidiana.</p> <p>Los otros dos grupos hablaron de la adaptación activa como la aceptación de volverse dependiente de los demás y la importancia de hacerlo cómodo en la vejez.</p> <p>Factores de capacidad: Ser capaz de participar en actividades era importante para los tres grupos, participar en actividades culturales, tener la capacidad de experimentar cosas nuevas, experimentar la naturaleza y disfrutar de una comida sabrosa era esencial para funcionar de manera óptima. Ninguno de los grupos mencionó nada sobre elementos o factores relacionados con la salud mental.</p> <p>3. Factores externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos sociales: Todos los adultos mayores percibieron la socialización como algo esencial para funcionar de la mejor manera posible en todos los niveles. 	
--	--	--	--

		<p>Los tres grupos hablaron de la actividad social y la interacción social como factores esenciales para la OF. "Tienes que salir y conocer gente todo el tiempo que puedas".</p> <p>Dos grupos hablaron de la importancia de la familia y la consideraron crucial, mientras que los adultos mayores en el grupo perteneciente a hogares de ancianos no discutieron el tema.</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramientas de asistencia: tecnología moderna es importante. Los adultos mayores de todos los grupos comentaron que la atención médica accesible y de alta calidad era crucial para experimentar la OF.	
--	--	--	--

14 TITULO REFLEXIÓN	<p>“Advancing Well-Being and Health of Elderly with Integrative Nursing Principles” (44). (Avanzando en el bienestar y la salud de los ancianos con principios de enfermería integradores) URL: https://www.researchgate.net/publication/333492043_Advancing_Well-Being_and_Health_of_Elderly_with_Integrative_Nursing_Principles DOI: 10.26650/FNJJN437700</p>	
IVEL DE EVIDENCIA 5	AÑO: 2019	LUGAR: Turquía
OBJETIVOS	DESARROLLO	CONCLUSIONES
<p>Explicar la importancia de los principios integrales de enfermería en el avance del bienestar y la salud de los ancianos y proponer soluciones basadas en los principios integradores de enfermería en el mantenimiento y la mejora de la salud / bienestar de los ancianos.</p>	<p>Elementos considerados en el análisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bienestar y salud de los ancianos:</u> La enfermera debe tener un enfoque de atención integral para la supervivencia de los ancianos que viven en la comunidad y contribuir al envejecimiento saludable. para mejorar la situación de salud y bienestar y para garantizar una mayor independencia, se debe tener un cuidado de acuerdo con la filosofía holística de los ancianos. • <u>Cuidado de salud holístico:</u> En la atención integral de la salud, es necesario tratar con el entorno individual y verlo como un todo en lugar de centrarse en la enfermedad o en una parte del cuerpo del individuo. Su objetivo es lograr la máxima condición de bienestar en la que todo funcione lo mejor posible en la atención integral • <u>Atención Integral de Salud:</u> Se requiere atención médica integral, lo que sugiere el uso de los enfoques terapéuticos más adecuados basados en evidencia que evalúa al individuo en su conjunto para una salud y recuperación óptimas • <u>Enfermería Integrativa:</u> En la esencia de la enfermería integradora, la mejora / bienestar de la salud se dirige más allá del tratamiento. Las enfermeras integradoras prefieren prácticas basadas en evidencia para intervenciones tradicionales y nuevas que promueven la curación de una persona como un todo. 	<p>Con el envejecimiento de la población en todo el mundo, la protección y el desarrollo de la salud y el bienestar de los ancianos está cobrando importancia.</p> <p>Los principios integradores de enfermería que constituyen un marco para el cuidado integral de los ancianos son una guía importante.</p> <p>Los principios integrales de enfermería pueden ser una guía en la evaluación holística y la planificación del cuidado de los ancianos. Las enfermeras que brindan atención de acuerdo con los principios integradores de enfermería pueden contribuir a una mayor satisfacción de las personas mayores, la rentabilidad en los servicios de salud y el envejecimiento saludable.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• <u>Principios integrales de enfermería:</u> La enfermería integradora tiene seis principios:<ol style="list-style-type: none">1. Los seres humanos son sistemas completos inseparable de sus ambientes2. Los seres humanos tienen la innata capacidad de salud y bienestar3. La naturaleza tiene curación y restauración propiedades que contribuyen a la salud y bienestar:4. La enfermería integral está centrada en la persona y basada en relaciones5. Se informa la práctica de enfermería integral por evidencia6. La enfermería integral se enfoca en salud y bienestar de los cuidadores	
--	--	--

15 TITULO REFLEXIÓN	<p>“Interventions against disability in frail older adults: lessons learned from clinical trials” (“Intervenciones contra la discapacidad en adultos mayores frágiles: lecciones aprendidas de ensayos clínicos”) (45). URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29806856 DOI: 10.1007/s12603-017-0987-z.</p>	
NIVEL DE EVIDENCIA 5	AÑO: 2018	LUGAR: Francia
OBJETIVOS	DESARROLLO	CONCLUSIONES
<p>Identificar estudios relevantes realizados para revertir o retrasar la discapacidad en adultos mayores frágiles. (Esta no es una revisión sistemática.)</p>	<p>Elementos considerados en el análisis Definición de fragilidad: Es un concepto multidimensional que influye en varios dominios, como la marcha, la movilidad, el equilibrio, la fuerza muscular, el procesamiento motor, la cognición, la nutrición, la resistencia y la actividad física, y está directamente relacionado con consecuencias adversas, como caídas, discapacidad, necesidad de cuidados a largo plazo, hospitalización e incluso mortalidad. Prevalencia de fragilidad: Un gran estudio europeo estimó que la prevalencia de fragilidad entre los 50 y los 64 años era del 4,1%, aumentando al 17% en los mayores de 65 años. La fragilidad puede ser aún más frecuente en los países de bajos y medianos ingresos. La fragilidad es más común en mujeres y en personas con un nivel socioeconómico más bajo. Evaluación Geriátrica Integral (CGA): Implica una evaluación holística, multidimensional e interprofesional de un individuo mayor por parte de especialistas en envejecimiento y se ha demostrado que se asocia con mejores resultados en una variedad de entornos Una amplia investigación ha demostrado que la CGA en el hospital aumenta la independencia (es más probable que las personas se vayan a casa después de este proceso en comparación con la atención médica estándar) y reduce la mortalidad.</p>	<p>Para ser efectivos en todo el mundo, las intervenciones contra la discapacidad en adultos mayores frágiles deben ser factibles, económicas y fáciles de implementar en una amplia gama de entornos, además de ser seguras. Las intervenciones en el estilo de vida, particularmente las intervenciones multidominio dirigidas al ejercicio físico, el entrenamiento cognitivo y el enfoque nutricional, podrían ser un componente clave de nuestros esfuerzos para ser efectivos contra la discapacidad. El éxito de estas intervenciones también estará vinculado a la capacidad de la comunidad científica para involucrar a otros actores influyentes, como los responsables políticos y los socios industriales, para facilitar el acceso a intervenciones específicas.</p>

Intervenciones de actividad física: La actividad física tiene múltiples beneficios en la edad avanzada. Estos beneficios pueden ser sustanciales.

Intervenciones nutricionales: Es importante destacar que, en aquellos individuos que ya son frágiles, la suplementación de proteínas y energía puede reducir la progresión del deterioro funcional.

Entrenamiento cognitivo: Es un enfoque para capitalizar la plasticidad neuronal mediante la focalización y el entrenamiento de dominios cognitivos para mejorar. Como tal, el entrenamiento cognitivo se ha convertido en una estrategia conductual eficaz para mejorar o mantener la salud cognitiva en la vejez. Se ha demostrado que el entrenamiento cognitivo mejora significativamente los dominios cognitivos entrenados, incluida la velocidad auditiva, la precisión y la velocidad de procesamiento.

Intervenciones multidominio: La evidencia actual sugiere que la nutrición, el ejercicio físico y la actividad cognitiva pueden revertir la fragilidad. Las intervenciones multidominio resultan útiles si se centran en los dominios físicos, nutricionales y cognitivos para mejorar el bienestar y la calidad de vida en los ancianos.

Desarrollo de nuevos modelos de atención: El primer paso para prevenir la discapacidad en adultos mayores frágiles es crear conciencia sobre la fragilidad entre las autoridades de salud pública, los profesionales y la población en general. La atención primaria es el primer punto de contacto para los servicios de salud en muchos países y es la clave para la prevención eficaz de la discapacidad y la gestión de la atención de las personas frágiles. También es importante que los adultos mayores sean examinados de manera rutinaria por fragilidad en cualquier punto de contacto formal e informal que la persona mayor pueda tener con la atención médica.

16 TITULO REFLEXIÓN	<p>“The role of the registered nurse in supporting frailty in care homes” (46). (“El papel de la enfermera registrada para apoyar la fragilidad en los hogares de cuidado”) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29806856 DOI: 10.1007/s12603-017-0987-z.</p>	
NIVEL DE EVIDENCIA 5	AÑO: 2018	LUGAR: Inglaterra
OBJETIVOS	DESARROLLO	CONCLUSIONES
<p>Explorar la fragilidad y el papel de la enfermera en la evaluación de la fragilidad. Se discuten tres aspectos de la atención al paciente: estado nutricional, polifarmacia y ejercicio y función cognitiva, como áreas donde las enfermeras pueden enfocar sus intervenciones.</p>	<p>Elementos considerados en el análisis Al identificar a los pacientes que son frágiles, las enfermeras tienen la oportunidad de trabajar en asociación con pacientes, cuidadores, médicos de cabecera, farmacéuticos y el equipo multidisciplinario (MDT) para abordar los factores que pueden contribuir a la fragilidad, lo que conduce a mejores resultados de salud para los pacientes.</p> <p>Identificación de personas que viven con fragilidad El reconocimiento de la fragilidad es importante para las enfermeras para que los pacientes que viven en hogares de cuidado sean atendidos de manera proactiva.</p> <p>Planificación de la atención: Sin embargo, mediante el uso de una evaluación holística, las enfermeras están en una excelente posición para actuar como gerentes de atención para pacientes frágiles y trabajar en asociación, coordinando la atención individualista.</p> <p>Los pacientes con fragilidad se benefician de un enfoque integral de atención centrado en la persona, que puede reducir los malos resultados y puede reducir los ingresos hospitalarios.</p> <p>Nutrición: Guyonnet et al (2015) sugirieron que los determinantes clínicos de la fragilidad se correlacionan con el estado nutricional en la población de edad avanzada</p> <p>Ejercicio y función cognitiva considerar la importancia del ejercicio con respecto a la fragilidad y la función física. Los programas de ejercicio físico tienen un impacto beneficioso y efectivo en la salud y en el funcionamiento físico y cognitivo</p>	<p>La fragilidad no es una parte inevitable del envejecimiento, pero los pacientes mayores en hogares de ancianos pueden tener varios factores que contribuyen a un mayor riesgo.</p> <p>Para apoyar una evaluación de la fragilidad por parte de la enfermería, se han discutido tres herramientas de evaluación que pueden ayudar a las enfermeras a determinar un diagnóstico de fragilidad. A partir de esta evaluación, la nutrición, la polifarmacia, el ejercicio y la función cognitiva son áreas donde la enfermera puede trabajar en asociación con pacientes, cuidadores y el MDT más amplio para ayudar a los pacientes a reducir el impacto de la fragilidad y mejorar los resultados de salud.</p>

	<p>de los pacientes frágiles Sin embargo, el ejercicio físico no debe considerarse dominio exclusivo de fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales; Las enfermeras y los cuidadores pueden trabajar en colaboración y desempeñar un papel central en hacer del ejercicio físico para los pacientes un componente esencial de su atención.</p>	
--	---	--

**CAPITULO 6: RECOMENDACIONES DE CUIDADO BASADAS
EN EVIDENCIA**

6.1 RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA PRACTICA ASISTENCIAL	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">RECOMENDACIÓN 1:</p> <p>El profesional de enfermería debe promover la realización de actividad física, especialmente cuando es realizada en grupo y combinada con otras intervenciones (evaluación nutricional, entrenamiento cognitivo, enfoque psicosocial, terapia ocupacional, entre otros), ya que disminuye el riesgo de dependencia en las personas mayores.</p>	<p>Esta recomendación se extrajo de la revisión de 9 artículos, de los que se infiere lo siguiente:</p> <p>La realización de ejercicio físico grupal de forma sistemática y continua favorece la funcionalidad de la persona mayor, estudios probaron que el ejercicio grupal tuvo un efecto significativo y beneficioso sobre el funcionamiento físico, en comparación con una atención habitual (31, 45).</p> <p>El ejercicio físico generó mejoras en la velocidad al caminar, la capacidad funcional y las actividades instrumentales de la vida diaria, según una revisión sistemática publicada en Londres.</p> <p>Un artículo publicado en Suecia destaca, la percepción de los adultos mayores, quienes concordaron que es de gran importancia para experimentar una funcionalidad óptima, describieron la salud física como importante, en relación con su estado de salud actual y la importancia de mantener la capacidad / función física y ocuparse uno mismo (mantenerse ocupado) (43, 45)</p> <p>Por otro lado, el ejercicio físico no debe considerarse dominio exclusivo de fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales; las enfermeras y los cuidadores pueden trabajar en colaboración y desempeñar un papel central en hacer del ejercicio físico un componente esencial de la atención para los pacientes, según lo señala un estudio publicado en Inglaterra (45).</p> <p>Estudios realizados en Países Bajos y España revelan que las intervenciones mixtas (ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y el enfoque nutricional) mostraron ser un componente clave contra la discapacidad y dependencia funcional (31, 32, 40)</p> <p>La evidencia actual sugiere que las intervenciones multifactoriales o mixtas (nutrición, ejercicio físico y actividad cognitiva) pueden revertir la fragilidad, mejorando el bienestar y la calidad de vida en los ancianos (45).</p> <p>Un estudio evidenció que usuarios que recibían evaluación nutricional y un programa de actividad física, luego de 12 meses de seguimiento, habían disminuido el porcentaje de evolución a un fenotipo frágil. Declarando que las intervenciones combinadas tenían efectos positivos en poblaciones combinadas pre-frágiles y frágiles (31,32)</p>

	<p>El enfoque de envejecimiento activo, con el que se aborda el envejecimiento en Atención Primaria, está centrado en la funcionalidad, como base para una vida satisfactoria en la vejez, fomenta el aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida, manteniendo la actividad física, para permanecer activo social y mentalmente, a fin de mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables, en las personas mayores (20).</p> <p>La OMS en su informe mundial sobre envejecimiento, declara que cada vez hay mayor evidencia sobre el beneficio para la salud de los adultos mayores, de algunos hábitos claves como la actividad física y la nutrición adecuada, los que pueden tener un efecto reductor del riesgo de enfermedades no transmisibles y del mismo modo pueden ser fundamentales en las estrategias para invertir o retardar el deterioro de la autonomía de las personas (6).</p> <p>El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes considera la estimulación de funciones motoras, cognitivas y de autocuidado, las que, junto a la participación social, constituyen aspectos imprescindibles para la mantención y/o mejora funcional de los adultos mayores (9).</p> <p>Por su parte, la teoría de RLT da importancia al modo en que se realizan las diferentes actividades vitales (AV), ya que se encuentran condicionadas por un continuo movimiento de dependencia-independencia, según diversos factores y la propia individualidad de la persona, por lo que es fundamental fomentar la independencia de la persona en el desarrollo de AVD, a través de la promoción de la actividad física (24).</p> <p>Por lo tanto, se propone impulsar talleres de actividad física para los adultos mayores, siguiendo los lineamientos del “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes”, a través de la creación de un protocolo de implementación de dicho programa.</p>
<p>RECOMENDACIÓN 2: El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la persona en el cuidado de su propia salud (automanejo/autocuidado), permitiendo planificar en forma integral las intervenciones de prevención de la dependencia en la persona mayor.</p>	<p>De la revisión de 6 artículos se extrajo lo siguiente:</p> <p>Los participantes de un estudio realizado en Estados Unidos seleccionaron sus propios objetivos en las estrategias de autogestión para disminuir los factores de riesgo de desarrollar dependencia o fragilidad, destacando la participar social, hacer ejercicio, controlar el dolor y mejorar la actividad significativa (aumentar la actividad social y el voluntariado), obteniendo resultados significativos y positivos (38).</p> <p>El mismo estudio señala que el autocontrol es una forma en que los adultos mayores pueden participar mejorando su salud y su función física general (38).</p>

Según la OMS, proveer a los adultos mayores información y herramientas necesarias para controlar sus enfermedades y apoyar el autocuidado es una útil para proporcionar a los adultos mayores una atención integral, con esto se reconoce su autonomía y capacidad para asumir el control de su cuidado, en consulta y asociación con los profesionales sanitarios, sus familiares y otros cuidadores. Programas de autocuidado han reportado mejoras en los niveles de actividad física, autocuidado, dolor crónico y autoeficacia (6).

La OMS destaca el “Programa de Manejo Personal de Enfermedades Crónicas (Tomando Control de su Salud)” implementado por diversas organizaciones de salud en los Estados Unidos y otros países, el cual ha sido referencia en cuanto a programas de apoyo al autocuidado de las personas mayores, siendo uno de los más documentados, en él, “un equipo de personas no especialistas trabaja con grupos de adultos mayores, los capacita en el manejo de síntomas cognitivos y los aconseja sobre cómo manejar las emociones negativas” (sic) destacando el fomento y desarrollo de líderes legos en salud (6).

En Chile, el “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes” considera la promoción del autocuidado mediante el fortalecimiento de organizaciones sociales en autocuidado de salud de los adultos mayores, vinculado las redes locales intersectoriales con los centros de salud para fomentar estilos de vida saludable y la estimulación de la autonomía funcional de los adultos mayores (16).

La teoría de RLT, contempla la salud como un continuo entre salud y enfermedad y que es responsabilidad de cada individuo, por lo tanto, la enfermería se enfoca en la promoción del autocuidado y la prevención la enfermedad, a través de la atención directa y educación para la salud (5,24,25)

Esta recomendación viene a complementar la anterior, en cuanto a la implementación del Programa MAS, fomentando del autocuidado, a través de talleres de ejercicios y participación social en base a los lineamientos que presenta dicho programa. Por otra parte, en cada atención de salud, promover educaciones enfocadas en el automanejo mediante talleres educativos y entrega de guías anticipatorias.

<p style="text-align: center;">RECOMENDACIÓN 3:</p> <p>Al profesional de enfermería le compete la incorporación del modelo de “gestión de casos” como parte de las acciones de enfermería en atención primaria, para prevenir la dependencia en adultos mayores</p>	<p>Según la revisión de 9 artículos se pudo extraer que:</p> <p>Estudios incorporaron la gestión de caso centrada en la atención de enfermería individualizada, para realizar una valoración integral relacionada con la salud, aspectos psicosociales, evaluación del estado funcional y cognitivo, con el fin de favorecer la atención temprana y mantener nivel de funcionalidad de la persona mayor (32,33)</p> <p>El manejo de casos junto con otras intervenciones fue efectivo para las personas mayores con discapacidad leve o moderada, reduciendo el riesgo de institucionalización, manteniéndola en sus hogares y su funcionalidad al desarrollar AVD (33).</p> <p>Un estudio realizado en Polonia demostró una mejoría del estado funcional del paciente y menor riesgo de úlceras por presión, proporcionando evidencia de que los programas de atención individualizada y la gestión de casos, es una forma efectiva de atención para personas mayores. El mismo estudio mostró que el rendimiento funcional medio de todos los pacientes aumentó significativamente mejorando en todas las áreas de actividades de la vida diaria. (36).</p> <p>Estudios señalaron la efectividad de la gestión de casos para coordinar la atención a personas con necesidades complejas y para apoyar a los cuidadores informales, en especial si se combina con otros servicios (32, 36)</p> <p>La gestión de caso, realizada por enfermeras permitió coordinar consultas con servicios de urgencias, personal geriátrico y centros de salud comunitario, derivando a tiempo según la necesidad del adulto mayor. Esta intervención se asoció con una tasa significativamente reducida de alteración funcional o muerte del paciente (37).</p> <p>Según un estudio realizado en Suecia, la gestión de casos aumentó las tasas de derivación al médico de atención primaria. Se reportaron casos en que el paciente había tenido consultas en otros servicios, identificando numerosos problemas nuevos o no compensados (37). La utilización del modelo “gestión de caso” fortalece la atención en red, lo que disminuye la segmentación de los cuidados entregados a la persona mayor</p> <p>Según estudios, la gestión de caso centrada en aspectos psicosociales resultó en una diferencia significativa con respecto a la soledad, los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida, factores que mejoraron en forma positiva (35).</p> <p>Una revisión sistemática señaló que el entorno psicosocial y aspectos como el estado de ánimo, el estado cognitivo y la soledad podían ser determinantes importantes de la fragilidad y el deterioro funcional (31)</p> <p>La aplicación del modelo “gestión de casos” permite la realización de una evaluación individualizada de la persona mayor, beneficiando su capacidad funcional. Según el</p>
---	---

	<p>Modelo de gestión de caso del MINSAL, el adulto mayor en estado de fragilidad muchas veces resulta abandonando el sistema, por cansancio o incomprensión del proceso, otorgar un trato personalizado y cercano, con conocimiento de su situación, de su contexto, tendrá un efecto positivo inmediato, permitiendo retardar o evitar la dependencia (47).</p> <p>Desde la mirada de la teoría, según RLT, la enfermería se centra en tratar de dar una respuesta a los problemas de salud de las personas, mediante planes individualizados que consideran los factores que influyen en las actividades vitales, las capacidades que tiene cada individuo para realizarlas y el nivel de funcionalidad que logra en el transcurso de su vida (5,24,25), esto se ajusta al modelo de gestión de casos ya que orienta la enfermería hacia planes de cuidados personalizados que abarquen las necesidades individuales y el contexto de vida de la persona.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se propone establecer un programa de gestión de caso para dar seguimiento a aquellos adultos mayores que presenten mayor riesgo de desarrollar dependencia o fragilidad, mediante un protocolo de gestión de caso.</p>
<p>RECOMENDACIÓN 4: La protocolización de los cuidados de enfermería usando un enfoque geriátrico, permiten al profesional de enfermería, la detección temprana de fragilidad y la prevención de factores de riesgo que generan dependencia funcional en la persona mayor.</p>	<p>Esta recomendación hace referencia a 10 artículos que indican que:</p> <p>Realizar una valoración estandarizada con enfoque geriátrico e integral permite enfocar la atención a las necesidades de las personas mayores, una publicación en Francia señala que esto se asocia con mejores resultados en las atenciones de adultos mayores. Del mismo modo indica los beneficios de utilizarla incluso en ambiente hospitalario, aumentando la independencia de las personas, siendo más probable que vuelvan a casa después de una hospitalización, en comparación con la atención médica estándar, además, reduce la mortalidad (45).</p> <p>En Inglaterra, para ayudar y guiar a las enfermeras en una atención personalizada, se desarrollaron planes de atención basados en evidencia para afecciones geriátricas comunes, como caídas, incontinencia urinaria y problemas de nutrición (42).</p> <p>De acuerdo con lo señalado por un estudio realizado en Turquía, los principios integrales de enfermería pueden ser una guía en la evaluación holística y la planificación del cuidado de los ancianos. Las enfermeras que brindan atención de acuerdo con estos principios pueden contribuir a una mayor satisfacción de las personas mayores (40).</p> <p>La evaluación de enfermería estandarizada permitió identificar numerosos problemas nuevos o no compensados, algunos de los cuales podrían haber quedado sin reconocer, según un estudio realizado en Canadá (37).</p>

La entrega de cuidados individualizados permite obtener mejores resultados en la prevención de la dependencia en los adultos mayores. Un estudio evidenció que los adultos mayores como grupo son heterogéneos en términos de sus preferencias y puntos de vista sobre la salud y, por lo tanto, deben abordarse como tales en el entorno de la atención de salud, por lo tanto, es importante promover un enfoque individualizado como base cuando se atiende a adultos mayores (43).

Por otro lado, en una revisión sistemática se evidenció que una intervención multifactorial e interdisciplinaria que consiste en una atención a domicilio individual y personalizada de acuerdo a una evaluación geriátrica integral mostraba mejores resultados en la prevención de la dependencia funcional (31)

Los instrumentos diseñados para detección de fragilidad y su implementación rutinaria para identificar a las personas mayores en riesgo de eventos adversos, facilita la atención dirigida por enfermeras planificando la atención basada en evidencia, según lo señalado por un estudio en los países Bajos. El mismo estudio revela que el reconocimiento de la fragilidad por parte de las enfermeras es importante para que los pacientes que viven en hogares de cuidado sean atendidos de manera proactiva. Cabe destacar que existe un alto porcentaje de adultos mayores que se considera pre-frágil y podría ser el objetivo de intervenciones para la prevención o tratamiento de la fragilidad o dependencia funcional (30)

La implementación de instrumentos estandarizados, en la práctica de atención primaria podría representar un avance importante en la atención de las personas mayores con fragilidad, a través de la provisión de atención más apropiada y orientada a objetivos, derivación para intervenciones de atención secundaria y los servicios especializados, por ejemplo, los servicios contra el cáncer, según indica este estudio. Del mismo modo, refiere que los instrumentos validados para detectar la fragilidad pueden presentar una eficacia predictiva para identificar a las personas mayores que tienen un mayor riesgo de ingreso en un hogar de ancianos en el futuro o de pérdida de su autonomía. Si las enfermeras identifican los factores predictores de fragilidad o discapacidad, pueden entregar una evaluación más integral de la persona mayor (30)

De acuerdo con lo recomendado por la OMS, el enfoque de atención frente al envejecimiento requiere transformar los sistemas de salud desde el modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores. Se ha demostrado que las evaluaciones y los planes de intervenciones personalizadas, previenen muchas consecuencias negativas y factores de riesgo

	<p>asociados a la salud en las personas mayores, incluidos un menor tiempo de supervivencia y la dependencia de cuidados (6).</p> <p>“Los planes de atención integral incluyen los objetivos de la persona mayor, cómo se alcanzarán, las funciones que desempeñarán los distintos sectores del sistema social y de salud, y un plan de seguimiento y reevaluación” (6). Estandarizar un plan de asistencia sirve para unificar acciones y como parámetro de progreso con respecto a las metas y objetivos que se establezcan en la atención de la persona mayor.</p> <p>La fragilidad comprende un deterioro que afecta varios órganos, su evolución difiere de una persona a otra, pudiendo ser reversible en algunos casos, debido a esto, una estrategia clínica clave es utilizar las evaluaciones geriátricas integrales para determinar el grado de fragilidad de los adultos mayores (6).</p> <p>Respecto a la teoría de enfermería, como se ha mencionado, el modelo de RLT evalúa la realización de actividades vitales que transitan por un continuo de independencia-dependencia, y los factores que influyen en ellas, para definir la capacidad de la persona mayor en cuanto a mantener su salud y prevenir la enfermedad, por lo tanto, este modelo contribuye a definir el grado de fragilidad o dependencia en los adultos mayores (5,25).</p> <p>En relación con lo expuesto, esta recomendación complementa la anterior, al protocolizar los cuidados de enfermería utilizando un enfoque geriátrico, que permita identificar factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad y/o dependencia funcional en los adultos mayores, a través del diseño de una pauta de valoración estandarizada o aplicación de un índice de fragilidad para definir intervenciones según protocolo de atención al adulto mayor con fragilidad.</p>
<p>RECOMENDACIÓN 5: La utilización de tecnología (teleenfermería/telecuidado) facilita a los profesionales de enfermería, la entrega de cuidados, transformándose en una herramienta de utilidad para prevenir la dependencia en adultos mayores.</p>	<p>Desde la revisión de 4 artículos se extrajo lo siguiente:</p> <p>En un estudio realizado en Suecia, los adultos mayores de todos los grupos comentaron la importancia de la tecnología como herramientas de asistencia, que permitan una atención de salud accesible y de alta calidad, crucial para experimentar una funcionalidad óptima (43).</p> <p>Al comparar la telemonitorización con la atención habitual en un estudio controlado, aleatorizado, el seguimiento del grupo de intervención mostró que puede haber una relación positiva en la transición de pre-frágil a no frágil, pese a ser un porcentaje bajo de usuarios que se evaluaron (31)</p> <p>En Reino Unido, otra investigación reveló que los cuidadores o familiares de adultos</p>

mayores, percibían que los dispositivos de teleasistencia eran útiles y funcionales, proporcionando tranquilidad al cuidador frente a la seguridad del paciente. Además de reconocer las ventajas de usar un equipo de tecnología de asistencia para satisfacer las necesidades de los adultos mayores, para permitir que las personas vivan de manera más segura e independiente en su propio hogar durante más tiempo (42).

De acuerdo a la OMS, las nuevas tecnologías, en especial las que facilitan la comunicación e integración social, las que aportan al desarrollo del aprendizaje y las que permiten vigilar y garantizar la seguridad de una persona mayor, pueden ser útiles en el fomento de la autonomía en el envejecimiento, mediante la creación de entornos adaptados a las personas mayores que permitan la movilidad, comunicación y participación de los adultos en actividades básicas, mejorando la calidad de vida de las personas mayores (6).

Los avances en las tecnologías de información y comunicación (TIC) se están utilizando en todo el mundo para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, en la Unión Europea, por ejemplo, se estima que, con la introducción de las TIC y la telemedicina, la eficacia de la atención de la salud mejoró en un 20 %. “La ciber salud está cambiando el modo en que se prestan los servicios de salud y la forma en que funcionan los sistemas de salud en muchos países” (sic) (6). Las historias clínicas electrónicas y los sistemas de información relacionados pueden captar, organizar y compartir información sobre pacientes individuales y poblaciones clínicas, mejorando la planificación de la asistencia que recibirán, realizar seguimiento al tratamiento y evaluar los resultados de salud. La telemedicina y las consultas a distancia permiten también mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno, cuando no se encuentran disponibles a nivel local.

Actualmente la CORMUVAL cuenta con sistema de ficha clínica electrónica para cada CESFAM, (incluyendo el CESFAM Las Cañas) a través de la plataforma AVIS, empresa que provee servicios y desarrollo de tecnologías como software y hardware aplicados a la salud. Esta plataforma entrega distintos servicios, que facilitan el acceso y seguimiento de los pacientes, entre ellos está una nueva aplicación para teléfonos móviles, disponible en el mercado hace un par de años, llamada “Mi Historia Clínica-online” la cual está destinada a los usuarios (y familiares autorizados), y que tiene como fin acceder a su historia clínica para facilitar el apoyo en el cuidado de su salud, mediante recordatorios de medicamentos, citas, acceso a lectura de exámenes, solicitud de consulta médica, cambiar o cancelar citas agendadas, entre otras.

	<p>Por lo tanto, se sugiere considerar los beneficios de esta aplicación e implementarla para el uso de los usuarios adultos mayores y sus familiares y así mejorar la calidad de vida de las personas y aumentar su autonomía.</p>
<p>RECOMENDACIÓN 6: La realización de intervenciones de enfermería (actividades educativas, domiciliarias o asistenciales), de forma sistemática, continua y a largo plazo disminuye el riesgo de deterioro funcional en la persona mayor.</p>	<p>De acuerdo con 4 artículos de la revisión, se obtiene que: Un estudio reflejó que los efectos del ejercicio cedieron luego de 12 o 24 semanas después de que finalizó la intervención, por lo tanto, para mantener los efectos del ejercicio es necesario una intervención continua (31). Las intervenciones que tuvieron seguimiento durante al menos un año reflejaron mayor porcentaje de usuarios adherentes, de los cuales ninguno evolucionó a fragilidad en comparación con aquellos que no adhirieron a la intervención, observándose diferencias significativas en factores como mantención de un peso adecuado, velocidad al caminar, capacidad funcional y aumento de la actividad física, de acuerdo con lo expuesto en un estudio realizado en España. El mismo estudio, señala que los participantes en los grupos de intervención desarrollaron menor deterioro funcional con efecto estadísticamente significativo luego de 12 meses de seguimiento (40). En Francia, una publicación señaló la importancia de que los adultos mayores sean examinados de manera rutinaria por fragilidad en cualquier punto de contacto formal e informal que la persona mayor pueda tener con la atención médica (45). Según un estudio realizado en Colombia, las acciones continuas de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado permiten revertir limitaciones en condiciones funcionales de dependencia moderada a leve y de leve a independiente (37). Desde la teoría de RLT, las personas serían seres individuales y autónomos, con percepciones propias frente a su salud y, por lo tanto, con ideas y creencias particulares sobre el manejo de su enfermedad, y para los cuales, enfermería busca promover la autonomía, aunque exista discapacidad (5,24,.25) Para esta recomendación, se propone entonces crear un flujograma de seguimiento para la atención de personas que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad, que permita tener continuidad de la atención.</p>

RECOMENDACIONES PARA LA DISCIPLINA

**Recomendación 7:
La realización de capacitación
continua con enfoque geriátrico
permite al profesional de
enfermería, la entrega de cuidados
integrales y de calidad en las
personas mayores.**

3 artículos respaldan esta recomendación, señalando que:

Un artículo en Francia señala que, el primer paso para prevenir la discapacidad en adultos mayores frágiles es crear conciencia sobre la fragilidad entre las autoridades de salud pública, los profesionales y la población en general. La atención primaria es el primer punto de contacto para los servicios de salud en muchos países y es la clave para la prevención eficaz de la discapacidad y la gestión de la atención de las personas frágiles (45)

Según un estudio realizado en Turquía, las enfermeras integradoras prefieren prácticas basadas en evidencia para intervenciones tradicionales y nuevas que promueven la curación de una persona como un todo. La enfermera debe tener un enfoque de atención integral (41)

Para ayudar y guiar a las enfermeras en la prueba de atención personalizada, se desarrollaron planes de atención basados en evidencia para afecciones geriátricas comunes, las enfermeras participantes del estudio fueron ampliamente capacitadas, según estudio realizado en los Países Bajos (30).

En el documento de la OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, se cuestiona que muchos de los programas de capacitación en salud, utilizados en la actualidad fueron desarrollados en el siglo pasado, considerando las enfermedades infecciosas agudas como principales problemas de salud, resultando en profesionales que no están bien preparados frente a la perspectiva holística necesaria en la atención de personas mayores, teniendo en cuenta sus prioridades y necesidades. Por lo tanto, ampliar los conocimientos y la capacidad en materia de atención geriátrica es, esencial para todas las profesiones vinculadas a la salud (6)

Las pautas de la OMS para transformar y ampliar la capacitación y educación de los profesionales de la salud incluyen recomendaciones clave a fin de aumentar la cantidad, la calidad y la idoneidad de los profesionales de la salud (6)

El Programa Nacional de Salud de la Personas Adultas Mayores considera la necesidad de equipos de atención capacitado en mirada geriátrica, además de buenos instrumentos para mejorar los procesos de atención entre todos los sectores de la red asistencial (8).

En razón a lo anterior, se propone capacitar al equipo de salud, en especial al equipo de enfermería en cuanto al enfoque integral geriátrico para el abordaje adecuado de las personas mayores, a través de un curso o taller de capacitación realizado por entidades educativas validadas o reconocidas por el estado.

6.2 VALIDACIÓN DE RECOMENDACIONES.

Para la validación de las recomendaciones se coordinó una reunión con la Enfermera Coordinadora y encargada del Programa del Adulto Mayor, la Enfermera del Programa de Calidad y la Enfermera encargada del Programa de Dismovilizados (para el año 2019) del CESFAM Las Cañas, todas ellas con más de 5 años de experiencia en la atención directa a usuarios adultos mayores y con experiencia a cargo de los programas antes mencionados, además de tener experiencia en el trabajo con la población e idiosincrasia de los usuarios pertenecientes al CESFAM.

También participó de la validación de recomendaciones, el encargado del programa del Adulto Mayor a nivel del departamento de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, kinesiólogo, quien cuenta con más de 3 años de experiencia a cargo de dicho programa. Se solicitó además la colaboración de otras dos enfermeras externas que trabajan hace más de 5 años de forma directa con usuarios y son parte de la jefatura de los programas del adulto y adulto mayor de otro CESFAM de la Corporación Municipal de Valparaíso.

A cada participante se le solicitó su colaboración y opinión durante una reunión presencial en donde se explicó el objetivo de la investigación y los resultados de la búsqueda bibliográfica, exponiendo cada recomendación formulada y su fundamentación de acuerdo con la evidencia encontrada; luego se envió vía correo electrónico un formulario tipo encuesta Likert para validar dichas recomendaciones según 3 ámbitos de valoración:

- Pertinencia, es decir, qué tan adecuada, oportuna y conveniente es la recomendación.
- Aplicabilidad, es decir, qué tan posible es aplicar dicha recomendación.
- Claridad, es decir, si la recomendación está expresada de forma que es entendible

(E1: enfermera 1, E2: enfermera 2, E3: enfermera 3, EP: encargado del programa del Adulto Mayor en Corporación Municipal, EC 1: enfermera colaboradora 1, EC2: enfermera colaboradora 2)

RECOMENDACIÓN	E	Aplicabilidad	Pertinencia	Claridad	TOTAL
1. El profesional de enfermería debe promover la realización de actividad física, especialmente cuando es realizada en grupo y combinada con otras intervenciones (evaluación nutricional, entrenamiento cognitivo, enfoque psicosocial, terapia ocupacional, entre otros), ya que disminuye el riesgo de dependencia en las personas mayores.	E1	1	3	3	42
	E2	1	3	3	
	E3	1	3	3	
	EP	1	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	2	3	2	
2. El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la persona en el cuidado de su propia salud (automanejo/autocuidado), permitiendo planificar en forma integral las intervenciones de prevención de la dependencia en la persona mayor.	E1	2	3	3	49
	E2	2	3	3	
	E3	3	3	3	
	EP	1	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	3	3	2	
3. Al profesional de enfermería le compete la incorporación del modelo de “gestión de casos” como parte de las acciones de enfermería en atención primaria, para prevenir la dependencia en adultos mayores	E1	2	2	3	47
	E2	2	3	3	
	E3	2	3	3	
	EP	2	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	2	2	3	
4. La protocolización de los cuidados de enfermería usando un enfoque geriátrico, permiten al profesional de enfermería, la detección temprana de fragilidad y la prevención de factores de riesgo que generan dependencia funcional en la persona mayor.	E1	3	3	3	52
	E2	2	3	3	
	E3	2	3	3	
	EP	3	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	3	3	3	

RECOMENDACIÓN	E	Aplicabilidad	Pertinencia	Claridad	TOTAL
5. La utilización de tecnología (teleenfermería/telecuidado) facilita a los profesionales de enfermería, la entrega de cuidados, transformándose en una herramienta de utilidad para prevenir la dependencia en adultos mayores	E1	1	3	3	45
	E2	2	2	3	
	E3	2	2	3	
	EP	1	3	3	
	EC1	2	3	3	
	EC2	3	3	3	
6. La realización de intervenciones de enfermería (actividades educativas, domiciliarias o asistenciales), de forma sistemática, continua y a largo plazo disminuye el riesgo de deterioro funcional en la persona mayor.	E1	3	2	2	45
	E2	2	2	2	
	E3	2	2	2	
	EP	2	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	3	3	3	
7. La realización de capacitación continua con enfoque geriátrico, permite al profesional de enfermería, la entrega de cuidados integrales y de calidad en las personas mayores.	E1	3	3	3	54
	E2	3	3	3	
	E3	3	3	3	
	EP	3	3	3	
	EC1	3	3	3	
	EC2	3	3	3	

6.3 ANALISIS DE LA VALIDACIÓN: FACTORES FAVORECEDORES Y ENTORPECEDORES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES.

Se eligió usar una escala de puntuación tipo Likert por la facilidad para cuantificar de forma numérica un ámbito a evaluar según la opinión de los encuestados, permitiendo una calificación sumativa final (44, 45). Para dar puntaje se aplicó una escala de 3 opciones, tipo dicotómica con un nivel intermedio, para valorar según “nivel de acuerdo” con la aseveración planteada en cada recomendación; en donde 1 representa a “en desacuerdo y 3 a “de acuerdo”. Los enunciados de cada recomendación fueron planteados como aseveraciones en sentido neutro para evitar confusión al momento de valorar.

Esta escala se aplicó en cada ámbito (claridad, aplicabilidad y pertinencia), cada ámbito se evalúa con un total de 18 puntos máximo y 6 puntos mínimo, los cuales se suman en una sumatoria para obtener un puntaje final que podía fluctuar entre 54 (puntaje máximo) y 18 (puntaje mínimo) dado por el número de participantes en la validación, que en este caso fueron 6 personas.

Para el análisis de datos, se siguió como ejemplo el instrumento AGREE II para porcentualizar los puntajes de las recomendaciones, tomando la media y los valores máximo y mínimo, se dividió el puntaje final en 3 niveles o baremos de “aceptación” de las recomendaciones, considerando puntajes entre 18 y 31 puntos de un nivel bajo, entre 32 y 44 puntos, de nivel medio y entre 45 a 54 puntos de nivel alto, quedando así definido como puntaje favorable aquellos mayores a 45 puntos (45, 46) indicando de esta forma la posibilidad de implementarse a corto o largo plazo, dentro del CESFAM, considerando como posibles de llevar a cabo, aquellas que lograron un puntaje ≥ 45 puntos, lo que corresponde a 75%. Es posible señalar que la mayoría obtuvo un puntaje positivo y favorable en la evaluación de los ámbitos que componen las recomendaciones.

Desde el análisis se puede desprender que las recomendaciones, con mayor puntaje fueron aquellas que son susceptibles de implementarse, particularmente aquellas que obtuvieron mayor valoración en el ítem de aplicabilidad.

A continuación, se enumeran en orden descendiente aquellas recomendaciones con mayor probabilidad de implementación:

1.- **“La realización de capacitación continua con enfoque geriátrico, permite al profesional de enfermería, la entrega de cuidados integrales y de calidad en las personas mayores”**, es la que obtuvo mayor puntaje, 54 puntos (100%), en todos los ámbitos evaluados, indicando que podría ser implementada en un corto plazo. Todas las participantes entrevistadas estuvieron de acuerdo en la importancia de mantener una capacitación continua, estar actualizado y preparado en cuanto al enfoque geriátrico y manejo de los adultos mayores, para saber enfrentar las necesidades de la población mayor; la única dificultad que podría tener para llevarse a cabo, sería el depender de los convenios que pueda gestionar la CORMUVAL con una institución educativa validada o reconocida por el estado para certificar esta capacitación, pues una de las preocupaciones manifestada, principalmente por el grupo de enfermeras pertenecientes al CESFAM Las Cañas, fue el nivel teórico - práctico que pueda entregar dicho perfeccionamiento.

2.- **“La protocolización de los cuidados de enfermería usando un enfoque geriátrico, permiten al profesional de enfermería, la detección temprana de fragilidad y la prevención de factores de riesgo que generan dependencia funcional en la persona mayor”**, fue la segunda en obtener un puntaje alto, con 52 puntos (94%), ésta obtuvo puntaje máximo en los tópicos pertinencia y claridad, sin embargo, en aplicabilidad el puntaje disminuye, sin embargo aún dentro de rangos altos (17 de 18 puntos para esa característica), lo cual se asocia a la falta de recurso humano y la escasez de horas destinadas a trabajo administrativo y de gestión, priorizando la atención directa al usuario. Si bien, protocolizar los planes de cuidado de enfermería y el saber reconocer la fragilidad es percibido como una necesidad para mejorar la atención al adulto mayor, esta recomendación requiere cambios a nivel organizacional para poder llevarse a cabo; del mismo modo, debe procurarse generar los tiempos necesarios para aplicar los planes de atención propuestos en dicho protocolo y el recurso humano para llevarlos a cabo, por lo tanto, esta recomendación podría implementarse, pero a un largo plazo.

3.- **“El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la persona en el cuidado de su propia salud (automanejo/autocuidado), permitiendo planificar en forma integral las intervenciones de prevención de la dependencia en la persona mayor”**, esta recomendación obtuvo un puntaje de 49 puntos (86%), principalmente los tópicos de pertinencia y claridad fueron evaluados con puntajes altos (18 y 17 puntos respectivamente), mientras que el tópico aplicabilidad fue el ítem que presentó una valoración menor (14 puntos), las enfermeras entrevistadas asociaron este factor a la idiosincrasia de la población adulta mayor adscrita al CESFAM, acostumbrada a un sistema paternalista de

salud, con baja participación en su autocuidado y con un nivel educacional menor, por lo que se necesitan talleres que sean prácticos, fáciles de aplicar y que entreguen información concreta.

Otro factor que dificulta su aplicabilidad es la falta de tiempo que pueda destinarse a la realización de talleres grupales y el lugar físico para desarrollarlos, por lo que esta recomendación podría implementarse, pero en un mediano plazo.

Esta situación se puede mejorar utilizando guías anticipatorias las cuales son herramientas educativas para promover acciones o conductas saludables, principalmente en formato impreso para poder entregar a los usuarios durante los controles de salud, en ellas la información debe ser clara y adecuada a las características de la población objetivo, no obstante, esta acción también requeriría de tiempo administrativo para poder diseñar dichas guías.

4.- **“EL profesional de enfermería debe incorporar modelo de “gestión de casos” como parte de las acciones de enfermería en atención primaria, para prevenir la dependencia en adultos mayores** arrojó un total de 47 puntos (80%) en los ámbitos de claridad y pertinencia obtuvo 18 y 16 puntos respectivamente, la pertinencia disminuye su puntuación, pero dentro de parámetros altos (mayor a 13 puntos), respecto a la aplicabilidad, esta baja su puntuación a 13 puntos, bordeando un nivel medio de aceptación, lo cual se explica según los entrevistados, por el modelo de atención vigente, para poder integrar la gestión de casos, se debe tener un cambio de paradigma en la atención al adulto mayor que presenta algún grado de dependencia. El modelo de gestión de casos posee un enfoque integrador que incluye el seguimiento y planes de cuidado individualizados; esta recomendación presenta las mismas dificultades descritas anteriormente, puesto que se necesita asignar recursos humanos y horas administrativas para elaborar y llevar a cabo un plan de seguimiento e intervenciones personalizadas. Los entrevistados concordaron con la importancia de intervenir a tiempo y en conformidad a las necesidades de las personas mayores para prevenir el avance de la dependencia funcional, pero los recursos para implementarlo son limitados, necesitando incorporar un nuevo cargo para poder dirigir las intervenciones que sean necesarias, por tanto, esta recomendación podría establecerse, pero en un largo plazo.

5.- **“La utilización de tecnología (teleenfermería/telecuidado) facilita a los profesionales de enfermería, la entrega de cuidados, transformándose en una herramienta de utilidad para prevenir la dependencia en adultos mayores”**, obtuvo 45 puntos (75%) en total, siendo los ítems de claridad y pertinencia los con mayor puntuación, pero la aplicabilidad obtiene un puntaje bajo (11 puntos) lo cual se asocia a la falta de recursos y conocimientos para implementar nuevas tecnologías. Si bien hoy existe un recurso vinculado a la

plataforma de ficha electrónica que utilizan los CESFAM de la red de CORMUVAL que podría facilitar algunas atenciones para los adultos mayores, se debe contratar como un servicio aparte del que entrega la ficha electrónica.

Por otro lado, considerando las características de la población adulta mayor, se hace difícil implementar sistemas tecnológicos sin la participación o ayuda de la familia, y si bien cada día son más los adultos mayores que están integrados al uso de nuevas tecnologías y redes sociales, el uso de un nuevo sistema podría requerir tiempo para poder aprender a usarlo.

Por lo tanto, esta recomendación requiere de mayor tiempo para poder implementarse, pues depende tanto de recursos económicos, como de habilidades propias del adulto mayor para poder usarlo.

6.- “La realización de intervenciones de enfermería (actividades educativas, domiciliarias o asistenciales), de forma sistemática, continua y a largo plazo disminuye el riesgo de deterioro funcional en la persona mayor”. Al igual que la recomendación anterior, esta obtuvo un puntaje total de 45 puntos (75%). Los profesionales que realizaron la evaluación de esta recomendación indican que esta se encuentra “poco clara” al definir el tipo de intervenciones de enfermería que se requería sistematizar, por lo que fue replanteada, quedando finalmente redactada como se expone finalmente, sin embargo, a pesar de realizar cambio en la redacción de esta, continuó manteniendo un puntaje bajo, obteniendo 15 puntos por cada ámbito, esto debido a que, para llevarse a cabo es necesario contar con una mayor cantidad de recurso humano o de horas de atención para mantener intervenciones tales como aquellas de tipo educativas, domiciliarias, o asistenciales, a largo plazo. Si bien los validadores estuvieron de acuerdo con el beneficio que significa mantener en el tiempo las actividades que se enfocan en mejorar la funcionalidad del adulto mayor, señalaron que es necesario contar con personal que realice en forma constante dichas actividades, lo que en la actualidad es complejo debido a la sobrecarga asistencial del profesional de enfermería; por lo tanto, esta recomendación es posible implementarla, pero a un largo plazo. Dichas actividades se realizan actualmente en cada control, pero de forma aislada en el tiempo.

7.- “El profesional de enfermería debe promover la realización de actividad física, especialmente cuando es realizada en grupo y combinada con otras intervenciones (evaluación nutricional, entrenamiento cognitivo, enfoque psicosocial, terapia ocupacional, entre otros), ya que disminuye el riesgo de dependencia en las personas mayores”. la validación arrojó 42 puntos (66%) en total, siendo una de las dos recomendaciones con menor puntaje de todas las evaluadas y en un nivel medio de aceptación. En el tópico aplicabilidad solo logró el un mínimo de puntuación (9 puntos), donde los evaluadores indicaron que se

asocia principalmente a la falta de infraestructura adecuada para la realización de talleres de actividad física, sumado a la dificultad que presenta la geografía propia de Valparaíso y del lugar en que se encuentra el CESFAM para facilitar el acceso a los adultos mayores a dichos talleres. Por otra parte, una de las características de la población adulta mayor que pertenece a este centro de salud, es la baja realización de actividad física, por lo que esta recomendación depende de la motivación que tengan las personas para asistir a dichos talleres; no obstante, en la práctica, la experiencia de otros centros de salud que cuentan con el programa “Más Adultos mayores autovalentes” MAS, ha sido exitosa e indican una buena adherencia de los usuarios, obteniendo resultados positivos. Esta recomendación podría implementarse, bajo la asociación y apoyo de este programa, sin embargo, a un largo plazo, debido a los cambios estructurales que necesita (lugar físico y recurso humano).

**CAPITULO 7: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DE RECOMENDACIONES**

7.1 PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN			
ESTRATEGIA GENERAL			
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
1.- Socialización de las recomendaciones	Coordinar reunión con director del CESFAM, jefes de programa y enfermeras que participan del Programa de salud del adulto mayor, para dar a conocer recomendaciones y plan de implementación	Nº de reuniones realizadas	Acuerdos establecidos en acta de reunión
	Presentar recomendaciones a CORMUVAL por medio de reunión con el encargado del Programa del adulto mayor (Kinesiólogo)	Nº de reuniones realizadas	Registro y acta de reunión
	Capacitar al equipo de enfermeras del CESFAM sobre uso e implementación de las recomendaciones a través de un programa de educación de recomendaciones reforzando enfoque geriátrico.	% de Enfermeras capacitadas en uso de recomendaciones	$\frac{\text{Nº de enfermeras/os de CESFAM Las Cañas participantes del programa de salud del adulto mayor que reciben capacitación sobre recomendaciones propuestas}}{\text{Nº de enfermeras/os de CESFAM Las Cañas participantes del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
2.- Definir a la persona responsable de ejecutar el plan de implementación en el CESFAM	Reunión con director y equipo de salud para definir características del cargo	Nº de reuniones realizadas	Existencia del perfil del cargo
	Crear perfil del cargo según competencias	Perfil elaborado	
	Establecer responsable del plan de implementación, en conjunto con el director y enfermera coordinadora del CESFAM	Asignación de responsable del plan de implementación	Nombramiento de responsable a cargo

PLAN IMPLEMENTAACIÓN RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN 1: La realización de capacitación continua con enfoque geriátrico, permite al profesional de enfermería, la entrega de cuidados integrales y de calidad en las personas mayores

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
Establecer programa de capacitación con enfoque geriátrico para enfermeras participantes del programa de salud del adulto mayor	Evaluar en conjunto con CORMUVAL programas de capacitación para profesionales de enfermería, su disponibilidad y acceso	% de cupos para capacitaciones dirigidas a enfermeras	Nº de enfermeras/os de CESFAM Las Cañas participantes del programa de salud del adulto mayor capacitadas $\frac{\text{Nº de enfermeras/os capacitadas}}{\text{Nº de enfermeras/os del programa}} \times 100$ Nº de enfermeras/os de CESFAM Las Cañas participantes del programa de salud del adulto mayor
	Designar cupos para capacitaciones dirigidas a enfermeras del CESFAM Las Cañas		
	Coordinar con universidad o centro de estudios, capacitación con enfoque geriátrico dirigido a enfermeras del CESFAM Las Cañas		

RECOMENDACIÓN 2:

La protocolización de los cuidados de enfermería usando un enfoque geriátrico, permiten al profesional de enfermería, la detección temprana de fragilidad y la prevención de factores de riesgo que generan dependencia funcional en la persona mayor

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
Creación instrumento de valoración del adulto mayor con cuidados estandarizados usando enfoque geriátrico para detectar fragilidad	Elaborar y diseñar instrumento de valoración del adulto mayor que se utilice para detectar fragilidad y que contenga cuidados estandarizados bajo un enfoque geriátrico	Diseño del instrumento	Existencia de Instrumento de valoración
	Validar instrumento con grupo de enfermeras que tengan conocimiento en enfermería geriátrica, enfermeras a cargo del programa de salud del adulto mayor y/o que participen de él, mediante escala de Likert	% de aprobación del instrumento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras con conocimiento en enfermería geriátrica y que participan del programa de salud del adulto mayor, que aprueban la aplicación del instrumento elaborado}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeras con conocimiento en enfermería geriátrica y que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
	Presentar al equipo del CESFAM propuesta de hoja de valoración del adulto mayor que estandarice cuidados de enfermería usando enfoque geriátrico para detectar fragilidad.	Reunión con equipo del CESFAM para presentar propuesta	Registro y actas de reunión
	Proponer fecha de marcha blanca para utilización del instrumento por parte del equipo de enfermería que participa del programa de salud del adulto mayor.	Nº de controles del adulto mayor con registro de instrumento de valoración	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de instrumentos aplicados en control de adulto mayor}}{\text{N}^\circ \text{ de controles de adulto mayor realizados}} \times 100$

	Evaluar marcha blanca de la aplicación del instrumento de valoración, e identificar factores favorecedores y entorpecedores de su uso	Pauta de evaluación del instrumento propuesto, por medio de escala de Likert que evalúe aspectos cuantitativos y cualitativos (aplicabilidad, tiempo de registro, claridad de las preguntas, estructura o simple, funcionalidad y certeza) que superan % de aprobación	$\frac{\text{Nº de pautas de evaluación de instrumento con puntaje satisfactorio}}{\text{Nº de pautas de evaluación de instrumento aplicadas}} \times 100$
	Implementar instrumento de forma digital	Reunión con directivos de CORMUVAL del área técnica-informática	Existencia del instrumento en ficha clínica electrónica

RECOMENDACIÓN 3:

El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la persona en el cuidado de su propia salud (aut manejo/autocuidado), permitiendo planificar en forma integral las intervenciones de prevención de la dependencia en la persona mayor

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
Creación de catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y prevención de la dependencia en adultos mayores	Diseñar y elaborar catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y la prevención de la dependencia en adultos mayores	Elaboración de catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos	Catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos elaborado
	Presentar catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y la prevención de la dependencia en adultos mayores, a	Reunión de presentación de catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos, con director del CESFAM Las	

	director del CESFAM Las Cañas y enfermeras participantes del programa de salud del adulto mayor	Cañas y enfermeras participantes del programa de salud del adulto mayor	
	Validar catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y la prevención de la dependencia en adultos mayores con enfermeras participantes del programa de salud del adulto	Aprobación del catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos, por parte de enfermeras participantes del programa de salud del adulto	$\frac{\text{Nº de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor, que aprueban la aplicación del catálogo de guías anticipatorias y plan de talleres educativos}}{\text{Nº de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
	Inicio marcha blanca para utilización de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y la prevención de la dependencia en adultos mayores	Nº de controles del adulto mayor con uso de guías anticipatorias	$\frac{\text{Nº de guías anticipatorias aplicadas en control de adulto mayor}}{\text{Nº de controles de adulto mayor realizados}} \times 100$
		% de talleres educativos realizados	$\frac{\text{Nº de talleres educativos realizados}}{\text{Nº de talleres educativos programados}} \times 100$
	Evaluar marcha blanca de utilización de guías anticipatorias y plan de talleres educativos para la promoción del autocuidado y la prevención de la dependencia en adultos mayores	Pautas de evaluación de uso de guías anticipatorias y plan de talleres educativos	$\frac{\text{Nº de pautas de evaluación de guías anticipatorias y plan de talleres educativos aprobados}}{\text{Nº de pautas de evaluación de instrumento aplicadas}} \times 100$

RECOMENDACIÓN 4:

Al profesional de enfermería le compete la incorporación del modelo de “gestión de casos” como parte de las acciones de enfermería en atención primaria, para prevenir la dependencia en adultos mayores

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
Establecimiento de la función de enfermera/o gestor/a de casos para seguimiento y control de adultos mayores en riesgo de dependencia y fragilidad	Elaborar el perfil de cargo de “enfermera gestora de casos”, por competencias.	Perfil elaborado	Existencia del perfil de cargo
	Validar el perfil con la jefatura del CESFAM Las Cañas y enfermeras clínicas que participan del programa de salud del adulto mayor	Aprobación del perfil del cargo por parte de la jefatura del CESFAM Las Cañas y enfermeras clínicas que participan del programa de salud del adulto mayor	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor que están de acuerdo con el perfil de cargo elaborado}}{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
	Presentar propuesta de perfil del cargo para implementar el trabajo de la “enfermera gestora de casos” a directivos del CESFAM y CORMUVAL	Nº de reuniones con directivos del CESFAM y CORMUVAL para presentar propuesta de cargo gestora de casos	Nombramiento de profesional de enfermería en cargo de gestora de casos
	Definir y designar el profesional de enfermería que asumirá el cargo como marcha blanca		
	Evaluar desempeño y aplicabilidad del cargo	Pauta de evaluación por competencias del desempeño gestora de casos	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pautas de supervisión de desempeño aprobadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pautas de supervisión de desempeño aplicadas}} \times 100$

RECOMENDACIÓN 5:

El profesional de enfermería debe promover la realización de actividad física, especialmente cuando es realizada en grupo y combinada con otras intervenciones (evaluación nutricional, entrenamiento cognitivo, enfoque psicosocial, terapia ocupacional, entre otros), ya que disminuye el riesgo de dependencia en las personas mayores.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
<p>Implementar protocolo de actividades para desarrollo del programa Mas Adultos Mayores Autovalentes (MAS), incluyendo talleres grupales de educación de enfermería enfocadas al cuidado del adulto mayor de acuerdo con la realidad del CESFAM</p>	<p>Determinar acciones del programa AMA a implementar según lineamientos de orientación técnica del programa y realidad del CESFAM (talleres de estimulación de habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de Vida Saludable)</p>	<p>Acciones del programa MAS definidas en protocolo de implementación</p>	<p>Existencia de protocolo de implementación de actividades del programa MAS</p>
	<p>Validar protocolo de actividades para desarrollo del programa AMA con enfermeras clínicas del CESFAM Las Cañas, que participan del programa de salud del adulto mayor</p>	<p>Aprobación de protocolo de actividades para desarrollo del programa MAS en CESFAM Las Cañas</p>	<p>$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor, que están de acuerdo con protocolo de actividades del programa MAS elaborado}}{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$</p>
	<p>Definir lugar de acción de las actividades para desarrollo del programa MAS según realidad del CESFAM Las Cañas</p>		<p>Lugar para inicio de actividades definido</p>
	<p>Puesta en marcha de las actividades para desarrollo del programa AMA según realidad del CESFAM Las Cañas</p>	<p>Fecha de inicio de actividades, definida en Carta Gantt</p>	<p>Desarrollo efectivo de talleres y actividades del programa MAS</p>

	<p>Evaluar el desarrollo de las actividades del protocolo del programa AMA según realidad del CESFAM Las Cañas</p>	<p>Pautas de evaluación del desarrollo de las actividades del protocolo, aprobadas</p>	<p>Nº de pautas de evaluación de actividades del protocolo aprobadas</p> <p>_____ x 100</p> <p>Nº de pautas de evaluación de actividades del protocolo aplicadas</p>
--	--	--	--

RECOMENDACIÓN 6:

La utilización de tecnología (teleenfermería/telecuidado) facilita a los profesionales de enfermería, la entrega de cuidados, transformándose en una herramienta de utilidad para prevenir la dependencia en adultos mayores

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
<p>Implementación del telecuidado a través de tecnologías de información y comunicación (TIC's) que faciliten la entrega de cuidados a distancia, más adecuada al contexto del CESFAM Las Cañas</p>	<p>Seleccionar opciones de TIC's de cuidados a distancia: Aplicaciones móviles (Apps) Software Plataformas virtuales</p>	<p>Nº de TIC's seleccionadas</p>	<p>Nº de TIC's que cumplen con objetivos de atención a distancia</p> <p>_____ x 100</p> <p>Nº de TIC's para atención a distancia, presentadas</p>
	<p>Presentar a directivos del CESFAM y CORMUVAL propuesta de implementación y selección de opciones de TIC's de cuidados a distancia</p>	<p>Nº de reuniones con directivos del CESFAM y CORMUVAL para presentar propuesta de implementación y selección de opciones de TIC's de cuidados a distancia</p>	<p>Registro y actas de reunión con selección de TIC's</p>
	<p>Decidir y definir uso de TIC's que faciliten atención y cuidados a distancia</p>		

	Capacitación al equipo de enfermería que participa del programa de salud del adulto mayor en uso de TIC's de cuidados a distancia	Plan de capacitación establecido	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras capacitadas en uso de TIC's}}{\text{N}^{\circ} \text{ de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
	Definir fecha para marcha blanca de uso de TIC's	Fecha de inicio de uso TIC's definida en Carta Gantt	Incorporación de TIC's para atención y seguimiento de adultos mayores a distancia
	Evaluar rendimiento e impacto del uso de TIC's	Pauta de evaluación uso TIC's	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pautas de evaluación de uso de TIC's aprobadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pautas de evaluación aplicadas}} \times 100$

RECOMENDACIÓN 7:

La realización de intervenciones de enfermería (actividades educativas, domiciliarias o asistenciales), de forma sistemática, continua y a largo plazo disminuye el riesgo de deterioro funcional en la persona mayor.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADO
Realizar y definir flujograma de atención y seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Elaborar flujograma de atención y seguimiento de las personas mayores, que que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Elaboración de flujograma	Existencia de flujograma de seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad

	Presentar flujograma de seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Nº de reuniones con directivos del CESFAM Las Cañas y enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor, para presentar propuesta de flujograma	Registro y actas de reuniones
	Validar flujograma de seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Aprobación del uso de flujograma de seguimiento de personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	$\frac{\text{Nº de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor, que están de acuerdo con flujograma de seguimiento}}{\text{Nº de enfermeras que participan del programa de salud del adulto mayor}} \times 100$
	Puesta en marcha de uso de flujograma para seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Fecha de inicio para uso de flujograma definida en Carta Gantt	Aplicación del flujograma de seguimiento a personas mayores, con riesgo de dependencia
	Evaluación del desempeño del flujograma de seguimiento de las personas mayores, que presentan algún grado de dependencia y/o fragilidad	Pautas de evaluación del desempeño del flujograma (de forma cuantitativa y cualitativa)	$\frac{\text{Nº de pautas de evaluación de desempeño del flujograma, aprobadas}}{\text{Nº de pautas de evaluación aplicadas}} \times 100$

CARTA GANTT DE IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

RECOMENDACIONES	2023												
	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
La realización de capacitación continua con enfoque geriátrico, permite al profesional de enfermería, la entrega de cuidados integrales y de calidad en las personas mayores.				■									
La protocolización de los cuidados de enfermería usando un enfoque geriátrico, permiten al profesional de enfermería, la detección temprana de fragilidad y la prevención de factores de riesgo que generan dependencia funcional en la persona mayor	■												
El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la persona en el cuidado de su propia salud (automanejo/autocuidado), permitiendo planificar en forma integral las intervenciones de prevención de la dependencia en la persona mayor.	■												
Al profesional de enfermería le compete la incorporación del modelo de "gestión de casos" como parte de las acciones de enfermería en atención primaria, para prevenir la dependencia en adultos mayores						■							
El profesional de enfermería debe promover la realización de actividad física, especialmente cuando es realizada en grupo y combinada con otras intervenciones (evaluación nutricional, entrenamiento cognitivo, enfoque psicosocial, terapia ocupacional, entre otros), ya que disminuye el riesgo de dependencia en las personas mayores.		■											
La utilización de tecnología (teleenfermería/telecuidado) facilita a los profesionales de enfermería, la entrega de cuidados, transformándose en una herramienta de utilidad para prevenir la dependencia en adultos mayores						■							
La realización de intervenciones de enfermería (actividades educativas o asistenciales), de forma sistemática, continua y a largo plazo disminuye el riesgo de deterioro funcional en la persona mayor.			■										

CAPITULO 8: CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES

El riesgo de dependencia y/o fragilidad son realidades que están presentes en la población adulta mayor, es un problema que va creciendo al mismo tiempo que la población también se envejece más rápido. Los resultados hallados indican que este es un problema que pertenece al accionar de enfermería y refuerzan el rol de enfermería en apoyo al mejoramiento de la salud de las personas mayores.

Desde la revisión de la evidencia se logró elaborar siete recomendaciones que respaldan el actuar de enfermería en el manejo a tiempo de los factores de riesgo que puedan presentar los usuarios para desarrollar algún grado de dependencia, entre las que destacan la utilidad de la implementación del modelo de gestión de casos como una herramienta efectiva en la entrega de cuidados personalizados e integrales de forma continua; también se enfatiza la promoción de la autonomía en las actividades de la vida diaria y el fomento de factores protectores como la realización de actividad física, especialmente en conjunto con otras actividades de promoción como la educación para la salud, talleres nutricionales y terapia ocupacional, como parte importante en la prevención y retraso del deterioro funcional y evidenciando el rol y liderazgo de enfermería en este tipo de actividades; otra de las recomendaciones destacadas por lo novedoso en cuanto a la aplicación de cuidados es la incorporación de la teleenfermería, la cual hasta hace unos años era un concepto difícil de imaginar, pero que ahora se ha visto la utilidad de esta herramienta para facilitar el seguimiento y planificación de cuidados de las personas mayores.

También se respalda la necesidad de mantener a los profesionales de enfermería capacitados en el manejo de este rango de población mayor, estar preparados como profesionales en un área más específica como es el enfoque geriátrico que permita la detección oportuna de la dependencia y/o fragilidad y el conocimiento para promover la autonomía por mayor tiempo en los adultos mayores; siendo esta recomendación la mejor evaluada por el equipo de validadores.

Cabe destacar, que los resultados encontrados hacen referencia a algunas acciones o actividades que se usan en la atención actual, sin embargo, el foco de atención que poseen no está dirigido al segmento de población objeto de este estudio, por ejemplo, la gestión de casos existe con una mirada de atención de hospitalización domiciliaria.

Por otro lado el año 2019 se publicó una actualización desde el MINSAL, del manual de geriatría para médicos, que hace referencia a los instrumentos para realizar una valoración integral de las personas mayores, indicando la importancia de una adecuada pesquisa de factores de riesgo y el manejo oportuno para la prevención de la dependencia, reforzando la importancia de las recomendaciones elaboradas en este informe, sin embargo, el foco está dirigido a fortalecer la normativa en cuanto a la aplicación del EMPAM como evaluación primaria en la detección de la pérdida de funcionalidad.

En otra arista, está el programa MAS, que, si bien en Chile está liderado por kinesiólogos, en este estudio se evidencia el rol de enfermería para abarcar todas las áreas temáticas en prevención y promoción de la dependencia, recalcando la necesidad de incorporar a la enfermera en este programa, que hoy en día pese a existir esa posibilidad se realiza de manera incipiente.

Es necesario señalar que este estudio se realizó previo al contexto social de la pandemia, por lo que existe una brecha en cuanto al escenario sanitario presente, acentuando las necesidades de las personas mayores frente al seguimiento de sus atenciones de salud y promoción de la autovalencia, quedando en evidencia junto con la pandemia, que algunas recomendaciones efectuadas se ajustan a la realidad actual y se vuelven importantes para enfermería y los usuarios del sistema de salud, por ejemplo, la utilización de la teleenfermería y la capacitación a los profesionales de enfermería se facilitan ahora con el fortalecimiento de sistemas digitales que acercan las comunicaciones y la información a las personas.

Referente a la factibilidad económica de la aplicación de las recomendaciones elaboradas, es difícil de declarar, ya que, para llevar a cabo algunas de las recomendaciones se requieren no solo recursos en personal de enfermería, sino también para realizar cambios estructurales y organizacionales a largo plazo.

Por último, se aprecia la disposición positiva que tuvieron las recomendaciones durante la validación de estas, siendo un tema importante y de interés para la labor y actuar de enfermería. La evidencia encontrada respalda la importancia para enfermería de intervenir a tiempo sobre factores de riesgo para desarrollar una dependencia severa y prevenir el avance de las limitaciones funcionales o deterioro de las personas mayores.

Enfermería posee herramientas que pueden ser utilizadas en el manejo de estos usuarios, pero requiere también un cambio en el paradigma de cuidados y un cambio cultural en las instituciones que ejecutan las atenciones de salud.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- (1) García M, Torres M, Ballesteros E. El proceso de envejecimiento. En: García M, Torres M, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. 2da ed. Barcelona (España): Masson; 2000.p.1-24.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.; 2017.
- (3) Instituto nacional de estadísticas. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total país. Santiago, Chile; 2018.
- (4) Banco Interamericano de desarrollo. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. División de protección social y salud. Enero 2018
- (5) Williams B. Modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney: un marco para complementar el proceso enfermero. Nursing. [online] 2015 [acceso 17 enero 2019] 32(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0212538215002022&r=7>
- (6) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza; 2015
- (7) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). Quinta encuesta nacional de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. Santiago de Chile; 2017.
- (8) Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cuenta pública participativa FONASA. Gestión 2018, Santiago, Chile; 2018
- (9) Ministerio de Salud. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. Santiago de Chile; 2014.
- (10) Intendencia Regional de Valparaíso. Cuentas Públicas participativas. 2018. Valparaíso, Chile; 2018.
- (11) Seremi de Salud Región de Valparaíso. Diagnóstico regional de salud. Ficha de datos comunales. Valparaíso, Chile; 2017.
- (12) Corporación Municipal de Valparaíso. Plan de Salud Comunal de Valparaíso. Periodo 2018-2020. Valparaíso, Chile; 2018.
- (13) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 49º Consejo directivo. 61ª Sesión del comité regional. 2009 sep

28 - oct 2. Washington, D.C (Estados Unidos), Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

(14) Acuña K, Alvarado A, Gatica L, Parra Z. Caracterización del adulto mayor autovalente con riesgo del consultorio San Ramón Nonato, Chillán. [Tesis licenciatura]. Chillán: Universidad del Bio-Bio. 2007.

(15) Ministerio de Salud. Orientación técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Santiago de Chile. 2015.

(16) Departamento de estadísticas e información en salud. Población inscrita en establecimientos de Atención Primaria de Salud 2012. Distribución de Población 2013 por Comunas y Tipo de Dependencia. Santiago de Chile; 2013.

(17) Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile; 2010.

(18) Ministerio de Salud. Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria. Santiago de Chile. 2013

(19) Martínez R. Proceso de envejecer. En: García M, Martínez R. Enfermería y envejecimiento. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2012. p.9-26.

(20) Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014;25(2):57-62

(21) García M, Torres M, Ballesteros E. El anciano sano. En: García M, Torres M, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. 2da ed. Barcelona (España): Masson; 2000.p.25-85.

(22) Troncoso-Pantoja C, Concha-Cisternas Y, Leiva Ordoñez, Martínez-Sanguinetti M, Petermann-Rocha F, Díaz-Martínez et al. Prevalencia de fragilidad en personas mayores de Chile. 2020hile. Rev Med Chile 2020; 148: 1418-1426.

(23) Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Actualización del Manual de Geriátrica para Médico. Santiago de Chile; 2019

(24) Stanley M, Blair K, Gauntlett P, Teorías del envejecimiento. En: Stanley M, Blair K, Gauntlett P. Enfermería Geriátrica. 3era ed. México D.F (México): Mc Graw Hill; 2009. p 11-5

(25) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile; 2009.

(26) Pokorny M. Teorías en enfermería de importancia histórica. En: Allgood MB, Tomey AM. Modelos y teorías de enfermería. 7ma ed. Madrid (España): Elsevier-Mosby; 2011: 54-68.

- (25) Aguilar R, Felix A, Vázquez L, Gutiérrez G, Martínez M, Quevedo M. Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney: Estrategia para la Formación en competencias para el Cuidado del Adulto Mayor
- (27) Frost R., Belk C, Jovicic A, Ricciardi F, Kharicha K, Gardner B, Iliffe S, Goodman C, Manthorpe J, Drennan V, Walters K. Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics. [internet]. 2017. [acceso 3 sep 2019]; 17(157). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0547-8#citeas>
- (28) Van Lieshout M. Bleijenberg N, Schuurmans M, De Wit N. The effectiveness of a proactive multicomponent intervention program on disability in independently living older people: a randomized controlled trial. J Nutr Health Aging. [internet]. 2018. [acceso 9 jul 2019]; 22(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30379302>
- (29) De Almeida J, Declercq A, Cès S, Van Durme T, Van Audenhove C, Macq J. Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study. J. Am. Geriatr. Soc. 2016; 64 (11): 2251-6
- (30) Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans M, Ten Dam H, Zuithoff N, Numans M, De Wit N. Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(9):1779-88
- (31) Taube E, Kristensson J, Midlov P, Jakobsson U. The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. Scand J Caring Sci. 2017; 32(2):889-901
- (32) Stojak Z, Jamiolkowski J, Marcinowicz L. Evaluation of the delivery of long-term at-home nursing care: an example of good practice. J Clin Nurs. 2017; 28 (5-6): 775-80
- (33) McCusker J, Verdon J, Tousignant P, De Courval L, Dendukuri N, Belzile E. Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(10):1272-81.
- (34) Taylor J, Roberts L, Hladek M, Liu M, Nkimbeng M. Boyd C, Szanton S. Achieving self-management goals among low income older adults with functional limitations. Geriatr Nurs. 2019; 40(4):424 - 30.
- (35) Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Michols L, Teale E, Mohammed M, Parry J, Marshall T. Development and validation of an electronic frailty in dex using

routine primary care electronic health record data. *Age and Ageing*. 2016; 45(3):353-60

(36) Serra-Prat M, Sist X, Domenich R, Jurado I, Saiz A, Rocés A, Palomera E, Tarradellas M, Papiol M. Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2017; 46(3):401-7

(37) Puello-Alcocer E, Amador-Ahumada C, Ortega-Montes J. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado. *Rev Univ. Salud*. 2017;19(2):152-162.

(38) Cook E, Randhawa G, Guppy A, Sharp C, Barton G, Bateman A, Crawford-White J. Exploring factors that impact the decision to use assistive telecare: perspectives of family care-givers of older people in the United Kingdom. *Ageing and Society*. [internet]. 2017. [acceso 10 sep 2019]; Disponible en: https://ueaeprints.uea.ac.uk/63784/1/Accepted_manuscript.pdf

(39) Algilani S, Östlund-Lagerström L, Schoultz I, Brummer R, Kihlgren A. Increasing the qualitative understanding of optimal functionality in older adults: a focus group based study. *BMC Geriatrics* [internet]. 2016. [acceso 10 sep 2019]; 16(70).Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0244-z>

(40) Ilgaz A, Gözüm S. Advancing Well-Being and Health of Elderly with Integrative Nursing Principles. *FNJN* .2019; 27(2): 201-10

(41) Fougère B, Morley J, Little M, De Souto P, Cesari M, Vellas B. Interventions against disability in frail older adults: lessons learned from clinical trials. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22(6):676-88

(42) Craig L. The role of the registered nurse in supporting frailty in care home. *Br J Nurs*. 2019, 28 (13): 833-7

(43) Ministerio de Salud, Villalobos A. Gestor de casos del adulto mayor en riesgo dependencia. Santiago de Chile. 2008

(44) Cañadas I, Sánchez A. Categorías de respuesta en escalas Tipo Likert. *Psicothema*, 1998; vol. 10, nº 3, pp. 623-631

(45) Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *REDIE*.2018; vol.20 no.1

(46) Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II, Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. 2009.