



“CUIDADOS OTORGADOS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD”

INTEGRANTES:

María Paz Adriasola
Alejandra Barros
María José Cornejo
Pamela Díaz
Ahimsa Galea
Mauricio Lantadilla
Nicole Lorié

DOCENTE GUÍA:

Profesora Isabel Siefer

DOCENTE AYUDANTE:

Profesora Johana Vidal

Valparaíso, agosto 2006

Agradecimientos

*Tiempo, Esfuerzo y Dedicación es lo que hemos entregado
para tener hoy, el fruto de nuestro arduo trabajo.
Somos siete tesistas involucrados directamente en esta investigación,
sin embargo, no podemos dejar de agradecer
a todos aquellos que han hecho posible este estudio y estuvieron
junto a nosotros facilitando de una u otra forma el desarrollo de nuestra tesis;
es por esto que:*

A nuestros padres y hermanos, a nuestras docentes guías:

*Profesora Isabel Siefer y Profesora Johana Vidal,
al Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke,
que hizo posible el desarrollo de nuestro estudio.*

Muchas e infinitas gracias por su apoyo, paciencia y comprensión.

Los Autores

Índice general

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción y Fundamentos	2
1.2. Delimitación del Problema	4
1.3. Definición de Términos	5
1.4. Marco Contextual	6
1.5. Limitaciones del Estudio	7
2. MARCO CONCEPTUAL	8
2.1. Objetivos	9
2.1.1. Objetivo General	9
2.1.2. Objetivos Específicos	9
2.2. Operacionalización de Variables	10
2.3. Marco Teórico	13
2.3.1. Generalidades	13
2.3.2. Situación Sociodemográfica y Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile y la Quinta Región	15
2.3.3. Impacto de la Hospitalización del Adulto Mayor	17
2.3.4. Gestión del Cuidado en el Adulto Mayor	26
2.3.5. Acciones brindadas en la Gestión del Cuidado para el Adulto Mayor Hospitalizado	29
3. METODOLOGÍA	34
3.1. Diseño de la Investigación	35
3.1.1. Constitución y Organización de Grupo Tesis	35
3.1.2. Tipo de Estudio	35
3.2. Definición del Universo	36
3.3. Diseño Muestral	36
3.4. Metodología de Recolección de Datos	36
3.4.1. Descripción de Instrumentos	37
3.5. Criterio de Análisis de Datos	38
3.6. Organización del Trabajo en Terreno	38
4. RESULTADOS	39
4.1. Resultado y Análisis Descriptivo	40
4.2. Conclusión de Análisis Descriptivo	56

5. CONCLUSIONES	58
5.1. Conclusiones	59
5.2. Sugerencias	60
5.3. Resumen	61
A. ANEXOS	62
A.1. Hoja de Intervenciones de Enfermería	63
A.2. Hoja de Atenciones de Técnico Paramédico	66
A.3. Escala Índice de Katz	71
A.4. Minimental Abreviado	73
A.5. Escala de Norton para la Prevención de Úlceras por Presión	74
A.6. Hoja de Enfermería para Valoración del Riesgo de Caídas	75

Índice de figuras

4.1. Diagnóstico de Ingreso de los pacientes	40
4.2. Clasificación según Grado de Dependencia	41
4.3. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes sin Minimental	42
4.4. Puntaje Promedio de Minimental según Grado de Dependencia	43
4.5. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental alterado	44
4.6. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental normal	45
4.7. Relación entre Minimental y Grado de Dependencia	46
4.8. Grado de Dependencia según edad de los pacientes	47
4.9. Minimental abreviado según edad de los pacientes	48
4.10. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Autovalentes	49
4.11. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Semivalentes	50
4.12. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Dependientes	51
4.13. Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Autovalentes	53
4.14. Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Semivalentes	54
4.15. Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Dependientes	55

Índice de cuadros

2.1. Operacionalización de Variables	12
4.1. Diagnóstico de Ingreso de los pacientes	40
4.2. Clasificación según Grado de Dependencia	41
4.3. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes sin Minimental	42
4.4. Puntaje Promedio de Minimental según Grado de Dependencia	43
4.5. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental alterado	44
4.6. Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental normal	45
4.7. Relación entre el Minimental abreviado y Grado de Dependencia	46
4.8. Grado de Dependencia según edad de los pacientes	47
4.9. Minimental abreviado según edad de los pacientes	48
4.10. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Autovalentes según Índice de Katz	49
4.11. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Semivalentes	50
4.12. Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Dependientes	51
4.13. Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para los pacientes Autovalentes, Semivalentes y Dependientes.	52

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción y Fundamentos

Hoy en día, en nuestro país, el adulto mayor ha cobrado cada vez mayor relevancia, ya que este grupo etéreo ha presentado un progresivo aumento en su población. Este interés creciente se debe al actual fenómeno demográfico: el envejecimiento poblacional, el cual se refiere al incremento de la proporción de la población mayor de 65 años, sobre la población total, que se debe a la reducción de la tasa de natalidad y al aumento de la expectativa de vida. Ambas situaciones se deben a una disminución o un mejor control de las enfermedades infectocontagiosas, al aumento de la tecnología e implementación del saneamiento básico, entre otros.

Es característico de este tipo de población, la presencia creciente de enfermedades crónicas o discapacidades, las que predisponen a una mayor limitación funcional y requieren de un gran uso de los servicios de salud. Esto obedece a la transición epidemiológica, característica de un país en vías de desarrollo como Chile.

Producto de los cambios que están ocurriendo en la actualidad, las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, ha sustentado políticas y programas fundamentalmente en la prevención, estrategia que ha demostrado una gran eficacia a lo largo de los años, contribuyendo a nivel mundial, al aumento y mejora de la expectativa y calidad de vida.

Debido a lo anterior, en Chile, desde 1996, existe la Política Nacional del Adulto Mayor, que intenta preparar y sensibilizar a la población respecto de las personas mayores a 65 años, y así fomentar una buena convivencia con los adultos mayores.

Al mismo tiempo que la sociedad asimila o se va acostumbrando a los nuevos estilos de vida y cambios generados a raíz del envejecimiento poblacional, los hospitales y los centros de salud de atención primaria, deben prepararse en cuanto a su estructura. El personal que trabaja en estos establecimientos, debe capacitarse tanto en conocimientos como en actitudes, para recibir y otorgar una atención de salud acorde a las características del grupo etario que cada día consulta más: los adultos mayores.

Para mejorar su salud y su diario vivir, se espera contar con una atención integral que abarque sus aspectos biopsicosociofuncionales, entendiendo que un buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía. Es necesario destacar que la realización de ejercicios, una adecuada nutrición y la estimulación de la función cognitiva, fomenta y mejora la mantención de la capacidad funcional, ya que constituye para estas personas el mejor indicador de bienestar. Posee también un valor predictivo de discapacidad y de muerte prematura, cuando está ausente.

En forma bastante frecuente la atención en salud de un paciente mayor, deriva en una hospitalización. Durante los días de estadía en un servicio clínico, los adultos mayores necesitan especial cuidado y es imprescindible que el equipo de enfermería otorgue una atención personalizada a los pacientes, además de poseer los conocimientos necesarios, para así, aplicarlos en el desempeño diario mediante la gestión del cuidado, enfocado a brindar una satisfacción de todas las necesidades del individuo, es decir una atención integral. Por lo tanto el conocimiento y la comprensión, deben ser dos características muy presentes en el equipo de enfermería a la hora de brindar la atención.

Es importante destacar que la hospitalización en un adulto mayor produce un impacto mucho más significa-

tivo que en un adulto medio o joven, ya que el anciano es más vulnerable debido a un deterioro en todas sus funciones orgánicas, lo que se suma al estrés normal que implica todo proceso de hospitalización.

El cambio sociodemográfico y epidemiológico que se vive actualmente a nivel nacional se ve reflejado claramente en la quinta región de Valparaíso, siendo ésta a nivel país la zona más envejecida puesto que tiene el mayor porcentaje de adultos mayores. Esta situación representa un gran desafío para todos los profesionales de la salud, ya que exige una óptima preparación en el área gerontogeriatrica y una adecuada implementación estructural de los servicios a los que concurren habitualmente este grupo etáreo de alto riesgo. La preparación a nivel profesional, técnico e institucional se vuelve cada vez más relevante a nivel hospitalario, puesto que, es en este ambiente donde al adulto mayor es sometido a gran estrés y se encuentra más vulnerable a perder su autovalencia.

El Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota (SSVQ), tiene una mayor cobertura de población en comparación con los otros servicios de salud a nivel regional. Dentro del SSVQ, el Hospital Gustavo Fricke es el de mayor complejidad, pues recibe y atiende a gran parte de la población adulto mayor de los sectores que abarca, y es en el Servicio de Medicina donde este grupo presenta una mayor población consultante, lo que se refleja en el alto porcentaje de hospitalizaciones de mayores de 65 años; en el 2004 la cifra alcanza un total de 1588 egresos hospitalarios lo que corresponde al 53,25 % de los presentados ese año. Es esta razón la que nos motivó a utilizar este servicio para nuestro estudio.

Esta investigación pretende comparar si la atención brindada por el equipo de enfermería al Adulto Mayor hospitalizado actualmente con la atención ideal, de acuerdo al grado de funcionalidad de aquellos.

1.2. Delimitación del Problema

Cuidados otorgados por el equipo de enfermería a los adultos mayores hospitalizados según funcionalidad en el Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke durante el período comprendido entre el 19 de diciembre del 2005 y el 30 de enero del año 2006.

1.3. Definición de Términos

- **Adulto Mayor Hospitalizado:** Persona mayor de 65 años hospitalizada en el Servicio de Medicina, ya sea sector hombre o mujeres, del Hospital GUSTAVO FRICKE.
- **Cuidados de Enfermería:** Intervenciones de enfermería otorgados por el equipo, que se registran en las hojas de enfermería y que son observados durante la aplicación de los instrumentos o que son referidos verbalmente por otros usuarios o familiares.
- **Ingreso según Funcionalidad:** Es la clasificación que se le da al adulto mayor que ingresa al servicio de Medicina, según el índice de Katz u otro instrumento previamente validado, considerando su funcionalidad previa a esta situación.
- **Equipo de Enfermería:** Es el constituido por los profesionales de enfermería y el personal técnico paramédico.
- **Funcionalidad:** Es la capacidad de una persona de realizar por si misma actividades de la vida diaria, alimentación, movilidad, ir al baño, vestirse, bañarse, continencia. Para esta investigación se realizó una clasificación de funcionalidad basado en el Índice de Katz, que incluye tres categorías:
 1. Autovalentes: equivalen a clasificación A y B de Índice de Katz.
 2. Semivalentes: equivalen a clasificación C, D y E de Índice de Katz.
 3. Dependientes: equivalen a clasificación F y G de Índice de Katz.

1.4. Marco Contextual

Hemos realizado nuestro estudio en el Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke, perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota de la quinta región. Éste está constituido por cuatro sectores con un total de 51 camas, los sectores elegidos para el desarrollo de esta investigación fueron el de mujeres y el de hombres, puesto que en estas unidades se concentra el mayor número de adultos mayores. Los sectores que conforman el Servicio de Medicina son:

1. Sector mujeres, que cuenta con cuatro salas, tres de ellas con seis camas y una con doce, ésta última destinada para pacientes que requieren de mayores cuidados de enfermería. Además existe una sala de aislamiento individual.
2. Sector hombres, que consta de tres salas con seis camas cada una. Al igual que en el sector mujeres existe una sala de aislamiento profesional.
Cabe destacar que ambos sectores anteriormente mencionados ordenan sus salas de acuerdo al tipo de patología y al grado de dependencia de los cuidados de enfermería que tengan los pacientes hospitalizados.
3. UCIM (Unidad de Cuidados Intermedios), constituido con 9 camas para ambos sexos.
4. Hematología y Nefrología, constituido por cuatro salas, dos de ellas con cuatro camas cada una, otra con dos camas y una última de aislamiento individual.

En relación al recurso humano con el que cuenta este servicio encontramos que existe: 1 enfermera supervisora, cuyo horario laboral es de lunes a viernes de 8 a 17 horas; 8 enfermeras clínicas y 40 técnicos paramédicos que se desempeñan laboralmente con cuarto turno, es decir larga (de 8 a 20 horas), noche (de 20 a 8 horas), y dos días libres. Y por último 6 auxiliares de servicio.

Dentro de las características de los usuarios encontramos que sus edades oscilan entre los 15 y 95 y más años de edad, de las cuales el 53.25 % (1588) corresponde a egresos hospitalarios en mayores de 65 años.

1.5. Limitaciones del Estudio

1. Etapa de Diseño:

- Insuficiente material bibliográfico, en relación al tema “Gestión del Cuidado para el Adulto Mayor en Chile”.
- Falta de experiencia en el manejo de la metodología de investigación por parte de los alumnos tesistas.
- Horario destinado a la cátedra “Seminario de Tesis” muy limitado, por lo que se debió utilizar horas destinadas a otras cátedras y tiempo de vacaciones.

2. Etapa de Ejecución:

a) *Aplicación del Instrumento:*

- Rechazo y mala disposición por parte de algunos miembros del equipo de enfermería a participar de la investigación.
- Existencia de registros deficientes necesarios para la obtención de datos.
- Falta de entrega de información del objetivo de nuestras visitas y la aplicación del instrumento por parte de la enfermera supervisora hacia su equipo de trabajo.
- Dificultad para realizar reuniones extraordinarias por incompatibilidad horaria de los tesistas.

b) *Análisis de Datos:*

- Incompatibilidad horaria entre los tesistas durante el desarrollo del laboratorio de la cátedra de “Enfermería en Urgencia y Desastres”, por encontrarnos en diferentes grupos.
- Pesquisa de error en la tabulación de datos estadísticos, por parte de los tesistas, por lo que se retrasó el trabajo de análisis.
- Entrega de avances estadísticos fuera de fechas acordadas.

Capítulo 2
MARCO CONCEPTUAL

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Conocer los cuidados otorgados por el equipo de enfermería según funcionalidad a los adultos mayores hospitalizados.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Conocer y clasificar a los adultos mayores del estudio según su nivel de funcionalidad.
- Describir el cuidado de enfermería otorgado por el profesional de enfermería según el nivel de funcionalidad de los adultos mayores estudiados.
- Describir el cuidado de enfermería asignado al técnico paramédico por el profesional de enfermería según la funcionalidad de los adultos mayores hospitalizados.

2.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
CUIDADOS DE ENFERMERIA	Cuidados Otorgados por el Profesional de Enfermería	Intervenciones de Enfermería para el Adulto Mayor Autovalente	Ingreso según funcionalidad	Sí o No
			Planificación de la intervención	
			Educación al alta	
		Intervenciones de Enfermería para el Adulto Mayor Semivalente	Ingreso según funcionalidad	Sí o No
			Planificación de la intervención	
			Evolución diaria	
	Intervenciones de Enfermería para el Adulto Mayor Dependiente	Intervenciones de Enfermería para el Adulto Mayor Dependiente	Utiliza protocolo de prevención de caídas	Sí o No
			Educación al alta	
			Ingreso según funcionalidad	
			Categorización según nivel de dependencia	
			Planificación de la intervención	
			Evolución diaria	
	Utiliza protocolo de prevención de caídas	Sí o No		
	Utiliza protocolo de UPP			
	Entrevistas con familiares previo al alta			
Educación al alta				

CUIDADOS DE ENFERMERIA	Cuidados Asignados al Técnico Paramédico por el Profesional de Enfermería	Acciones Asignadas para el Adulto Mayor Autovalente	<p>Higiene: Fomento de baño diario Cambio de sábanas una vez al día</p> <p>Alimentación: Vigilancia Alimentación</p> <p>Actividad: Fomento deambulacion</p> <p>Eliminación: Chata a mano Chata limpia</p>	Sí o No
		Acciones Asignadas para el Adulto Mayor Semivalente	<p>Higiene: Baño asistido Aseo genital 2 veces al día Aseo cavidades 2 veces al día Cambio de sábanas 1 vez al día</p> <p>Vigilancia del baño</p> <p>Alimentación: Vigilancia Alimentación</p> <p>Actividad: Fomento deambulacion</p> <p>Eliminación: Chata a mano Chata limpia</p>	Sí o No

CUIDADOS DE ENFERMERIA	Cuidados Asignados al Técnico Paramédico por el Profesional de Enfermería	Acciones Asignadas para el Adulto Mayor Dependiente	Higiene: Baño en cama 1 vez al día Aseo genital 4 veces al día Aseo cavidades 3 veces al día Cambio de sábanas 1 vez al día	Sí o No
			Alimentación: Alimentación asistida en 3 o más comidas Alimentación asistida en 2 comidas	
FUNCIONALIDAD	Actividades de la Vida Diaria Funciones Cognitivas	Dependiente Semivalente Autovalente	Actividad: Cambio de posición cada 2 horas Acojinar zonas de presión Uso colchón antiescaras	
			Eliminación: Cambio de pañal 3 veces o más al día Cambio de pañal 2 veces al día	
			Dependiente en 4 o más actividades (Katz: F y G) Dependiente en 2 o 3 actividades (Katz: C, D y E) Independiente o dependiente en 1 actividad (Katz: A y B) Alterado Normal	

Cuadro 2.1: Operacionalización de Variables

2.3. Marco Teórico

2.3.1. Generalidades

El envejecimiento humano es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible en el que están involucrados múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Este proceso comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de la vida, en el cual se va debilitando el funcionamiento de la mayoría de los órganos. Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En esta etapa a las personas se les denomina adultos mayores (desde los 65 años hasta la muerte). Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del propio trabajo, útiles para las generaciones venideras. Se identifican 2 tipos de vejez:

1. Vejez Satisfactoria: menor probabilidad enfermar y presentar discapacidad asociada, un adecuado funcionamiento físico, funcional y un alto compromiso con la vida y la sociedad.
2. Vejez insatisfactoria: ocurre en presencia de enfermedad y/o discapacidad y poco compromiso con uno mismo y los demás.

Actualmente Chile se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento, las implicancias de este proceso, en términos de su influencia han obligado al gobierno a preocuparse y adelantarse a sus consecuencias, aprobando en 1996 la Política Nacional para el Adulto Mayor. Surge como una respuesta al progresivo aumento de la población de mayores de 65 años en el país, además de la escasa preparación de la sociedad para enfrentar el cambio demográfico.

El objetivo general de esta política es “lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta acerca del envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores”. Los objetivos específicos se basan prioritariamente en mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los adultos mayores, incentivando las acciones de promoción, prevención y atención curativa específica en las perspectivas de un envejecimiento activo.

Para tal efecto, la Política Nacional del Adulto Mayor apoya y exige al Programa de Salud ciertos beneficios, como los siguientes:

- Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que es un control de salud que pesquiza y controla las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes u otros), el cual incorpora el Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM), instrumento de medición de la funcionalidad, que permite determinar el grado de autovalencia.
- Alimentación complementaria, que es la entrega de 2 kilos de alimento mensual a los adultos mayores de 70 años.
- Vacunación gratuita.
- Promoción de la incorporación del adulto mayor a clubes.
- Entrega de implementos tales como lentes, audífonos, bastones, sillas de ruedas, andadores, cojines anti-escaras y prótesis dentales.
- Programa de educación física.

2.3.2. Situación Sociodemográfica y Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile y la Quinta Región

Actualmente el envejecimiento de la población es una tendencia mundial. Chile está sufriendo una transición demográfica que se debe principalmente a dos hechos: un descenso marcado en la tasa de natalidad y un descenso aún más marcado en la tasa de mortalidad, ambos a parte de ser determinantes en los cambios en la distribución por edades, también tienen un efecto muy importante en la tasa de crecimiento del país, lo que se refleja en que ésta ha disminuido entre 1960 y 1997 en un 43 %, llegando al 2002 a una cifra del 1.24 % en un año¹.

En 1960 cada mujer tenía 5 hijos, situación que se ve disminuida en el año 2002 a 2.3 hijos². Respecto a la mortalidad, el efecto principal que causó el descenso de ésta fue el aumento de la esperanza de vida, que en el año 1975 alcanzó los 64 años para ambos sexos y en el año 2005 78.45 años para ambos sexos, con diferencia de 6 años más para la mujer que para el hombre³.

Esto ha significado cambios importantes en la distribución por grupos de edad de la población: mientras en 1960 la población menor de 15 años era de un 39.6 % en el 2002 descendió a un 25.7 %; la población de adulto mayor en 1960 era de un 6.8 %, en 1992 de 9.8 % y en el 2002 ascendió a un 11.4 %⁴.

Para efectos de esta tesis es importante conocer otros datos demográficos, como son los índices de vejez, de edad media e índice de dependencia, que entregarán aún más antecedentes de la magnitud del acelerado paso que nuestro país está dando hacia una nación envejecida:

- Índice de vejez que es la cantidad de adultos mayores (65 años o más) por cada cien menores de 15 años, en el año 2000 este índice es de 25, para el 2010 se estima que será de 35.
- Índice de edad media es el promedio de edad de la población. En 1970 para nuestro país éste era de 26 años, en el 2000 de 31 y para el 2020 aumentará a 35 años.
- Índice de dependencia es el que permite cuantificar la carga económica que soportaría la población potencialmente activa. Los “dependientes” son los menores de 15 y mayores de 65 años. Se establece la relación frente a las personas en edad activa, que son las mayores de 15 y menores de 65 años por cada cien habitantes. En Chile en los años setenta este índice era muy alto, pero va descendiendo con los años, sin embargo, de acuerdo con el incremento de los adultos mayores, el índice de dependencia aumentará, y la categoría de dependientes irá en disminución.

El proceso de envejecimiento no es homogéneo en todo el territorio nacional, así, en una diferenciación por regiones se aprecia que la región más envejecida del país es la V, con un 13.43 % de población mayor de 65

¹Compendio estadístico 2003, INE.[2]

²Censo 2002, INE.

³DEIS, MINSAL.[1]

⁴Censo 2002, INE.

años, seguida de la IX región con un 12.38 % y luego la VII y X región con un 11.62 %⁵.

Los efectos del cambio demográfico determinan un comportamiento epidemiológico específico, en el que se reconocen algunas fases: en la primera etapa la población era joven, con alta natalidad, baja esperanza de vida, alta mortalidad infantil, mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) baja y aumento paulatino; en la segunda fase, la proporción de muertes por ECNT era intermedia y se incrementó con rapidez, aumentó el promedio de edad de la población, se elevó la esperanza de vida y se controlaron las causas de mortalidad infantil derivadas de enfermedades trasmisibles; durante la tercera fase, la tasa de mortalidad por ECNT será alta ascendiendo con menor rapidez.

Nuestro país se encuentra en la segunda fase de transición epidemiológica, en la que la emergencia de ECNT es compartida por la presencia aún importante de enfermedades trasmisibles. Si analizamos lo anteriormente mencionado, podemos concluir que la transición demográfica y epidemiológica que Chile está experimentando es de una enorme magnitud y que justamente ahí radican los fundamentos que motivaron a los autores a realizar esta tesis basada en éste grupo etáreo que cada vez necesita más apoyo profesional y amor como personas.

⁵Censo 2002, INE.

2.3.3. Impacto de la Hospitalización del Adulto Mayor

No podemos ignorar el hecho de que envejecer es un proceso de deterioro caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida, que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica. Si consideramos lo anteriormente citado y lo sumamos a la situación de estrés a la que está sometido el adulto mayor durante la hospitalización queda evidenciado que este grupo etéreo se convierte en uno de los más afectados durante este proceso. Existen trabajos publicados que hacen mención sobre el impacto de la hospitalización. Gamarra-Samaniego en su estudio⁶, señalan que “la hospitalización resulta frecuentemente en una declinación irreversible del estado funcional y un cambio en la calidad y estilo de vida, pudiendo además dar como resultado muchas complicaciones no relacionadas al problema de admisión o su tratamiento específico, por razones que pueden ser evitadas, con una consecuente pérdida de su independencia y una alta probabilidad de ser institucionalizados”. Para conocer de qué manera afecta la hospitalización al adulto mayor es fundamental considerar cuáles son sus aspectos biopsicosociofuncionales, que los hacen más vulnerables en comparación con otros grupos etéreos frente al proceso de hospitalización.

1. Aspectos Biopsicosociofuncionales:

a) Aspectos biológicos:

Desde el punto de vista biológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. En el adulto mayor, muchos procesos fisiológicos se vuelven menos efectivos por lo que durante el envejecimiento existe una declinación de la competencia funcional del individuo. Este deterioro se debe principalmente a la pérdida progresiva de células funcionales y a la constante disminución de tejido en muchos sistemas corporales. Estos déficits, relacionados con la edad, se manifiestan principalmente cuando el organismo está fisiológicamente bajo estrés, por ejemplo enfermedad aguda o crónica, ejercicio fatigante, exposición a temperaturas extremas, etc. Es necesario que se consideren algunos aspectos particulares del envejecimiento de los sistemas.

- 1) *Sistema nervioso central*: a causa de una disminución y/o atrofia de las funciones cerebrales ocurre aumento del tiempo de respuesta refleja, disminución de agilidad mental, pensamiento abstracto, disminución de la percepción y de la memoria de corto y largo plazo, pérdida en la habilidad de aprendizaje, enlentecimiento de la coordinación sensorio-motriz, predisposición a la hipotensión postural, deterioro de la regulación de la temperatura corporal, (por lo tanto mayor predisposición a hipotermia o a “golpes de calor”), alteración en la apreciación del dolor visceral (lo que conduce a una presentación en forma confusa de enfermedades), disminución en la motilidad intestinal (constipación), trastorno en la regulación del tono muscular y del control de esfínteres involuntarios (incontinencia).
- 2) *Sistema locomotor*: existe predisposición a calambres musculares y a la formación de hernias, además de una debilidad muscular generalizada, producto de la atrofia y pérdida de la masa muscular; disminución de la elasticidad y resistencia de articulaciones, razón por

⁶Consecuencias de la Hospitalización En el Anciano[13]

la que se rigidizan y predisponen al dolor a causa de la degeneración de los ligamentos, tejido periarticular y cartílago. También se puede mencionar la existencia de osteoporosis, disminución de la estatura y disminución de la confianza y seguridad para la actividad.

- 3) *Sistema respiratorio*: podemos observar disminución de la capacidad vital de la eficiencia respiratoria y de los mecanismos de defensa del pulmón, lo que produce predisposición a infecciones; además existe un deterioro de la difusión de oxígeno e incremento en la rigidez torácica.
- 4) *Sistema cardiovascular*: es uno de los sistemas más afectados en el proceso de envejecimiento y sumamente difícil de discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías. Los cambios tienen directa relación con la bomba cardíaca y la circulación activa de la sangre, fluido vital para el desempeño de todas las funciones corporales observables y no observables. El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica aumentada y su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.
- 5) *Sistema tegumentario*: los cambios más visibles son los que afectan a la piel, la que se observa seca, arrugada, frágil y decolorada. El pelo se vuelve cano y no es raro observar su caída total o parcial. Las uñas se engrosan, se tornan frágiles y de lento crecimiento. También se forman placas seboreicas, disminuyen las propiedades de aislamiento de la piel necesarias para la termorregulación y la capacidad de protección de prominencias óseas, lo que hace que aumente la susceptibilidad a la formación de úlceras por presión.
- 6) *Sistema inmunológico*: existe una disminución de la respuesta inmunológica, por lo tanto, aumento de la susceptibilidad al desarrollo de infecciones, enfermedades autoinmunes y cáncer.
- 7) *Sistema de la audición y equilibrio*: existe una notable disminución de la capacidad auditiva (presbiacusia), además del deterioro del control postural reflejo produciendo disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad y predisposición a caídas por vértigo y mareo.
- 8) *Sentido de la visión*: las pupilas en el adulto mayor se contraen y los reflejos se vuelven lentos, se deteriora la agudeza visual y la tolerancia a la luz brillante. La adaptación a la oscuridad se vuelve más lenta y la apreciación del color y la percepción visuo-espacial son defectuosas.

b) Aspectos psicológicos:

Más que cambios psicológicos del envejecimiento podemos hablar de una evolución psicológica que experimenta la persona a medida que envejece. Varía de un sujeto a otro dependiendo del entrenamiento que haya tenido en la vida, del medio, su nivel intelectual y la actividad que haya desarrollado. Podemos encontrar ciertas modificaciones en:

- 1) *Personalidad*: si bien en esta etapa se acentúan algunos rasgos del carácter, en su conjunto, la personalidad no parece alterarse con la vejez, a menos que se produzcan modificaciones patológicas que no podrían incluirse dentro del envejecimiento fisiológico. El involuocionismo con que suele asociarse a la persona mayor forma parte de su menor capacidad de adaptación, cuya causa es el miedo frente a las situaciones desconocidas que está inducido por las limitaciones para resolver situaciones nuevas, de modo que desean ante todo un entorno estable y conocido que les ofrezca seguridad.
- 2) *Razonamiento*: con la vejez no se produce una disminución de la capacidad intelectual, aunque sí puede existir un enlentecimiento y falta de espontaneidad en los procesos de razonamiento; sin embargo, éste se compensa durante varios años con una mayor experiencia y conocimientos. Es cierto que disminuyen algunas habilidades cognitivas así como también se incrementan otras como la comprensión, la fluidez verbal o la flexibilidad.
- 3) *Memoria*: su disminución es la afección más generalizada de las capacidades intelectuales. La pérdida de la memoria se describe con más frecuencia entre los 60-70 años y puede representar pérdidas de hasta un 30 % sin signos acompañantes de patología cortical. Las memorias inmediatas y remotas parecen afectarse poco con el envejecimiento fisiológico, no así los sucesos recientes.
- 4) *Lenguaje*: los adultos mayores muestran incapacidad para nombrar objetos y personas, pero, separada de la capacidad intacta para describir su uso o función con detalle.
- 5) *Atención*: las personas mayores son capaces de atender bien a tareas simples, sin embargo, en las tareas complejas, que implican tener que dividir la atención, muestran un deterioro a medida que envejecen. Por eso es necesario alentarlas a que ejecuten las tareas en forma seriada y no intenten trabajar en varias tareas en paralelo.
- 6) *Imaginación y creatividad*: declinan muy tardíamente, dando paso en muchos casos, a períodos de florecimiento individual. Lo que se pierde en iniciativa se gana en clarividencia y perspicacia.
- 7) *Aprendizaje*: las personas mayores son capaces de aprender y participar de nuevas ideas. Los déficit sensoriales pueden dificultar el aprendizaje, pero no hay duda de que ellos estudian, trabajan, se perfeccionan, entre otras, implicándose en las nuevas tareas de una forma más selectiva que los más jóvenes, centrándose en aquello que les interesa o mantiene un significado especial para ellos.

No sólo los cambios fisiológicos pueden repercutir en la psicología de los adultos mayores; las relaciones interpersonales y el aspecto emocional-afectivo también hacen que este grupo etéreo pase por una serie de situaciones estresantes que generan alteraciones en su funcionalidad. Dentro de estas crisis no podemos dejar de mencionar la “concepción de la vida y la muerte”. Se hace presente el hecho de que la muerte está más cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato, se adquiere un nuevo sentido de vida y muerte, afirmación de sus valores y creencias aceptando la realidad de la muerte, la que es considerada por algunos como una liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas y por otros como una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la propia enfermedad. Tomar decisiones con respecto a la muerte es común a esta edad, dejando muy claro cuales son sus deseos. Sin embargo, en otras personas se produce una situación de rechazo al hecho de morir, ya que no lo aceptan como algo inherente a la condición humana sino que lo consideran incluso injusto y se aferran con todas sus fuerzas a la vida y a lo que ésta representa.

c) Aspectos sociales:

Una de las más graves amenazas que pesan sobre el anciano es el aislamiento: físico, espiritual, familiar y social.

La imagen social tiene que ver con el estatus social que viene determinado por el rol, que brinda identidad y reconocimiento social. El rol social se refiere a las costumbres y funciones de los individuos en relación a las sociedades a las que pertenecen. Es actuar conforme a lo que los demás esperan de cada persona. En cada fase de la vida se tiende a clasificar a las personas según su grado de productividad en la sociedad. Al anciano no se le asigna ninguna tarea específica y, por lo tanto, tiende a ser considerado como elemento improductivo del grupo al que pertenece. Esto hace que su autopercepción sea pensar que la sociedad los ve como personas molestas, inactivas, tristes, divertidas y enfermas (por este orden de importancia), mientras que ellos se ven, preferentemente, divertidos, inactivos, enfermos y molestos.

La ancianidad es un concepto asociado con la palabra pérdida de autonomía, de economía, de autosuficiencia material, de funciones sensoriales y locomotoras, afectivas y de compañía, de capacidad física vital, sexual, mental y social, pérdida o limitación en las posibilidades de comunicación, cuyas consecuencias son el estrés, la depresión, la angustia, la falta de autoestima y/o la inseguridad en el propio “yo”.

La pérdida se complica fuertemente cuando a las dificultades físicas se añaden las del medio circundante (lutos y la viudez) que priva de una compañía necesaria y constante; fallecimiento de los amigos íntimos y la jubilación, que separa de los compañeros de trabajo diario y añade monotonía al estilo de vida individual.

Dentro de todas las pérdidas que caracterizan esta etapa de la vida, las afectivas son las que adquieren mayor trascendencia, ya que van acompañadas de gran tensión emocional y sentimientos de soledad. Los viudos y las viudas deben adaptarse a una nueva situación y ello puede acarrear cambios en su vida: alejamiento de los amigos, traslado de residencias, nuevas responsabilidades, generando sentimientos de soledad que es muy difícil de superar, períodos de pena,

dolor y remordimiento, alternativamente unido a reacciones de cólera dirigidas tanto al desaparecido por haberle abandonado como hacia las personas que le rodean, en las que desplazan sus sentimientos y frustraciones, por eso muchas personas mayores deciden formar de nuevo otras parejas, ya que las necesidades emocionales requieren de la misma atención que en otra etapas de la vida. En las personas mayores que no han tenido pareja pareciera que se acepta mejor la soledad y que se está más preparado para afrontar los problemas, sin embargo, se vive con mayor dolor la pérdida de los amigos. Por otra parte la soledad es algo subjetivo; muchos adultos mayores viven con sus familias y se sienten solos.

En las familias se produce con frecuencia la violencia psíquica cuando los roles en la familia se invierten y el anciano deja de ser la autoridad, pasando a ser objeto de disciplina, recibiendo las mismas agresiones verbales y órdenes de otros miembros de la familia, humillaciones y falta de consideración, se convierte en motivo de conflictos y tensiones de la familia, tanto en crisis matrimoniales de sus hijos como problemas entre sus hijos y sus nietos. Los hijos consideran a sus padres como seres asexuados, ridiculizando y controlando esta faceta de la vida de los ancianos, con lo que se produce una violencia sexual. Existen los abusos económicos, como la malversación de fondos, el abuso, el fraude, el robo y la usurpación de fondos o bienes que pertenezcan a la persona mayor. El alojamiento en residencias e instituciones, en virtud de su disminución funcional, no es generalmente para los ancianos una solución idónea, ya que acentúa y agrava en ellos la noción de su propio envejecimiento y declive vital que les conduce al ensimismamiento psicopatológico, a la introversión y a la contemplación permanente de su próximo fin sin que perciban una perspectiva vital distinta. Todo esto en muchos casos lleva incluso al suicidio, como consecuencia de la anomia en que se encuentra. Debido a que estamos en una sociedad industrializada y con predominio urbano, donde prima la producción y el consumo, que inventó la jubilación y que divide a los grupos en productivos y no productivos, la ancianidad no es uniforme, no todos sus miembros tienen una situación económica y social idéntica, sino que existen enormes diferencias internas por razón de sexo, nivel educativo, ingresos, clase social y otros tipos de variables.

A la jubilación pueden acceder las personas que a cierta edad cesaron voluntaria o forzosamente su trabajo profesional por cuenta ajena o propia; es el término del desempeño de tareas laborales remuneradas. La jubilación, supone la interrupción de la vida laboral, disminución de los ingresos económicos habituales. Pero también supone la posibilidad de dedicarse a actividades diferentes, como recuperar el tiempo a compartir con el cónyuge y el resto de la familia, la perspectiva de hacer cosas que siempre se ha querido hacer y para las que antes no se encontraba la oportunidad o el momento. La jubilación es un fenómeno susceptible de provocar o predisponer al surgimiento de estados físicos y/o psicopatológicos. Debido a que no se continúa produciendo, ni aportando a la sociedad y no es capaz de valerse por sí mismo, ha pasado a ser dependiente, beneficiaria de una pensión y ajena al desarrollo socioeconómico. En las familias y en el conjunto de la sociedad hay que hacer un esfuerzo para recuperar el papel del adulto mayor, tanto por el bien de éstos como por el bien de la sociedad misma, de su equilibrio y de su estabilidad. Este esfuerzo debe doblarse en el caso de Chile por el proceso de envejecimiento por el que está pasando. La sociedad la forman todos y cada uno de los ciudadanos y sólo será una sociedad equilibrada si no se olvida a ninguno de sus miembros [15].

d) Aspectos de funcionalidad:

Uno de los parámetros que mide el estado de salud es la funcionalidad, la que se define como “La capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, biológico y social”⁷. La funcionalidad biológica es la que más valora el adulto mayor y la que quiere mantener mientras viva, de la funcionalidad psíquica desea un instante de lucidez más que de vida y de la funcionalidad social precisa suficiencia económica y relaciones sociofamiliares, políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le garanticen un bienestar mínimo “necesidades básicas garantizadas” (alimentación, vivienda, vestido, salud, cultura y ocio).[9]

El deterioro funcional es la pérdida de funcionalidad en el adulto mayor, manifestada por la condición de fragilidad y de enfermedad que afectan determinadas actividades. Aquellos habitualmente subestiman sus dolencias e incluso las asumen como consecuencias inevitables de la vejez. Para valorar la funcionalidad de un adulto mayor tanto en condiciones normales, como sometido a la hospitalización existen variados instrumentos que deben ser sencillos, objetivos y de aplicación fácil y rápida.

El más utilizado es el índice de Katz que mide las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); la escala de Barthel y la escala de Lawton Y Brody (exclusivo de Actividades Instrumentales Vida Diaria AIVD).

Estos instrumentos tienen como objetivo valorar en el adulto mayor las actividades de la vida diaria (AVD), es decir aquellas acciones que realiza una persona en forma cotidiana para su subsistencia y autocuidado. Entre ellas podemos diferenciar

- 1) *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*: Son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.
- 2) *Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*: Llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuenta el uso del teléfono, cuidado de la casa, salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos.
- 3) *Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)*: Son de mayor complejidad Ejemplo: ir de viajes, realizar transacciones financieras, funciones laborales.

Dentro de la funcionalidad, es necesario mencionar otro instrumento que determina el estado cognitivo del adulto mayor, el Minimental, basado en la medición de la orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria de evocación y lenguaje y construcción.

⁷Funcionalidad y Vejez[5]

2. *Síndromes Geriátricos:*

Para entender el impacto de la hospitalización en el anciano no basta con conocer las características biosicosociofuncionales, sino que es necesario mencionar también lo que se conoce como síndromes geriátricos, los cuales son un conjunto de signos y síntomas característicos del adulto mayor, que se aceleran con el aumento progresivo de la edad y se acentúan durante un proceso de hospitalización.

Estos síndromes incluyen

- a) **Estado confusional agudo (delirium):** es un trastorno mental orgánico transitorio, caracterizado por deterioro cognitivo global, con severo compromiso de la atención, cambios en el nivel de la conciencia, alteración de la actividad psicomotora y perturbación del ciclo sueño - vigilia, que se debe a una desestructuración de los mecanismos neurofisiológicos.

Es importante, dado que es común en la población anciana que permanece en instituciones, puede producir mortalidad, ya que el cuadro puede estar enmascarando a otra patología.

Es un síndrome multifactorial que relaciona un individuo vulnerable, con factores predisponentes previos y con factores precipitantes. A menudo es de comienzo agudo, precedido por insomnio o intranquilidad, que incluye siempre la reducción de atención, distractibilidad y falta de selectividad ante los estímulos. El episodio es de carácter breve, fluctuante, con síntomas de acentuación vespertina y de duración no mayor a un mes. Con frecuencia se detectan trastornos perceptivos, ideas delirantes, alucinaciones visuales, alteraciones en la orientación temporo - espacial y en la memoria reciente. Para tratar este síndrome existen medidas no farmacológicas, como la presencia de un acompañante permanente, una habitación privada, reorientación, contacto visual frecuente, instrucciones y explicaciones simples. También evitar las restricciones físicas y permitir que recobre la autonomía lo más pronto posible, minimizar los cambios en el cuarto y del personal, mantener un ambiente calmado, con pocos estímulos luminosos y sonoros y no interrumpir el sueño nocturno del paciente. Además pueden incluirse masajes, música y algunas técnicas de relajación. En cuanto a las medidas farmacológicas, no existe un fármaco específico para el manejo del delirium, sólo se trata sintomáticamente.

Se debe considerar que hay un grupo de ancianos con riesgo de padecer este síndrome, aquellos que reúnan las siguientes características: deterioro cognitivo, enfermedades asociadas, socialmente aislados o residiendo en ambientes nuevos, con depresión o portadores de defectos sensoriales y víctimas de polifarmacia.[4]

- b) **Incontinencia urinaria:** es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra. En un problema de alta prevalencia en instituciones geriátricas y hospitales generales, mayor en mujeres que en hombres (2:1 aproximadamente), aumentan a mayor edad y se relaciona estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y físico - funcionales. Cuando el grado de dependencia aumenta, también lo hace la frecuencia de la incontinencia urinaria.

Dentro de las principales causas se destacan: delirio, inmovilidad, retención urinaria, inflamación e infección de las vías urinarias, impactación fecal, poliuria y consumo de algunos fárma-

cos. Con el tiempo la incontinencia urinaria puede traer consecuencias tales como: infecciones y sepsis urinarias, maceración y molestias cutáneas, vergüenza y ansiedad, pérdida de la autoestima, aislamiento y depresión, dependencia, estrés en la familia y en los cuidadores, abandono de las actividades domésticas y sociales, predisposición a la institucionalización, elevado costo económico (catéteres, pañales, lavandería, tratamiento de las complicaciones, entre otros), más trabajo por parte del personal de enfermería y cuidadores.[4, 12, 16]

- c) **Caídas:** la inestabilidad de la marcha y las caídas son problemas frecuentes en el adulto mayor. Un tercio de los que viven en sus casas sufren una caída al año, de éstos aproximadamente uno de cuarenta ingresará a un hospital.

La edad está relacionada con el incremento del número de caídas y con su gravedad, puede ser desde una equimosis o contusión hasta fractura no expuesta, afectando preferentemente cabeza, cara, cadera, mano, hombro y tobillo, pudiendo causar complicaciones como discapacidad, hospitalización incluso la muerte. Según Kane, Ouslander y Abrass las caídas son un indicador de fragilidad en los adultos mayores y un factor predictor de muerte, ya que sólo el 50 % de los pacientes geriátricos hospitalizados por una caída estarían vivos al cabo de un año.

El hospital es uno de los lugares donde ocurren caídas, razón por la cual es muy importante prevenirlas a través de los cuidados de enfermería y un entorno seguro que incluya barandilla de la cama, frenos de la cama, iluminación, timbre de llamada, mobiliario, servicio accesible, orden, ropa y calzado adecuado.

Los pacientes expuestos a presentar caídas durante la hospitalización son aquellos que no solicitan ayuda al movilizarse y al deambular, aquellos que se encuentran con algún estado confusional, que están desorientados y/o alucinan, o aquellos con impotencia funcional, inestabilidad motora y/o debilidad muscular. También se observan caídas durante el postoperatorio inmediato, en aquellos adultos mayores sedados o que han ingerido algún tipo de fármaco que produzca depresión de conciencia. Aquellos pacientes que presentan una actitud resistente, agresiva o temerosa tienen mayor riesgo de presentar caídas.[19, 8]

- d) **Síndrome de inmovilización:** Descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro o alteraciones de las funciones locomotoras, debido a un trastorno músculo esquelético, alteración neurológica o de cualquier enfermedad específica que dificultan la función locomotriz. Cualquier enfermedad en el adulto mayor puede conducir a la inmovilidad, incluso luego de una enfermedad aguda tratada con éxito, existe la posibilidad que no recobre su independencia física, pérdida de la confianza o rigidez de las articulaciones. Por esta razón debe evitarse la inmovilización del anciano, incluso durante una enfermedad grave y comenzar la rehabilitación lo más pronto posible cuando los pacientes sienten debilidad en la marcha.

Se estima que sobre los 65 años el 18 % de las personas tiene problemas para movilizarse sin ayuda y a partir de los 75 años, más de la mitad tiene dificultades para salir de casa, estando un 20 % confinado en su domicilio. Los estudios dirigidos a analizar los registros del personal de salud ante este problema dan cuenta que muy pocas veces queda reflejado en la historia clínica y que, a menudo, el personal de salud no es capaz de definir el grado de movilidad de sus pacientes.

Muchos de los factores que influyen en el grado de movilidad de los pacientes entran de lleno en el terreno de la práctica de la enfermería, de forma que gran parte de las complicaciones del inmovilismo pueden evitarse con un tratamiento correcto del paciente por el equipo multidisciplinario.

La identificación de las causas tratables o modificables como lo son los factores ambientales permitirá elaborar los objetivos y un plan de acción que incluirá el tratamiento clínico cuando sea posible.

Los problemas de inmovilidad son frecuentes en los ancianos y no deben considerarse nunca como secuelas inevitables del envejecimiento, sino de uno o varios procesos patológicos. En general, responden bien al tratamiento, pero si no corrigen, empeoran aún más el estado funcional del enfermo. La inmovilidad representa un factor de riesgo muy grave en el anciano y debe evitarse por cualquier medio. Las intervenciones precoces, destinadas a mejorar la movilidad y prevenir las complicaciones aumentan, sin duda, la cantidad y calidad de vida de muchos adultos mayores. Para fomentar la movilidad se requieren en ocasiones un considerable esfuerzo para vencer, no sólo nuestra propia inercia, sino también la del paciente y de todos sus asistentes.

Se puede concluir, entonces, que la hospitalización en el anciano puede ser algo mucho más complejo que la enfermedad en sí misma y por esta razón es relevante estudiar factores que puedan influir en el estado de salud del adulto mayor con el fin de atenuar este impacto.

2.3.4. Gestión del Cuidado en el Adulto Mayor

La disciplina de enfermería está basada en distintas teorías que sustentan la labor de sus profesionales. Entre ellas se encuentra la “Teoría de Virginia Henderson”, quien fue una enfermera especializada en la docencia, creadora de una teoría que incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos en el concepto de Enfermería. Ella define el ejercicio de la Enfermería como sigue: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Esta teoría se basa en las necesidades básicas de un individuo, junto al fomento de su independencia en todo momento. Son 14 las necesidades básicas que describe Henderson:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

En una situación de normalidad, todas estas funciones son satisfechas por el mismo individuo, ya que tiene las capacidades para hacerlo (conocimiento, fuerza y voluntad). Al individuo que logra realizarlo se le denomina independiente, pero cuando una o más de las necesidades no se pueden cumplir, por falta de alguna de las capacidades, se torna un individuo dependiente, lo que puede ocurrir por diversas causas: físicas, psicológicas, sociológicas o por falta de conocimiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a satisfacer estas necesidades, o en su defecto, realizarlas por él, es lo que se denomina cuidados básicos de enfermería. Éstos, se aplican a través de la “Gestión del Cuidado”.

Para entender el concepto de “Gestión del Cuidado en el Adulto Mayor”, es necesario comprender el significado de gestión, el que se puede definir como actividades y tareas programadas, que se realizan para cumplir metas y objetivos establecidos, utilizando un mínimo de recursos humanos, financieros y materiales.

La gestión del cuidado en el adulto mayor hace referencia a la misma definición pero enfocada a las actividades que la enfermera y su equipo realizan para cumplir estas metas y objetivos, dirigidas al cuidado del adulto mayor en estado de salud y enfermedad.

La atención brindada a los adultos mayores es de tipo integral, la cual obtiene a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Están incluidas la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y además de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el adulto mayor.

Desde el punto de vista legal, la profesión de enfermería está incluida expresamente en dos textos legales, el primero, el artículo 113 del Código Sanitario, que declara a la profesión de enfermería como autónoma e independiente en el ámbito de su ejercicio, es la gestión del cuidado. Y el segundo corresponde a la Ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria que declara la gestión del cuidado como requisito mínimo y común en la reorganización de los Servicios de Salud, hospitales y centros de atención ambulatoria.

Uno de los objetivos que se busca lograr con la gestión del cuidado es satisfacer las necesidades de un individuo, familia y/o comunidad, en este caso, específicamente del adulto mayor, para esto es necesario tener las siguientes consideraciones: la salud de las personas disminuye a medida que envejecen, caracterizándose por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo. El organismo es muy similar a un motor que comienza a mostrar los efectos del uso prolongado, diversas partes del cuerpo comienzan a desgastarse y los diferentes sistemas son incapaces de tolerar el deterioro que soportaron cuando la persona era más joven.

Es debido a esto que la gestión del cuidado efectuada por el profesional de enfermería es de suma importancia, ya que a través de ésta se va a lograr satisfacer de manera eficiente las necesidades que los adultos mayores tienen.

“El cuidado de la vida de las personas y el respeto por el prójimo son valores humanos, que nacen en la familia y se van moldeando dentro de la sociedad.”

2.3.5. Acciones brindadas en la Gestión del Cuidado para el Adulto Mayor Hospitalizado

Al igual que todas las personas los adultos mayores tienen necesidades básicas que satisfacer, la diferencia es que muchos de ellos debido a sus condiciones físicas y psíquicas requieren de ayuda para poder satisfacerlas e incluso, un gran número necesita que un tercero realice las acciones para su cumplimiento. En el hospital el equipo de enfermería realiza diversas acciones dirigidas a satisfacer las diferentes necesidades, dentro de ellas podemos mencionar

1. Necesidad de alimentación

El mantenimiento de una ingesta adecuada así como el aporte nutricional suficiente, es básico para que el adulto mayor pueda tener el aporte energético necesario para desarrollar las AVD.

Esta necesidad es de vital importancia para la supervivencia del individuo y requiere por parte de la enfermera una intervención y un seguimiento continuo. Entre las actividades a realizar encontramos:

- Valorar condiciones del usuario para alimentarse (uso de prótesis dental, grado de funcionalidad, ingesta de comida y líquidos).
- Valorar la necesidad del usuario de lavarse los dientes, previo a las comidas y colocar la prótesis dental para facilitar la alimentación.
- Valorar la presencia de dolor a la hora de las comidas, no someterlo a tratamientos desagradables antes o después de éstas (enemas, cambio apósitos).
- Preparar al usuario para su alimentación (colocarlo en una posición cómoda, proporcionarle los medios adecuados para que se realice un lavado de manos donde su grado de funcionalidad le permita).
- Preparar el ambiente para la alimentación (aire fresco, sin olores desagradables, retirar bandejas de curación o de tratamientos que pudieran causar repugnancia en el paciente).
- Favorecer la compañía a la hora de las comidas por miembros del personal de enfermería o de algún familiar.
- Asistir la alimentación en caso de existir algún grado de compromiso de la funcionalidad o condiciones que no le permitan hacerlo por sí mismo.
- Proporcionar al usuario ayuda y/o los medios para que pueda lavarse las manos y dientes después de comer.
- Tomar medidas que favorezcan la alimentación del usuario: no apresurarlo, ofrecer pequeñas raciones de alimento, procurar que la temperatura de éstos sea la adecuada, usar bombillas para los líquidos y protegerlo con servilleta, retirar la bandeja en cuanto haya terminado de comer, entre otras.

2. Necesidad de eliminación

Es una necesidad importante de satisfacer durante el día, la labor del equipo de enfermería será crucial tanto en el paciente con alteración de la funcionalidad, como el paciente que presenta una limitación por su estado de salud. Entre las actividades más importantes a realizar por el equipo de enfermería encontramos:

- Al ingreso del usuario realizar una orientación del entorno, ubicación del baño, unidad, entre otros.
- Valorar periódicamente signos de retención urinaria.
- Proporcionar ayuda al usuario para ir al baño, si lo necesita.
- Ayudar al adulto mayor a asumir una posición natural para la micción.
- Proporcionar los utensilios para la eliminación urinaria o intestinal de manera oportuna procurando calentarlos con agua caliente previa a su utilización para evitar las molestias del metal frío, dándole tiempo necesario para mantener su intimidad, evitando exposición innecesaria de su cuerpo. Se debe esperar en caso de que necesite ayuda.
- Realizar balance de ingresos y egresos en caso necesario.
- Favorecer la realización de actividad física para favorecer el tránsito intestinal y vesical.
- Retirar los utensilios de eliminación intestinal y urinaria de manera inmediata después de su utilización, y brindar los medios para que el paciente se lave las manos.
- Indicar el uso de ropa cómoda y fácil de quitar.
- Favorecer dieta adecuada (rica en fibra, sin irritante, ni grasa en exceso).
- Realizar higiene perianal tras cada defecación con agua templada y con jabón neutro, teniendo cuidado en el sentido de la limpieza especialmente en mujeres.
- En caso de que el usuario se haya orinado o defecado en la cama, cambiar de inmediato las sábanas.

3. Necesidad de higiene

Mantenerse limpio, aseado y tener un aspecto saludable es una necesidad básica que han de satisfacerle el equipo de enfermería para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar.

Procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada, es imprescindible para proteger de las agresiones del medio y la penetración de elementos no deseados en el organismo.

- Valoración diaria de la piel en busca de lesiones, enrojecimientos o alergias cutáneas.
- Proporcionar ayuda o los utensilios necesarios para lavarse las manos y cara, antes y después del desayuno.
- Proporcionar ayuda o los utensilios necesarios para lavar las piezas dentales o prótesis dentales, después de cada comida.
- Proporcionar ayuda para ir al baño o realizar baño en cama, según las características del usuario.
- Valoración diaria de la ropa de cama, procurando que se encuentren limpias, sin arrugas, restos de comida u otra molestia.
- Planificar de forma sistemática un plan de cuidados higiénicos (baño, lavado de dientes, lavado de manos, cambio de ropa del usuario y de cama).
- Indicar la utilización de jabón neutro, champú suave y crema hidratante.
- Brindar ayuda o realizar corte de uñas, con cuidado por su fragilidad, sin apurarse demasiado, y en forma recta.
- Brindar ayuda o realizar aseo ocular y de oídos, aseando éstos con material limpio para cada uno y evitando introducir algo en su interior.
- En caso de que el usuario necesite ayuda para la actividad de higiene procurar que estas sean tareas sencillas, para favorecer el autocuidado.

4. Necesidad de reposo y sueño

La disminución de las horas de sueño o de descanso o alteración en el ritmo generan problemas de insatisfacción en el adulto mayor que se traducirán en todas las áreas de su vida cotidiana.

En el caso del adulto mayor el patrón del sueño presenta modificaciones. Presentará una mayor cantidad de tiempo dedicado a las fases de sueño más ligero y una menor cantidad de tiempo a las fases de sueño profundo.

Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades.

- Identificar la rutina respecto al patrón del sueño que tiene el adulto mayor (horas totales de sueño, inicio y finalización, siestas diurnas, número de veces que se despierta durante la noche).
- Conservar algunos de los rituales para dormir que el adulto mayor realiza en su casa, de esta manera se sentirá más seguro y descansará mejor.
- Descartar los trastornos del sueño debido a una enfermedad concreta, dolor o rigidez.

- Controlar la ingesta de líquidos durante las últimas horas de la tarde o primeras de la noche y recomendar la evacuación antes de acostarse.
- Recomendar al usuario el uso de prendas confortables y de tejidos naturales para favorecer la comodidad durante el sueño.
- Evitar que el usuario consuma té, café u otra bebida estimulante antes de dormir.
- Preferir la siesta durante la mañana y no durante la tarde, ya que las siestas en la mañana son más útiles porque son una continuación del sueño ligero MOR; en cambio, si la persona duerme por la tarde, con frecuencia tendrá un sueño pesado del cual despertará aturdida.
- Si es posible, aumentar la actividad física diaria para disminuir los posibles problemas articulares y lograr un sueño reparador.
- Enseñar técnicas de relajación que le faciliten el descanso.

5. Necesidad de actividad y movimiento

El mantenimiento de esta necesidad requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar AVD. Ya sea deambulación, alineación corporal, autocuidado (alimentación, baño, entre otros).

Garantizar que las diferentes estructuras (osteoarticular y neuromuscular), dentro de la dimensión física, así como el resto de las dimensiones: social, situacional y psicológica, permanezcan en las mejores condiciones, debe de ser uno de los objetivos del profesional de enfermería.

- Valoración de déficit sensorial que pueda presentar el usuario.
- Realizar actividades recreativas y fomentar la participación del usuario en estos, como ejemplo: lectura, ver TV, escuchar radio, realizar juegos, entre otros.
- Variar las cosas que le rodean al usuario, así sea su cama para que pueda ver por la ventana, lo que les proporciona una perspectiva diferente.
- Permitir y fomentar el uso de relojes de pared o de pulsera, calendarios, programas fijos de tiempo para las comidas, artes u oficio, programas regulares de TV y radio ya que ayudan a conservar a estas personas orientadas en cuanto a tiempo y espacio.
- Fomentar la lectura de revistas y diarios actuales, lo que les proporciona contacto con lo que sucede fuera del hospital y los mantiene entretenidos.
- Fomentar el autocuidado del usuario y permitir la realización de estas actividades por parte de éste.
- Informar al usuario sobre los riesgos de una actividad física inadecuada, así como del hábito sedentario.

- Realizar un programa de ejercicios activos y/o pasivos, asistidos (estos tienen que ser individualizados) en función del adulto mayor con el que se está trabajando y teniendo presente los recursos materiales con los que se cuenta.
- Concienciar al adulto mayor para que viva los cambios del proceso de envejecimiento de forma normal y no como una limitación que le hace estar pasivo.

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

3.1.1. Constitución y Organización de Grupo Tesis

El grupo de seminario tesis se constituyó por afinidad en abril del año 2005, lo conformaron siete (7) tesis que hasta ese entonces cursaban el cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El tema seleccionado para el desarrollo de la tesis pertenece al área médico quirúrgica, y fue escogido por decisión grupal, lo que concordaba con las inclinaciones personales, debido a la alta demanda que presentó en el curso la preferencia escogida, se enfrentó un sorteo en el cual fuimos beneficiados por el azar.

Durante el desarrollo de nuestra tesis contamos con la asesoría de una docente del área médico quirúrgica de nuestra escuela, la Profesora Isabel Siefer, y una docente ayudante, la Profesora Johana Vidal.

El trabajo comenzó a mediados de abril. Durante nuestra primera sesión se nos dió a conocer la forma de desarrollo del seminario de tesis y sus evaluaciones. Se distribuyeron los cargos organizacionales; Presidente: Maria José Cornejo, Secretaria y Tesorera: Ahimsa Galea, cargos que presentarán una modificación durante el mes de junio por problemas personales de una de los integrantes por lo que los cargos se redistribuyeron nuevamente, como sigue; Presidente: Pamela Díaz, Secretaria: Nicole Lorié y Tesorera: Ahimsa Galea, conformación que se conservó durante el resto del trabajo. También, durante la primera sesión, se confeccionó junto a la docente guía el cronograma anual de trabajo dividido en sesiones regulares los días viernes de 14:30 a 16:00 hrs. en una sala de seminario de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, contemplando sesiones extraordinarias cuando fueran necesarias.

El trabajo comenzó con la revisión bibliográfica acerca de la demografía y epidemiología de Chile, del equipo de enfermería, del adulto mayor hospitalizado, sobre los cuidados ideales, búsqueda que abarcó libros, revistas e internet. El trabajo individual, previa confección de fichas bibliográficas y resúmenes, eran analizados de manera grupal en cada reunión de tesis siendo compartidos y discutidos. Todo este trabajo nos permitió delimitar el problema y así enfocar la revisión bibliográfica hacia los aspectos más relevantes del problema a investigar.

La metodología de trabajo grupal estuvo basada en un cronograma de actividades en el cual se organizaron las tareas, actividades y reuniones con y sin docente, tanto en el horario destinado por malla curricular para tesis, como en horarios extras, como fines de semana y tardes luego de terminadas las jornadas en las distintas cátedras.

3.1.2. Tipo de Estudio

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo.

3.2. Definición del Universo

Para el estudio se determinó un universo compuesto por la totalidad de los adultos mayores hospitalizados en los sectores de hombres y mujeres del Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke (HGF). Se consideraron aquellos pacientes que estuvieran hospitalizados durante las visitas realizadas por los tesisistas durante los meses de diciembre y enero para la observación de los cuidados otorgados por el equipo de enfermería.

3.3. Diseño Muestral

La muestra se obtuvo a través de un censo, ya que los instrumentos se aplicaron a todos los pacientes mayores de 65 años hospitalizados ya sea en sector de hombres o de mujeres del Servicio de Medicina del HGF.

Finalmente se obtuvo una muestra de 68 adultos mayores.

3.4. Metodología de Recolección de Datos

Para la investigación se utilizaró en total cuatro (4) instrumentos, dos de los cuales están previamente validados y corresponden a Minimental e Índice de Katz. Además se diseñaron cuatro instrumentos de recolección de datos: "Hoja de Intervenciones de Enfermería", que incluye clasificaciones según grado de dependencia y tres "Hojas de Atención del Técnico Paramédico", (una hoja para cada grado de dependencia). Estos instrumentos fueron aplicados por los tesisistas teniendo en consideración la clasificación de funcionalidad (Índice de Katz) previamente realizada. Los datos necesarios para completar las pautas de prestaciones fueron obtenidos de los registros en la ficha del paciente y se consideró además las referencias de pacientes, de compañeros de sala y familiares según sea el caso.

Los instrumentos diseñados por el grupo de tesisistas fueron sometidos a una prueba de validación en el servicio de Medicina del HCVB, en noviembre del 2005, luego de lo cual, se corrigieron y reestructuraron obteniendo los definitivos.

La recolección de datos fue realizada por alumnos tesisistas durante tres (3) visitas al servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke, entre las 14:30 y las 19:30, horario acordado previamente con la Enfermera Supervisora, ya que consideró que era el horario de menos carga laboral.

3.4.1. Descripción de Instrumentos

En nuestra investigación aplicamos cuatro (4) instrumentos:

1. **Hoja de Intervenciones de Enfermería:** previa aplicación de este instrumento se realiza una clasificación de los adultos mayores hospitalizados de acuerdo a su grado de dependencia en: autovalente, semivalente y dependiente. Para este efecto, se hizo una categorización confeccionada por los tesisistas basados en el Índice de Katz.
 - a) Se consideró paciente autovalente a aquel que en el Índice de Katz obtuviera una clasificación A o B.
 - b) Se consideró paciente semivalente a aquel que en el Índice de Katz obtuviera una clasificación C, D o E.
 - c) Se consideró paciente dependiente a aquel que en el Índice de Katz obtuviera una clasificación F o G.

La hoja del instrumento se divide en tres ítems, cada uno representa un grado de dependencia. Se contesta sólo 1 ítem por paciente, de acuerdo a la categorización que se le otorga. Cada ítem se compone de diferentes prestaciones de enfermería, los cuales deben ser contestados con SI o NO, clasificándose la categoría finalmente como cumplida o no cumplida.

2. **Hoja de Atención de Técnico Paramédico:** se utiliza la misma categorización anterior (autovalente, semivalente, dependiente), existiendo una hoja por categoría, la cual se divide en varios ítems. Cada uno representa una necesidad: higiene, actividad, alimentación y eliminación, en cada una de ellas hay prestaciones de enfermería que deben ser contestadas con SI o NO aludiendo a si se realizan o no.
3. **Minimetal abreviado:** para la aplicación de este instrumento que mide aspectos cognitivos, utilizamos su versión abreviada, sólo fue aplicado a los adultos mayores capacitados para responder.
4. **Índice de Katz:** la Escala de Índice de Katz consta de 6 ítems, cada uno correspondiente a una necesidad considerada en el estudio. Cada ítem posee dos opciones de respuesta: dependiente o independiente, en el que se debe responder sólo una (1) de acuerdo a los criterios descritos en el instructivo de uso de este instrumento.

Una vez aplicado, se realizó un recuento de las respuestas agrupadas en independiente o dependiente. De acuerdo a esto, se clasifica en autovalente, semivalente o dependiente, según clasificación adecuada por los tesisistas para esta investigación.

3.5. Criterio de Análisis de Datos

Para la realización del análisis de los datos, el grupo de tesisistas decidió acudir a estadísticos con mayor experiencia para obtener ayuda. Los datos recopilados fueron tabulados por los integrantes de la tesis y entregados a la persona encargada de hacer los gráficos y los cuadros solicitados, quién utilizó un programa estadístico llamado STATA.

Una vez entregada la información a los integrantes del grupo, se comenzó el análisis de cada cuadro y gráfico respectivamente.

La presentación final de los datos y de la tesis se hizo utilizando un programa desarrollado especialmente para la presentación de investigaciones científicas llamado Latex2.

3.6. Organización del Trabajo en Terreno

Previo a la aplicación de los instrumentos fue necesario enviar cartas a la dirección del Hospital Gustavo Fricke y a la enfermera supervisora del Servicio de Medicina del mismo establecimiento, con el objetivo de solicitar la aprobación para llevar a cabo el estudio en dicho recinto hospitalario. En la carta se mencionaba en términos generales en qué consistía el estudio, la fecha de aplicación de instrumentos, el nombre de los tesisistas que asistirían en dicho período, además de solicitar colaboración en la aplicación de dichos instrumentos. Además, unos días antes de comenzar a aplicar los instrumentos se conversó telefónicamente con la enfermera supervisora a quién se consultó sobre el tipo de presentación personal necesaria y horarios más propicios para asistir al Servicio. Se acordó la vestimenta: delantal blanco y piocha, y horarios más adecuados, después de las 16:30 (horario de visitas).

La mayor parte de los datos necesarios fueron recolectados por los alumnos tesisistas dentro de los plazos acordados, entre el 15 de diciembre y el 20 de enero del 2006. Durante este período se realizaron las tres (3) visitas acordadas los días 11 de diciembre del 2005 y 2 y 13 de enero del 2006.

Capítulo 4

RESULTADOS

4.1. Resultado y Análisis Descriptivo

Se aplicaron herramientas descriptivas a los datos recopilados con el fin de realizar este estudio. Se utilizaron tablas para determinar las frecuencias y una serie de gráficos para determinar analíticamente las proporciones de las variables del estudio.

A continuación se dará a conocer el desglose del análisis descriptivo:

Diagnóstico de Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Cardiovascular	34	50
Respiratorio	11	16.18
Uronefrológico	8	11.76
Digestivo	6	8.82
Endocrino	3	4.41
Nervioso	3	4.41
Otro	3	4.41
Total	68	100

Cuadro 4.1: Diagnóstico de Ingreso de los pacientes

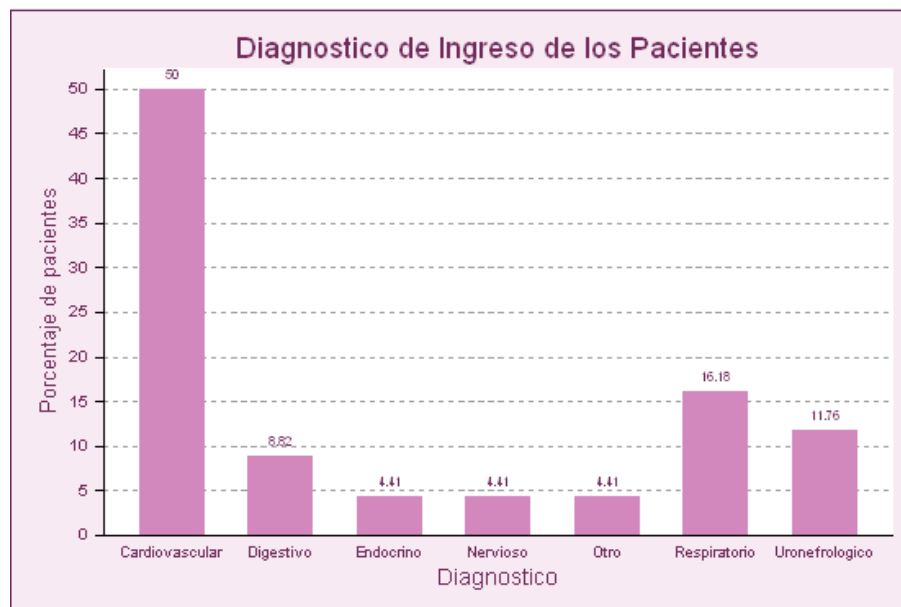


Figura 4.1: Diagnóstico de Ingreso de los pacientes

Se aprecia que para los diagnósticos de ingresos un claro predominio de las enfermedades cardiovasculares representando a la mitad de ellos, seguido de las enfermedades respiratorias. Las de menor incidencia son las

enfermedades endocrinas, nerviosas y otras. Con esto nos damos cuenta de que la muestra es representativa, ya que los datos obtenidos coinciden con las estadísticas de morbi-mortalidad del adulto mayor, no sólo en la quinta región, sino que a nivel nacional.

Grado de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Autovalente	17	25
Semivalente	11	16.18
Dependiente	40	58.82
Total	68	100

Cuadro 4.2: Clasificación según Grado de Dependencia

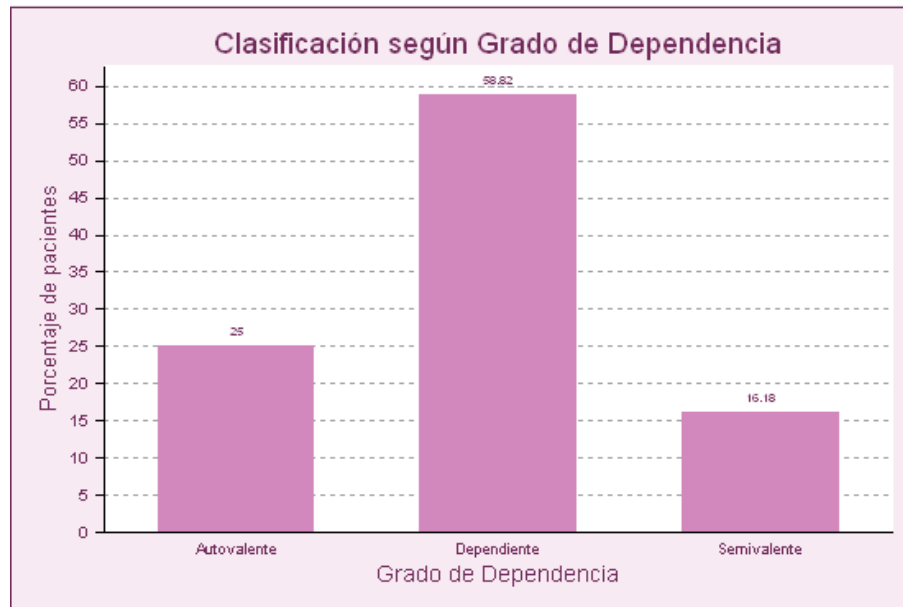


Figura 4.2: Clasificación según Grado de Dependencia

De los 68 pacientes que forman parte del universo de nuestro estudio, clasificados según su grado de dependencia, utilizando la Escala de Índice de Katz modificada, se obtuvo que más de la mitad corresponde a pacientes dependientes, mientras que sólo un cuarto de ellos, son pacientes autovalentes. El gran número de pacientes dependientes (58.82 %) nos da cuenta de la importancia de la planificación y ejecución de los cuidados otorgados por el equipo de enfermería durante el período de hospitalización, de acuerdo a una previa clasificación del grado de dependencia.

Grado de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje según Total
Autovalente	0	0	0
Semivalente	2	8.33	2.94
Dependiente	22	91.67	32.35
Total	24	100	35.29

Cuadro 4.3: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes sin Minimental

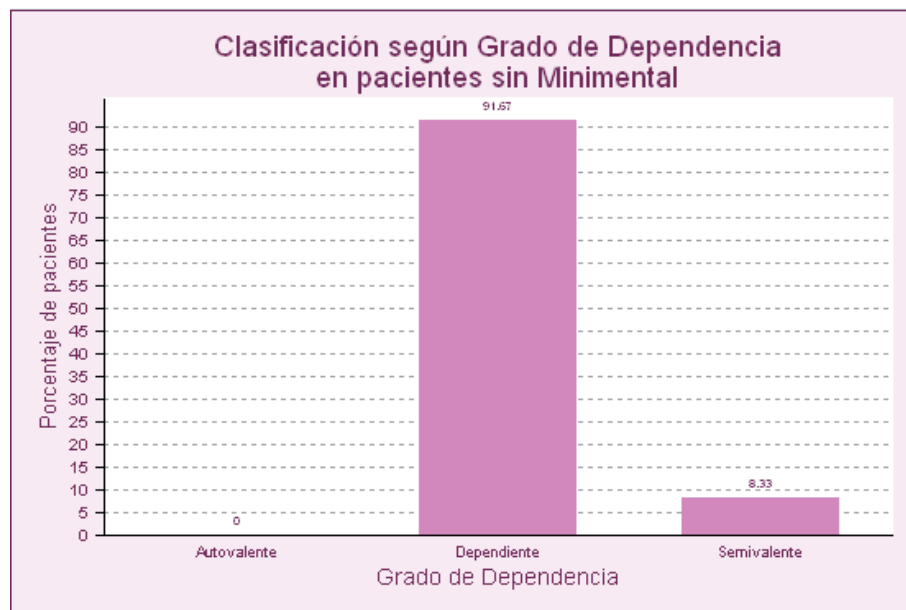


Figura 4.3: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes sin Minimental

Un total de 24 pacientes no fueron capaces de responder el Minimental, debido al compromiso de conciencia que presentaban; casi la totalidad corresponde a pacientes dependientes y a sólo dos adultos mayores semivalentes. Por el contrario, todos aquellos clasificados como autovalentes, fueron capaces de desarrollar este instrumento. Con esto podemos concluir que existe relación entre la dependencia física y la alteración de conciencia, lo que refleja la importancia de considerarlas al momento de planificar la atención de enfermería, con el fin de prevenir el progreso del deterioro físico a partir de la alteración de conciencia.

Grado de Dependencia	Observaciones	Promedio	Des. Estándar	Mínimo	Máximo
Autovalente	17	15	4.38	3	19
Semivalente	9	12	3.77	7	18
Dependiente	18	10	3.33	7	17

Cuadro 4.4: Puntaje Promedio de Minimental según Grado de Dependencia

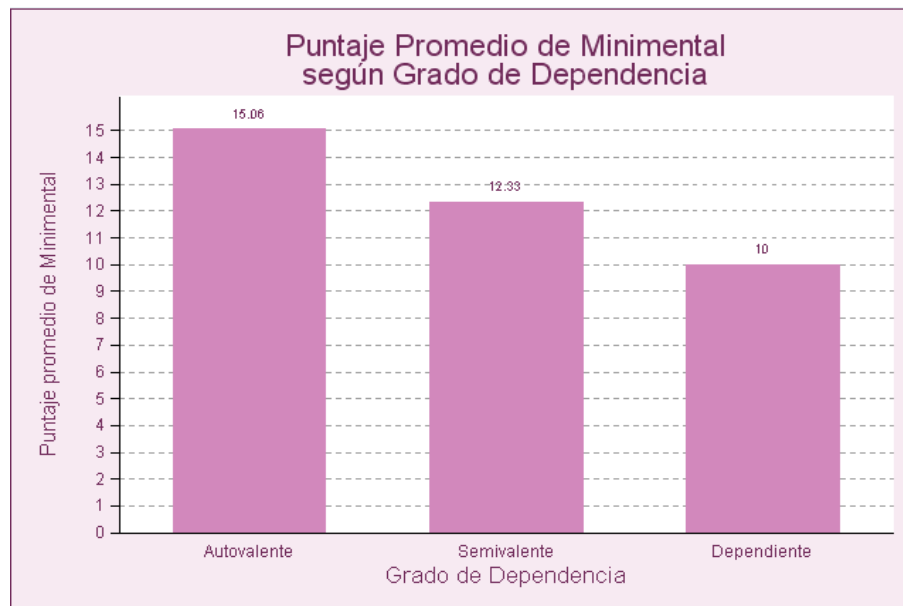


Figura 4.4: Puntaje Promedio de Minimental según Grado de Dependencia

De los 44 pacientes que fueron capaces de responder el Minimental, 17 de ellos clasificados como autovalentes, obtuvieron un puntaje máximo de 15 puntos, lo que indica un parámetro normal para dicho instrumento; 9 pacientes clasificados como semivalentes, obtuvieron un puntaje promedio de 12 puntos y 18 pacientes clasificados como dependientes, un promedio de 10 puntos, lo que indica que ambos grupos tienen puntajes alterados para el Minimental. Esto refleja que existe concordancia entre el grado de dependencia y el puntaje promedio obtenido en el Minimental, ya que los pacientes semivalentes y dependientes presentan un mayor compromiso del estado cognitivo que los pacientes autovalentes.

Grado de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje según Total
Autovalente	4	16.67	9.09
Semivalente	5	20.83	11.36
Dependiente	15	62.50	34.09
Total	24	100	54.55

Cuadro 4.5: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental alterado

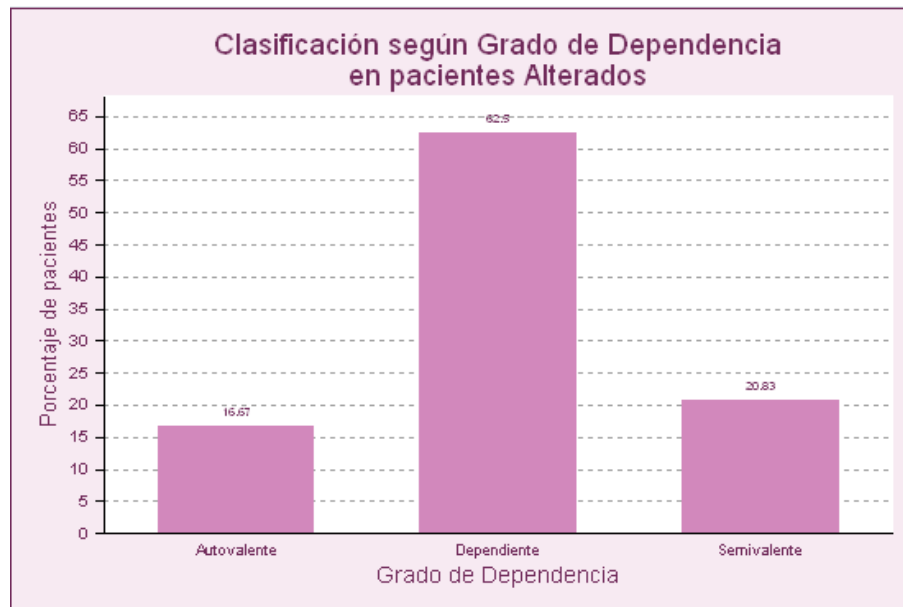


Figura 4.5: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental alterado

Grado de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje según Total
Autovalente	13	65	29.55
Semivalente	4	20	9.09
Dependiente	3	15	6.82
Total	20	100	54.55

Cuadro 4.6: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental normal

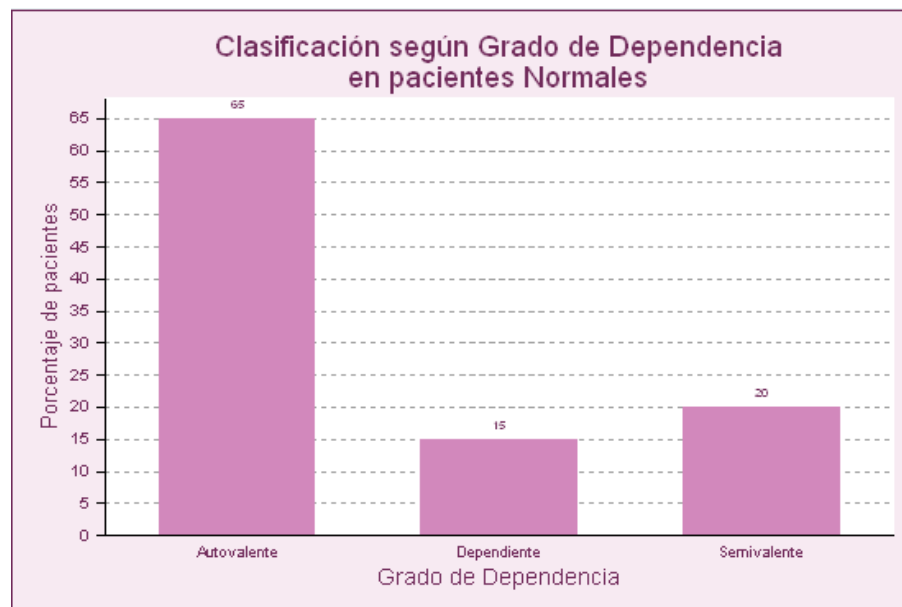


Figura 4.6: Clasificación según Grado de Dependencia en pacientes con Minimental normal

Más de la mitad de los pacientes a los cuales se le aplicó el Minimental, obtuvieron resultados alterados, siendo en su mayoría pacientes dependientes. Por el contrario, poco menos de la mitad de los pacientes que respondieron el Minimental, obtuvieron un puntaje mayor o igual a 14 puntos, por lo que, fueron clasificados dentro del rango normal, perteneciendo el mayor porcentaje de estos a los autovalentes seguido con porcentajes similares, los semivalentes y dependientes.

Minimental Abreviado	Grado de Dependencia						Total	%
	Autovalente	%	Semivalente	%	Dependiente	%		
Alterado	4	23.53	5	55.56	15	83.33	24	54.55
Normal	13	76.47	4	44.44	3	16.67	20	45.45
Total	17	100.00	9	100.00	18	100.00	44	100.00

Cuadro 4.7: Relación entre el Minimental abreviado y Grado de Dependencia

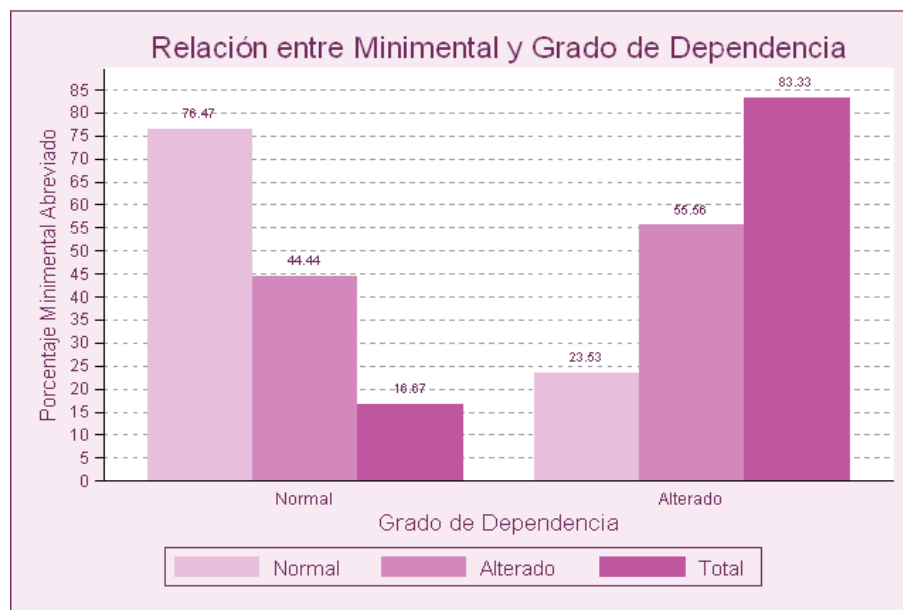


Figura 4.7: Relación entre Minimental y Grado de Dependencia

Podemos concluir que un pequeño porcentaje de los pacientes autovalentes tiene un Minimental abreviado alterado, por el contrario la mayoría (83.33 %) de los pacientes dependientes, obtuvieron resultados alterados para dicho instrumento. En relación a los pacientes semivalentes, podemos observar que la diferencia entre resultados alterados y normales es poco significativa. Sin embargo, en el grupo de pacientes dependientes, la diferencia entre resultados normales y alterados se acentúa, predominando esta última por sobre tres cuartos de los pacientes.

Edad	Grado de Dependencia						Total	%
	Autovalente	%	Semivalente	%	Dependiente	%		
65-69	4	23.53	2	18.18	4	10.00	10	14.71
70-74	4	23.53	2	18.18	5	12.50	11	16.18
75-79	7	41.18	5	45.45	10	25.00	22	32.35
80-84	2	11.76	2	18.18	9	22.50	13	19.12
85-89	0	0.00	0	0.00	7	17.50	7	10.29
90-95	0	0.00	0	0.00	5	12.50	5	7.35
Total	17	100.00	11	100.00	40	100.00	68	100.00

Cuadro 4.8: Grado de Dependencia según edad de los pacientes

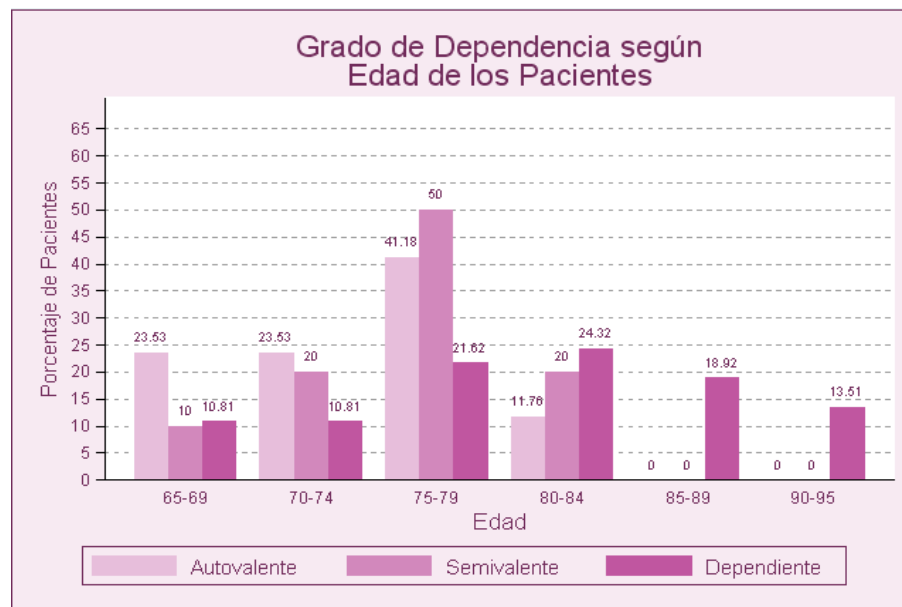


Figura 4.8: Grado de Dependencia según edad de los pacientes

Llama la atención que el mayor número de adultos mayores hospitalizados se encuentra en el rango de edad de 75 a 79 años (32.35 %), existe además un número no despreciable de adultos mayores de más de 80 años (36.7 %). En relación al grupo etéreo, podemos observar que a menor edad, un mayor porcentaje de los adultos mayores son clasificados como autovalentes y que a medida que la edad avanza, éstos van adquiriendo mayor dependencia, lo que se traduce en que la totalidad de los adultos mayores que tienen entre 85 y 95 años, sean clasificados como dependientes. Podemos concluir que a mayor edad, mayor dependencia y que a menor edad, mayor autovalencia. Esta situación nos plantea un gran desafío como futuros profesionales de enfermería en relación a los adultos mayores autovalentes y semivalentes, ya que el tener cierto grado de autovalencia nos motiva a mantener y fomentar su independencia, impidiendo que la situación de estrés provocada durante la hospitalización se sume a su situación de salud, en desmedro de su autonomía.

Minimental Abreviado						
Edad	Alterado	%	Normal	%	Total	%
65-69	2	8.33	6	30.00	8	18.18
70-74	3	12.50	5	25.00	8	18.18
75-79	8	33.33	6	30.00	14	31.82
80-84	5	20.83	3	15.00	8	18.18
85-89	4	16.67	0	0.00	4	9.09
90-95	2	8.33	0	0.00	2	4.55
Total	24	100.00	20	100.00	44	100.00

Cuadro 4.9: Minimental abreviado según edad de los pacientes

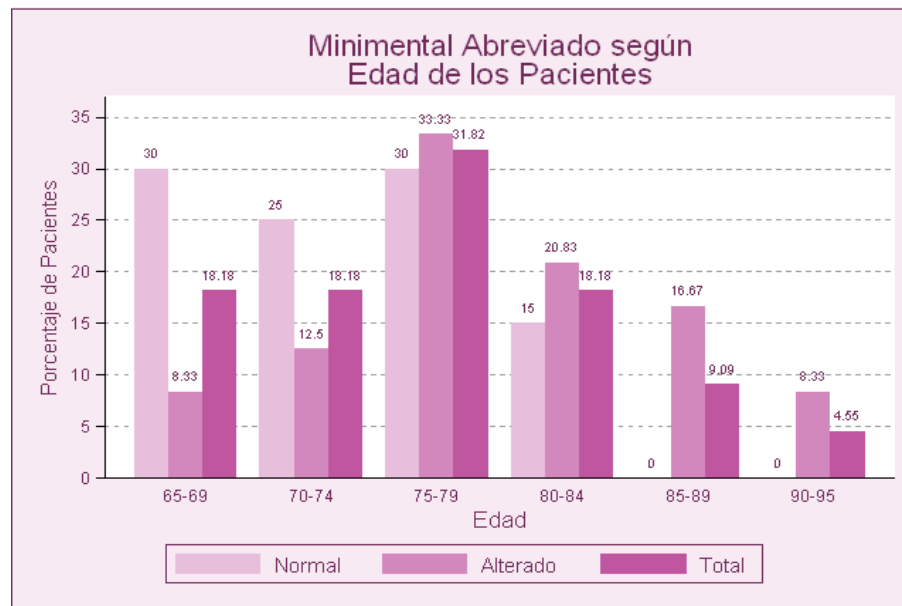


Figura 4.9: Minimental abreviado según edad de los pacientes

Entre los 65 y 74 años, observamos que existe un predominio de Minimental con resultados normales por sobre los que tienen resultados alterados, sin embargo, dentro del grupo etáreo entre los 75 y 84 años ocurre la situación contraria. En los pacientes mayores de 85 años sólo se presenta Minimental con resultados alterados. Podemos concluir que a mayor edad, mayor dependencia y por lo tanto, mayor número de Minimental alterados, lo que refuerza lo planteado como desafío de enfermería en el comentario anterior.

Intervenciones de Enfermería

Cumplimiento	Sí	%	No	%
Ingreso según Funcionalidad	4	23.53	13	76.47
Planificación de Intervención	16	94.12	1	5.88
Educación al alta	0	0	17	100

Cuadro 4.10: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Autovalentes según Índice de Katz

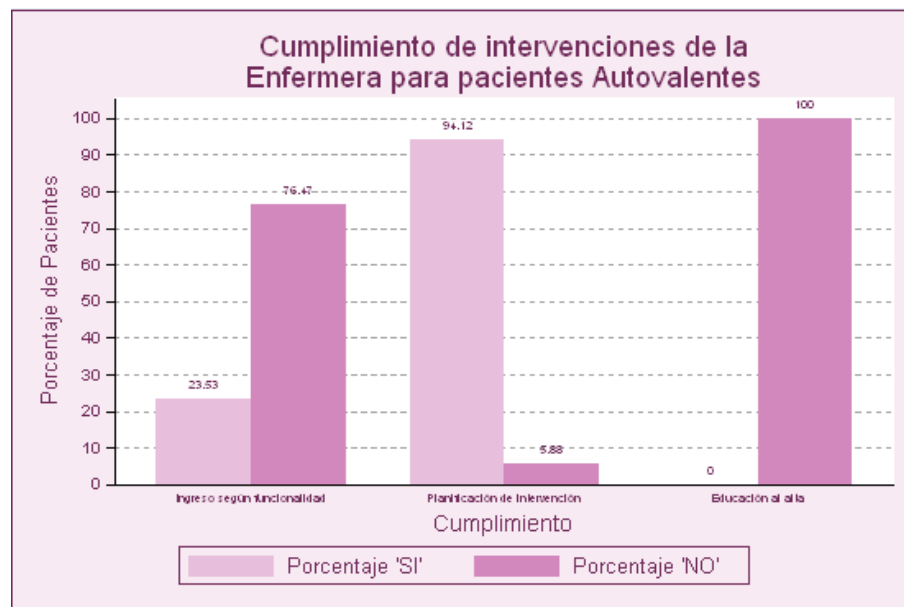


Figura 4.10: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Autovalentes

Tanto la tabla como el figura reflejan que más de las tres cuartas partes de los ingresos, no son realizados según funcionalidad. Llama la atención que a la totalidad de los pacientes incluidos en la investigación no se les realizó educación al alta, sin embargo, se destaca la labor de enfermería en la planificación de las intervenciones en forma diaria en casi la totalidad de los pacientes (94.12 %). En relación al ingreso según funcionalidad, es probable que no se realice a la gran mayoría de los pacientes, ya que son autovalentes y por lo mismo no lo necesitarían. Consideramos que la planificación de la intervención de enfermería se cumple casi en la totalidad de pacientes, ya que toda la atención de enfermería se basaría en dicha planificación. Respecto a la educación al alta, podemos inferir que la razón más importante por la que se considera como no realizada en esta investigación, sería la ausencia de registro de la misma, por ser realizada de manera informal en algunas ocasiones o definitivamente ausente.

Cumplimiento	Sí	%	No	%
Ingreso según Funcionalidad	3	27.27	8	72.73
Planificación de Intervención	10	90.91	1	9.09
Evolución diaria	1	9.09	10	90.91
Utiliza Protocolo de Caídas	0	0	11	100
Educación al alta	0	0	11	100

Cuadro 4.11: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Semivalentes

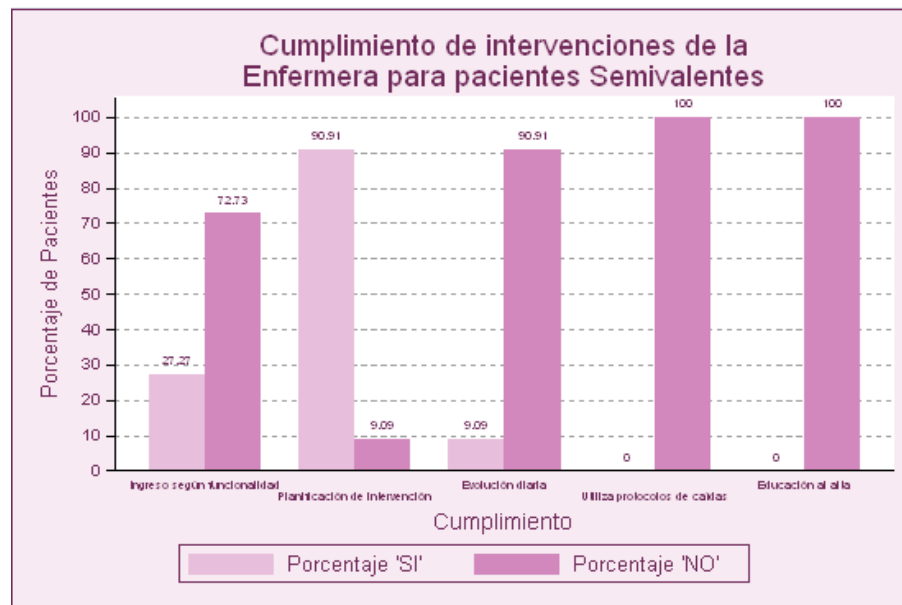


Figura 4.11: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Semivalentes

Casi las tres cuartas partes de los ingresos de los pacientes semivalentes no son realizados según su funcionalidad, lo que se asemeja al caso de los autovalentes, con la diferencia que en esta situación, esta categorización según funcionalidad debería existir. Escasamente, se realiza una evolución diaria de los pacientes (9.09%), lo que podría influir negativamente en la atención de salud de los pacientes, ya que se perdería la continuidad de ella. Esto podría deberse a que no se registra y/o llevan a cabo las evoluciones por falta de tiempo producto de la sobrecarga laboral, escaso personal o desconocimiento de la importancia de esta actividad. Destaca la ausencia de educación al alta y la no utilización del protocolo de caídas. En la primera, ocurre lo mismo que en los pacientes autovalentes, es decir que existe ausencia de registro de la misma, por ser realizada de manera informal. En la segunda se desconoce la razón, ya que los profesionales de enfermería reconocen la existencia de dichos protocolos pero aceptan que no los usan.

Cumplimiento	Sí	%	No	%
Ingreso según Funcionalidad	0	0	40	100
Categorización según Nivel de Dependencia	36	90	4	10
Planificación de Intervención	40	100	0	0
Evolución diaria	10	25	30	75
Utiliza Protocolo de Caídas	0	0	40	100
Utiliza Protocolo de UPP	0	0	40	100
1 Entrevista con familiar Previa al Alta	3	7.5	37	92.5
Educación al alta	1	2.5	39	97.5

Cuadro 4.12: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Dependientes

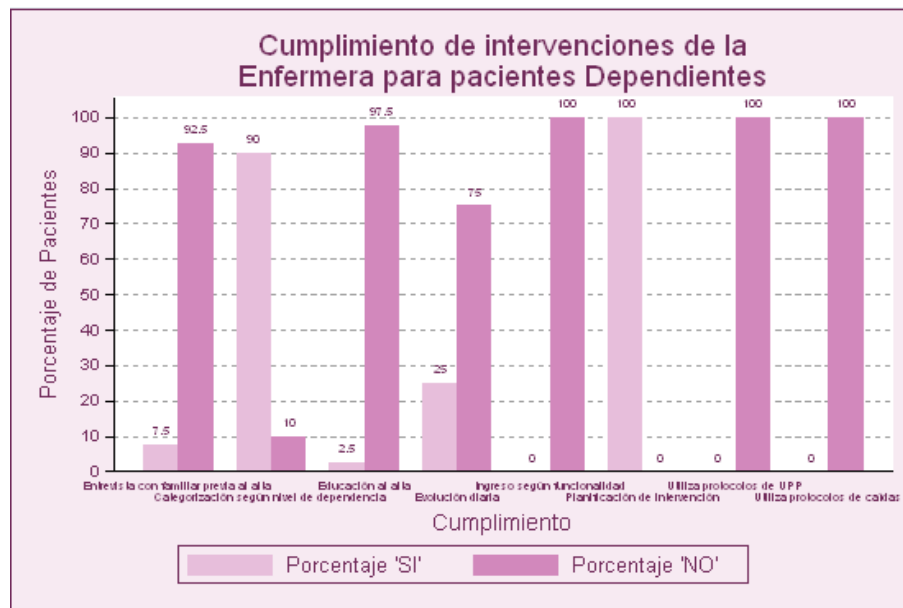


Figura 4.12: Cumplimiento de intervenciones de Enfermería para pacientes Dependientes

Se observa que las dos actividades relacionadas con el alta, entrevista y educación, tienen muy bajo cumplimiento, por lo que se puede inferir que el alta no está bien preparada. Esto podría deberse a que en el horario de visita la enfermera tiene muy poco o ningún contacto con familiares, a la falta de formalidad del proceso de alta y/o ausencia de registro de ambas actividades.

El ingreso por funcionalidad no se realiza, a pesar de que en este tipo de pacientes implica mayor importancia que en el resto.

La utilización de protocolos, tanto de caídas como de úlceras por presión, no se cumple en ninguno de los casos; en pacientes dependientes estas actividades adquieren mayor importancia, ya que es el profesional de enfermería el encargado de planificar los cuidados del paciente.

La evolución diaria se realiza en la cuarta parte de los pacientes, lo que afecta negativamente la atención, ya que no existen registros sobre el estado de salud y cuidados otorgados. Por lo tanto no se cuenta con un respaldo legal para que el profesional de enfermería que acredite la evolución del paciente, aparte de las intervenciones brindadas durante la hospitalización.

Atenciones del Técnico Paramédico

Grado de dependencia	Tarea	si	%	no	%	Medianamente Cumplido	%	No Requiere	%
Autovalente	Higiene	12	70.59	0	0.00	5	29.41	0	0.00
	Alimentación	11	64.71	2	11.76	0	0.00	4	23.53
	Actividad	7	41.18	8	47.06	0	0.00	2	11.76
	Eliminación	3	17.65	0	0.00	1	5.88	13	76.47
Semivalente	Higiene	1	9.09	2	18.18	8	72.73	0	0.00
	Alimentación	3	27.27	0	0.00	0	0.00	8	72.73
	Actividad	0	0.00	6	54.55	5	45.45	0	0.00
	Eliminación	5	45.45	1	9.09	2	18.18	3	27.27
Dependiente	Higiene	0	0.00	4	10.00	36	90.00	0	0.00
	Alimentación	23	57.50	0	0.00	3	7.50	14	35.00
	Actividad	0	0.00	31	77.50	7	17.50	2	5.00
	Eliminación	22	55.00	9	15.00	5	12.50	4	10.00

Cuadro 4.13: Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para los pacientes Autovalentes, Semivalentes y Dependientes.

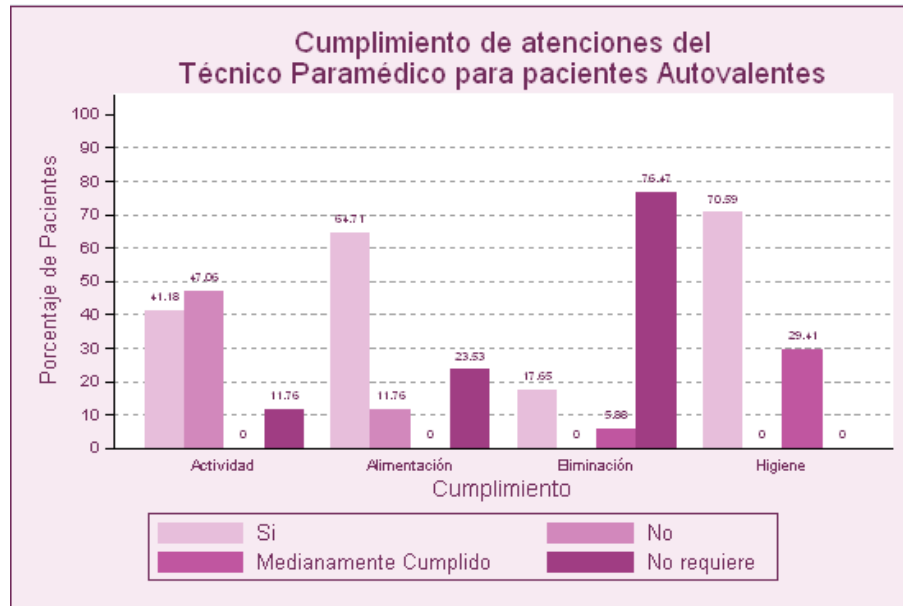


Figura 4.13: Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Autovalentes

La satisfacción de la necesidad de eliminación en la mayoría de los pacientes de este grupo (76.47 %) no requiere cuidados por parte del personal paramédico, ya que son pacientes que deambulan de manera independiente, lo que les permite realizarse los cuidados básicos.

En la necesidad de actividad, más de las tres cuartas partes (88.24 %), requieren de cierto apoyo por parte del personal para satisfacerla, sin embargo a menos de la mitad de los pacientes se les apoya en la satisfacción de ésta. Existe una proporción importante de pacientes (47.06 %) a quienes no se les satisface esta necesidad.

En la necesidad de alimentación, un poco menos de un cuarto de los pacientes no requería la satisfacción de esta necesidad por parte del personal paramédico. De las tres cuartas partes que sí lo requerían, en más de la mitad de los pacientes se cumple con los cuidados, sin embargo, a un décimo de la muestra no se les satisface esta necesidad.

En relación a la necesidad de higiene, al analizar los datos obtenidos, al total de los pacientes se les atiende esta necesidad en algún grado y a más de la mitad se les satisface completamente.

A pesar de que este grupo, según funcionalidad, es clasificado como autovalente, no podemos, como profesionales encargados del bienestar biosicosociofuncional del paciente, pasar por alto u obviar su cumplimiento, es por esto que es de vital importancia la supervisión del personal en las acciones de enfermería y la observación constante de los pacientes durante toda su hospitalización.

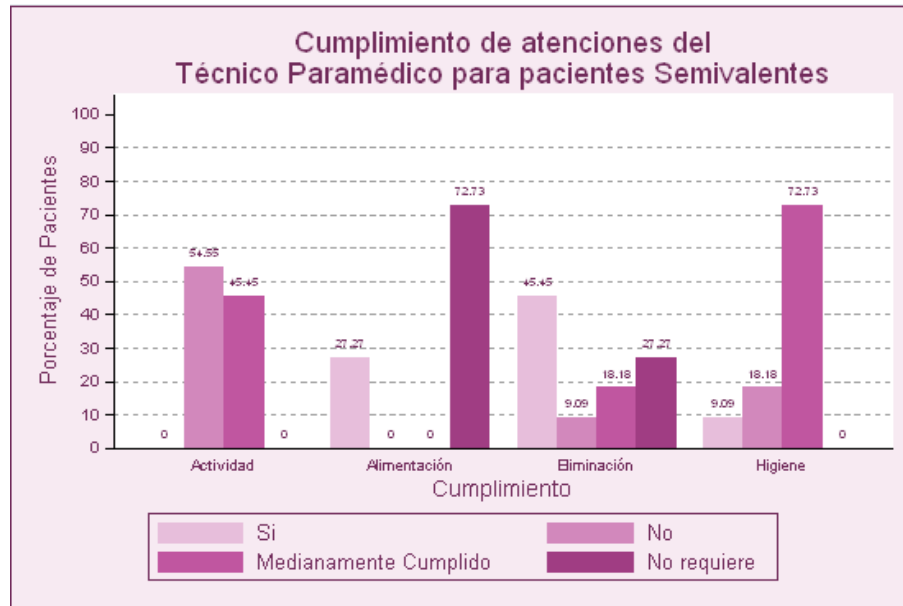


Figura 4.14: Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Semivalentes

La necesidad de actividad en la totalidad de los paciente requiere para su satisfacción cuidados por parte del personal paramédico; sin embargo un poco más de la mitad de los pacientes no recibe dichos cuidados, y al resto se les satisface sólo medianamente.

En la necesidad de alimentación, más de la mitad de los pacientes (72.73 %) no requiere la satisfacción de esta necesidad por parte del personal paramédico, y el resto de los pacientes que si lo requerían se les cumplía en su totalidad.

Más de la cuarta parte de los pacientes no requerían cuidados para la satisfacción de la necesidad de eliminación (27.27 %) y el resto que si lo requería, más de la mitad de los pacientes recibía los cuidados necesarios para dicha necesidad.

En relación a la necesidad de higiene el total de la muestra requería la satisfacción de ésta por parte del personal paramédico, pero sólo a una pequeña proporción (menos de un décimo) se les otorgan los cuidados necesarios en su totalidad, y a un poco menos de las tres cuartas partes sólo se realizan medianamente; por todo esto, podemos deducir que la higiene de los pacientes dentro de la atención de enfermería no se realiza por cuestiones atribuidas a falta de tiempo, falta de personal o bien los técnicos paramédicos no consideran importante la higiene dentro de la atención para recuperar el estado de salud. Es importante considerar al grupo de semivalentes como un grupo de riesgo al hablar de funcionalidad, ya que son un grupo vulnerable de perderla.

Esta situación plantea un gran desafío a nivel del profesional de enfermería, ya que es éste, el encargado de planificar la intervención del equipo de enfermería de acuerdo a la funcionalidad y de supervisar el cumplimiento de los cuidados planteados, para así lograr que la hospitalización no se convierta en un factor

que vaya en desmedro de la salud funcional del paciente.

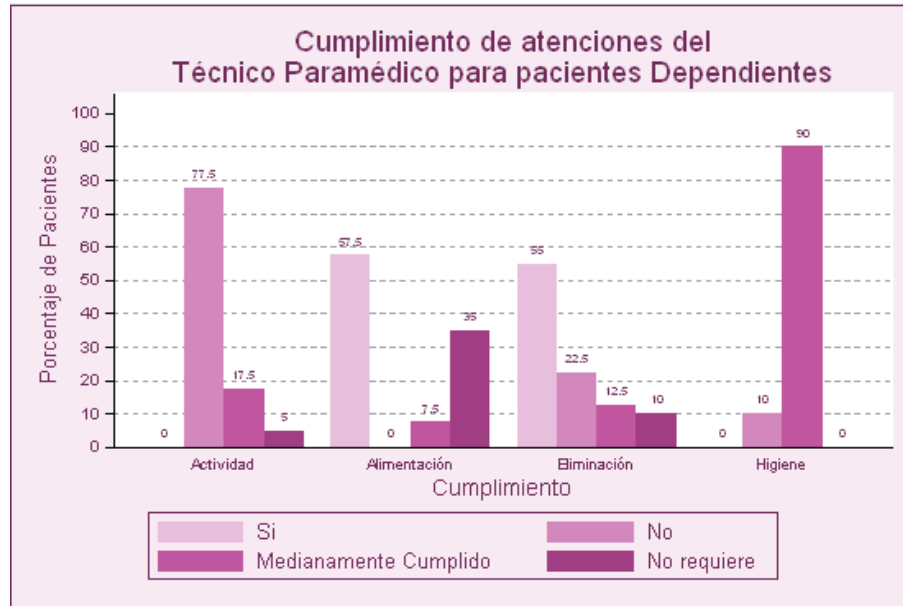


Figura 4.15: Cumplimiento de atenciones del Técnico Paramédico para pacientes Dependientes

Se observa que son muy pocos los pacientes que no requieren atención en todas sus necesidades, y esto principalmente porque son pacientes postrados, que sí lo necesitan. Aunque los pacientes necesitan cuidados, se observa que en sólo dos de las necesidades valoradas se obtendría cierto grado de cumplimiento y sólo en un poco más de la mitad de los pacientes, estas son eliminación y alimentación. En cambio, en las dos restantes, actividad e higiene, a ninguno de los pacientes se les otorgaban las acciones básicas requeridas por ellos, es más, en la necesidad de actividad a más de las tres cuartas partes no se le realizan los cuidados básicos para así lograr su satisfacción.

4.2. Conclusión de Análisis Descriptivo

El universo de nuestro estudio, fue de 68 pacientes, predominando el sexo femenino, que fueron clasificados según su grado de dependencia, obteniendo claro predominio de pacientes dependientes, dando cuenta de la importancia de la planificación y ejecución de los cuidados otorgados por el equipo de enfermería durante el período de hospitalización, de acuerdo a una previa clasificación del grado de dependencia. No se hizo separación de sexo en el tratamiento de los datos por no tener valor para el objetivo del estudio.

Las edades de los pacientes fluctuaron entre 65 y 95 años, siendo el rango entre 75 y 84 años el de mayor frecuencia. Al relacionar la edad de los pacientes y su grado de funcionalidad, podemos concluir que a mayor edad, mayor dependencia y que a menor edad, mayor autovalencia. Esta situación nos plantea un gran desafío como futuros profesionales, nos motiva a mantener y fomentar la independencia de los pacientes, impidiendo que la situación de estrés provocada durante la hospitalización se sume a su situación de salud, en desmedro de su autonomía.

Los datos obtenidos por el estudio en relación al diagnóstico de ingreso en el servicio estudiado, revelan la coincidencia con las estadísticas de morbi-mortalidad del adulto mayor, tanto a nivel nacional como regional.

De un total de 44 pacientes a los cuales se le aplicó el Minimental, más de la mitad obtuvieron resultados alterados, siendo en su mayoría pacientes dependientes. Por otra parte 24 pacientes no fueron capaces de responder, siendo casi en su totalidad pacientes dependientes. Concluimos entonces, que existe relación entre la dependencia funcional y la alteración de conciencia, reflejando la importancia de considerarlas al momento de planificar la atención de enfermería, con el fin de prevenir el progreso del deterioro funcional a partir de la alteración de conciencia.

Lo anterior nos demuestra que en la atención brindada por el equipo de enfermería a los pacientes adultos mayores, se deben considerar atenciones específicas para este grupo. Durante el estudio averiguamos si existía una planificación de cuidados de acuerdo a una previa clasificación de los pacientes según grado de funcionalidad. Los resultados obtenidos revelaron falencias en el cuidado de enfermería, ya que existían acciones que no se cumplían en la mayoría de los casos, por no existir registro de ellas, dentro de las que podemos mencionar la educación al alta, entrevista con familiares, evolución diaria de los pacientes, ingresos de los pacientes según funcionalidad, utilización de protocolos de caídas y de úlceras por presión.

Otro aspecto considerado en nuestro estudio fueron los cuidados asignados por la enfermera al técnico paramédico, donde encontramos los mismos problemas de registro que en el caso anterior. Evaluando los cuidados básicos según necesidad teniendo en cuenta el grado de dependencia, se destaca para los pacientes autovalentes que la necesidad de actividad es la menos satisfecha, mientras que la de alimentación e higiene son las más atendidas. La necesidad que menos requiere ser satisfecha por el personal es la de eliminación, ya que este grupo es capaz de satisfacerla por sus propios medios. En el caso de los pacientes clasificados como semivalentes, la necesidad menos satisfecha por el personal, es nuevamente la de actividad, y la más satisfecha es la de eliminación. En este grupo la necesidad que menos requiere ser atendida por el personal es la de alimentación. Y para finalizar, el grupo de los pacientes dependientes en su mayoría, necesitaba ser atendido por el personal en todas sus necesidades, siendo la necesidad de actividad, la menos satisfecha, y la de alimentación y eliminación las más satisfechas. En las dos últimas clasificaciones, semivalente y dependiente, la necesidad de higiene sólo se satisface medianamente.

Como conclusión puede afirmarse que las necesidades más satisfechas por el personal son las de eliminación y alimentación, por el contrario las menos satisfechas son las de actividad y movimiento, quizás debido a la falta de mobiliario adecuado como escabeles para las camas en altura o a la inexistencia de una estructura hospitalaria adecuada que les permita a los pacientes autovalentes a deambular. Esta situación fomenta el inmovilismo, síndrome geriátrico que pone en riesgo la salud del adulto mayor hospitalizado al quedar expuesto al desarrollo de úlceras por presión.

Capítulo 5

CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

No cabe duda que el adulto mayor pertenece a un grupo etéreo que ha cobrado suma importancia en nuestra sociedad, no sólo por el aumento cuantitativo, sino que también por la creciente demanda que han generado en los servicios de salud, haciendo necesaria la transformación de los establecimientos clínicos para adaptarse a las características de dicho grupo, ya que predominan en esta edad las enfermedades crónicas y degenerativas, que determinan un mayor número de consultas y hospitalizaciones.

Los profesionales de enfermería tienen como desafío entonces otorgar cuidados especiales enfocados a contrarrestar el mayor deterioro de estas personas, ya sea psicológico, debido al estrés que genera el permanecer internado en una unidad hospitalaria, como físico ya que afecta su autovalencia y disminuye en gran medida su capacidad de desenvolvimiento en el medio. Estos cuidados deben ser planificados desde el ingreso a la unidad hospitalaria, considerando el grado de funcionalidad que tienen, pesquisado a través de la realización de una anamnesis y examen físico exhaustivo, con el fin de programar los cuidados de manera individual, integral, acorde a las necesidades de cada paciente.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio reflejan que si bien se conoce el cambio epidemiológico y demográfico que se vive actualmente en el país y, más aún, siendo la quinta región la que tiene mayor población envejecida, aparentemente no existe conciencia de esta situación. A esto se suma la carencia de material bibliográfico y estudio a nivel nacional sobre el adulto mayor y cuidados específicos que deben otorgarse a este grupo etéreo durante el proceso de hospitalización. A través de la realización de esta investigación se ve reflejada la poca preparación existente en el equipo de enfermería que otorga cuidados a los pacientes, sin considerar su edad, grado de funcionalidad y necesidades individuales, lo que perjudica su recuperación y prolonga la estadía en los centros hospitalarios.

Dentro del servicio de medicina donde se realizó el estudio, se encontraron que las falencias de los cuidados eran en gran medida atribuibles a la falta de registro de las actividades, ya que sólo se considera que una actividad se realiza o no si existe el registro en ficha clínica. Esta conducta reflejaría además, una escasa supervisión de enfermería dentro del servicio, lo que hace necesario una evaluación y mejoramiento continuo para lograr un mejor desempeño y brindar atención integral específica a los ancianos, apropiadas a sus características individuales y a la etapa de su ciclo vital.

Con todo lo planteado se concluye que los servicios hospitalarios requieren un cambio fundamental a corto plazo a nivel de la atención brindada por lo que el equipo de enfermería, donde se hace necesaria la capacitación del personal con el fin de lograr una atención de mejor calidad, que satisfaga la demanda hospitalaria de los adultos mayores. Además deben aumentar el número de enfermeras y técnicos paramédicos capacitados en el área gerontogeriatrica, debido a que un gran porcentaje de los pacientes adultos mayores hospitalizados son dependientes de enfermería y requieren un cuidado específico para la satisfacción de sus necesidades crecientes.

5.2. Sugerencias

1. Debido al déficit de registros de las acciones de enfermería, se recomienda que cualquier actividad realizada al paciente por parte del equipo de enfermería sea registrada oportunamente en forma clara, legible y completa, con el fin de respaldar el trabajo en el ámbito legal y profesional. Recordar que todas las acciones que no están registradas son consideradas como NO realizadas, y que por muy poco significativas que sean deben quedar estipuladas en la ficha clínica de los pacientes.
2. Es necesario establecer una clasificación de la funcionalidad al ingreso de cada hospitalización de los adultos mayores, ya que permiten la organización del plan de enfermería en forma personalizada y de acuerdo a las necesidades de cada paciente y así favorecer la recuperación, permitiendo el desarrollo de su autonomía.
3. Se sugiere la realización de futuras investigaciones, ya sea como una continuidad de esta tesis o dentro de otro ámbito, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y ampliar los conocimientos dentro de del área laboral.
4. Capacitar al equipo de enfermería del servicio de medicina del HGF en el el área gerentogerítrica.
5. Realizar auditorias de registros de enfermería.
6. Aumentar el número de integrantes del equpo de enfermería, ya que el adulto mayor es cada vez más requiriente de sus cuidados.

5.3. Resumen

El punto central en esta investigación está relacionado con los cuidados otorgados por el equipo de enfermería a los adultos mayores hospitalizados según su funcionalidad en el Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke durante el periodo comprendido entre el 19 de diciembre del 2005 y el 30 de enero del año 2006.

Como objetivo principal de este estudio cuantitativo descriptivo era describir si la atención brindada por el equipo de enfermería al adulto mayor hospitalizado, se realizaba en forma adecuada y de acuerdo al grado de funcionalidad de cada uno en el Servicio de Medicina del Hospital Gustavo Fricke. Para lograrlo se hizo necesario realizar una clasificación de los adultos mayores hospitalizados que formaron parte de nuestra investigación, según grado de funcionalidad en: autovalente, semivalente y dependiente. Además se describieron los cuidados otorgados por el equipo de enfermería de acuerdo a la clasificación anteriormente señalada.

Para llevar a cabo este estudio, se determinó un universo compuesto por la totalidad de los adultos mayores hospitalizados en los sectores de hombres y mujeres del Servicio de Medicina. Se aplicaron 4 instrumentos (Minimental, Índice de Katz, Hoja de intervenciones de Enfermería y Hojas de atenciones del Técnico paramédico, uno hoja para cada grado de dependencia).

Como resultados se concluyó que existe relación entre la dependencia funcional y la alteración de conciencia, reflejando la importancia de considerarlas al momento de planificar la atención de enfermería, con el fin de prevenir el progreso del deterioro funcional a partir de la alteración de conciencia.

Se encontraron falencias en el trabajo de enfermería, ya que existían acciones que no se cumplían en la mayoría de los casos, por no existir registro de ellas, dentro de las que destacan: educación al alta, entrevista con familiares, evolución diaria de los pacientes, ingresos de los pacientes según funcionalidad, utilización de protocolos de caídas y de úlceras por presión. Refiriéndonos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, la menos satisfecha en todos los grados de dependencia es la de actividad. La más satisfecha en los autovalentes es la de higiene y alimentación ya que son capaces ellos mismos de realizarlo. En cambio, en los semivalentes y dependientes, las necesidades más cumplidas son las de eliminación y alimentación.

Apéndice A
ANEXOS

A.1. Hoja de Intervenciones de Enfermería

Instructivo de Hoja de Intervenciones Otorgadas por la Enfermera:

1. Aspectos generales:

Lo primero que hay que hacer para comenzar la recolección de datos, es aplicar el Índice de Katz a los adultos mayores hospitalizados. Después de realizar la clasificación, se adjuntará a la hoja de Intervenciones de Enfermería la hoja de Atenciones de Técnicos Paramédicos correspondiente al grado de dependencia de éstos.

Sí: Cuando el 100 % de las prestaciones se realice.

MC (Medianamente Cumplido): Cuando se realicen el 50 % de las intervenciones pares, y cuando se realicen más del 50 % de las intervenciones impares.

No: Cuando se realicen menos del 50 % de las intervenciones.

2. Aspectos específicos:

a) Autovalente:

- Se considerará Si en Ingreso según Funcionalidad cuando se aplique algún instrumento de medición de funcionalidad, ya sea Índice de Katz u otro, al ingreso del paciente en el Servicio de Medicina y se haga un registro en hoja de Enfermería.
- Planificación de la Intervención: se refiere a la organización y creación de un plan de cuidados que se otorga a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Se considera realizado cuando existe este plan de cuidados escrito y actualizado diariamente.
- Educación al alta: se considerará como realizada cuando exista algún registro de educación realizada por el profesional de enfermería al paciente o los familiares durante el período de hospitalización.

b) Semivalente:

- Se considerará Si en Ingreso según Funcionalidad cuando se aplique algún instrumento de medición de funcionalidad, ya sea Índice de Katz u otro, al ingreso del paciente en el Servicio de Medicina y se haga un registro en hoja de Enfermería.
- Planificación de la Intervención: se refiere a la organización y creación de un plan de cuidados que se otorga a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Se considera realizado cuando existe este plan de cuidados escrito y actualizado diariamente.
- Educación al alta: se considerará como realizada cuando exista algún registro de educación realizada por el profesional de enfermería al paciente o los familiares durante el período de hospitalización.

- Evolución diaria: Se considerará como realizada cuando exista algún registro de entrevista realizada por el profesional de enfermería a los familiares del paciente durante el período de hospitalización.
- Utilización de Protocolo de Caídas: Se considera realizado si en el servicio existe este tipo de protocolos y la enfermera lo utiliza y queda registrado en la ficha del paciente.

c) Dependiente:

- Se considerará Si en Ingreso según Funcionalidad cuando se aplique algún instrumento de medición de funcionalidad, ya sea Índice de Katz u otro, al ingreso del paciente en el Servicio de Medicina y se haga un registro en la ficha de Enfermería.
- Categorización según grado de dependencia: Se refiere a la clasificación de los pacientes respecto a cuan dependientes son de la entrega de los cuidados por parte del equipo de enfermería durante su estadía en el hospital.
- Planificación de la Intervención: se refiere a la organización y creación de un plan de cuidados que se otorga a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Se considera realizado cuando existe este plan de cuidados escrito y actualizado diariamente.
- Educación al alta: se considerará como realizada cuando exista algún registro de educación realizada por el profesional de enfermería al paciente o los familiares durante el período de hospitalización.
- Evolución diaria: Se considerará como realizada cuando exista algún registro de entrevista realizada por el profesional de enfermería a los familiares del paciente durante el período de hospitalización.
- Utilización de Protocolo de Caídas: Se considera realizado si en el servicio existe este tipo de protocolos y la enfermera lo utiliza y queda registrado en la ficha del paciente.
- Utiliza Protocolos de UPP: Se considera Si, si en el servicio existe este tipo de protocolos y la enfermera lo utiliza y queda registrado en la ficha del paciente.

Enfermera

- Autovalente (A y B)
 Semivalente (C, D y E)
 Dependiente (F y G)

Nombre del paciente:

Patología de ingreso:

Edad del paciente:

Autovalente Si No MC

	Si	No
Ingreso según funcionalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificación de la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semivalente Si No MC

	Si	No
Ingreso según funcionalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificación de la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evolución diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza protocolo de caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dependiente Si No MC

	Si	No
Ingreso según funcionalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Categorización según nivel de dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificación de la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evolución diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza protocolo de caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza protocolo de UPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Entrevsta con familiar previa al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.2. Hoja de Atenciones de Técnico Paramédico

Instructivo de Hoja de Atenciones Otorgadas por el Técnico Paramédico:

1. Aspectos generales:

En las distintas necesidades se considerará:

Sí: Cuando el 100 % de las atenciones se realice.

MC (Medianamente Cumplido): Cuando se realicen el 50 % de las atenciones pares, y cuando se realicen más del 50 % de las atenciones impares.

No: Cuando se realicen menos del 50 % de las atenciones.

NR (No Requiere): Cuando luego de realizada la clasificación según Índice de Katz se considera independiente para esa necesidad.

En el caso de paciente semivalente que NR las atenciones para la satisfacción de la necesidad, se considerarán sólo aquellas atenciones marcadas con asterisco (*), equivalentes a las atenciones de autovalente.

2. Aspectos específicos:

Se considerarán las atenciones realizadas en las últimas 24 horas, sólo si están registradas en la ficha de alguna forma aludiendo a la acción.

a) Autovalente:

- Chata a mano: se considera cuando la chata está al alcance del paciente y/o cuando se le facilita al momento que la solicita. Estiéndase por cahta a la chata, pato y/o bacibica.
- Chata limpia: libre de deposición, orina y olor.

b) Semivalente:

- Baño asistido: se considera cuando se ofrezca cualquier ayuda relacionada con esta acción, ej: pasar la toalla.
- Aseo de cavidades: se considera aseo ocular, más bucal y más nasal.
- Necesidad de alimentación: si en la atenciones “Alimentación asistida 3 o más veces al día”, la respuesta es **Si**, se considerará **Si** en la satisfacción de la necesidad. Si la respuesta, en cambio, es **No**, se analiza la prestación “alimentación asistida en dos comidas”, en ésta, si la respuesta es **Si**, se considerará **MC** la satisfacción de esta necesidad. Y si la respuesta es **No**, la necesidad queda como **No** satisfecha.

c) **Dependiente:**

- Alimentación: igual que semivalente.
- Eliminación: si en la prestación “Cambio de pañal 3 veces o más al día”, la respuesta es **Si**, se considerará **Si** en la satisfacción de la necesidad. **Si** la respuesta es **No**, se analiza la atención “Cambio de pañal dos veces al día”, si en ésta la respuesta es **Si**, se considerará **MC** la satisfacción de esta necesidad. Y si la respuesta es **No**, la necesidad queda como **No** satisfecha.

Paciente Semivalente:

Higiene Si No MC NR

	Si	No
Baño asistido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo genital 2 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseos de cavidades 2 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Cambio de sábanas 1 vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Vigilancia del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentación Si No MC NR

	Si	No
Alimentación asistida 3 o más veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación asistida en dos comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Vigilancia de la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad Si No MC NR

	Si	No
Deambulaci3n asistida cada vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimular cambios de posici3n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eliminaci3n Si No MC NR

	Si	No
Chata a mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chata limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paciente Dependiente:

Higiene Si No MC NR

	Si	No
Baño en cama 1 vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo genital 4 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo de cavidades 3 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de sábanas 1 vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentación Si No MC NR

	Si	No
Alimentación asistida 3 o más comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación asistida en dos comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad Si No MC NR

	Si	No
Cambio de posición cada 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acojinar zonas de presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilización de colchón antiescaras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eliminación Si No MC NR

	Si	No
Cambio de pañal 3 o más veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de pañal 2 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.3. Escala Índice de Katz

Independencia en las actividades de la vida diaria

Bañarse	Independiente: lo hace solo o únicamente requiere ayuda para lavarse una parte del cuerpo Dependiente: requiere ayuda para entrar al baño, lo bañan
Vestirse	Independiente: se viste totalmente sin ayuda Dependiente: no se viste solo
Uso de retrete	Independiente: no necesita ayuda Dependiente: requiere ayuda, uso de orinal o cómodo
Movilidad	Independiente: entra y sale de la cama Dependiente: no puede entrar o salir solo de la cama
Continencia	Independiente: control de esfínteres Dependiente: control parcial de esfínteres, uso de enemas, sondas o pañal
Alimentación	Independiente: lleva la comida del plato a la boca Dependiente: requiere de ayuda, utiliza sondas para alimentación
a)	Independiente en todas las actividades
b)	Independiente en todas excepto una
c)	Independiente en todas excepto bañarse y otra función adicional
d)	Independiente en todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
e)	Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional
f)	Independiente en todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
g)	Dependiente en todas las funciones
Otros	Dependiente en al menos dos funciones pero sin ser clasificable como <i>c</i> , <i>d</i> , <i>e</i> o <i>f</i> .

Índice de Katz de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria:

Datos Personales:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Número de Ficha:

Diagnóstico de Ingreso:

1. Bañarse:

Dependiente

Independiente

2. Vestirse:

Dependiente

Independiente

3. Ir al baño:

Dependiente

Independiente

4. Movilidad:

Dependiente

Independiente

5. Continencia:

Dependiente

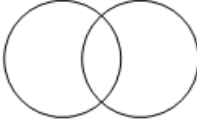
Independiente

6. Alimentación:

Dependiente

Independiente

A.4. Minimental Abreviado

INSTRUCCIONES	Nombre:				Nombre:							
	Bien	Mal	Total		Bien	Mal	Total					
1.- Por favor dígame la fecha de hoy. - Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana - Anote un punto por cada respuesta correcta	Mes				Mes							
	Día mes				Día mes							
	Año				Año							
	Día semana				Día semana							
2. Ahora lo voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, lo voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme? Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones) Registre el número de repeticiones que debió hacer.	Correcta	No sabe		Correcta	No sabe							
	ÁRBOL...			ÁRBOL...								
	MESA...			MESA...								
	AVIÓN...			AVIÓN...								
	TOTAL				TOTAL							
	N° REPETICIONES				N° REPETICIONES							
3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repitas al revés: 1 3 5 7 9 - Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. - La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: Ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos	Respuesta entrevistado											
	Respuesta correcta	9	7	5	3	1	Respuesta correcta	9	7	5	3	1
	Total números de dígitos correctos					Total números de dígitos correctos						
4.- Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas: Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.	Ninguna acción:0				Ninguna acción:0							
	Toma papel con la mano derecha				Toma papel con la mano derecha							
	Dobla por la mitad c/ ambas manos				Dobla por la mitad c/ ambas manos							
	Coloca sobre las piernas				Coloca sobre las piernas							
TOTAL				TOTAL								
5.- Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. - Anote un punto por cada palabra que recuerde. - No importa el orden.	Correcto	Incorrecto	NR		Correcto	Incorrecto	NR					
	ÁRBOL				ÁRBOL							
	MESA				MESA							
	AVIÓN				AVIÓN							
TOTAL				TOTAL								
6. Por favor copie este dibujo: - Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. - Contabilice un punto si el dibujo está correcto.					Correcto	Incorrecto	NR					
					Correcto	Incorrecto	NR					
	TOTAL				TOTAL							
	SUMA TOTAL				SUMA TOTAL							
Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6 El puntaje máximo obtenido es de 19 pts.				NORMAL = ≥ 14 pts ALTERADO = ≤ 13 pts								
NORMAL = ≥ 14 pts ALTERADO = ≤ 13 pts				NORMAL = ≥ 14 pts ALTERADO = ≤ 13 pts								

A.5. Escala de Norton para la Prevención de Úlceras por Presión

La escala de Norton es un instrumento que se utiliza para valorar el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por decúbito. Evalúa factores de riesgo que incrementa la vulnerabilidad para desarrollar esta lesiones en la piel.¹

Escala de Norton			
Estado físico	Puntos	Estado mental	Puntos
Bueno	4	Alerta	4
Aceptable	3	Somnoliento	3
Pobre	2	Delirio	2
Muy pobre	1	Estupor	1
Actividad	Puntos	Movilidad	Puntos
Ambulante	4	Cambios posturales	4
Camina con ayuda	3	Alguna limitaciones	3
Silla de ruedas	2	Muchas limitaciones	2
Encamado	1	Inmóvil	1
Incontinencia	Puntos	Edad	Puntos
Ninguna	4	< de 40	4
Ocasional	3	40 a 54	3
Vesical	2	55 a 69	2
Vesicalyrectal	1	70 o >	1
Riesgo de desarrollo de úlceras por presión			
Puntaje total	Riesgo		
7 a 12	alto		
13 a 18	moderado		
19 a 24	bajo		

¹Úlceras por decúbito, Valoración por escala de Norton[6]

A.6. Hoja de Enfermería para Valoración del Riesgo de Caídas

Datos generales del adulto mayor

Unidad _____ Servicio _____ Fecha _____
 Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Motivo de consulta _____ Núm. Seguro Social _____
 En caso de urgencia avisar a: _____ Parentesco _____

Conocimiento

ANTECEDENTES DE SALUD

Enfermedades padecidas _____
 Intervenciones quirúrgicas _____
 Traumatismo _____

PROBLEMA ACTUAL DE SALUD

Diabetes mellitus tipo 2 () Hipertensión () Cardiopatía () Obesidad ()

Prescripción médica anterior

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Última dosis	¿Sabe para qué sirve?

CAÍDAS

¿Es la primera caída? Sí () No () No lo sabe ()
 ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses? Sí () No () No lo sabe ()
 Si se ha caído, ¿cuántas veces? _____
 Si lo ha hecho, explique por qué: _____
 ¿Tiene usted miedo de volver a caerse? Sí () No () No lo sabe ()
 Lugar de la caída:
 Calle _____ Colonia _____
 En lugar público _____ Especificar lugar _____

Intercambio

VISIÓN: Dificultad para enfocar, ver televisión, leer, otra actividad Sí () No ()
 Se adapta a la oscuridad? Sí () No ()
 Utiliza anteojos: Sí () No ()
 Visión corregida: _____ Fecha de última revisión ocular: _____
 Prueba de Snellen: <20/40 >20/40
 AUDICIÓN: Susurre al oído, ¿Me escucha usted? Sí () No () Oído derecho _____ Oído izquierdo _____

ELIMINACIÓN URINARIA

Hábitos Frecuencia al día _____ Disuria (dolor al orinar) Sí () No () Nicturia Sí () No () Urgencia para orina Sí () No ()
 Incontinencia: ¿En el último año alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente la orina? Sí () No ()
 ¿Ha expulsado involuntariamente orina en al menos seis días diferentes? Sí () No ()

Movilidad

Tome el tiempo luego de pedir a la persona: "levántese de la silla, camine cinco metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse"
 () Incapaz de completar la tarea en 20 segundos o menos () Capaz de completar la tarea en 20 segundos o menos

CAPACIDAD FÍSICA

Ejecuta acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente Sí () No ()
 Realiza tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes Sí () No ()
 Sale de compras Sí () No ()
 Va a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte Sí () No ()
 Puede bañarse sola (o) en tina, ducha o regadera Sí () No ()
 Puede vestirse sin ayuda alguna Sí () No ()

 CARGO, NOMBRE Y FIRMA

 MATRÍCULA

Bibliografía

- [1] *Censo 2002* [Http://Www.Deis.Cl](http://www.deis.cl) [Consulta: 02 Julio 2005].
- [2] *Censo 2002* [Http://Www.Ine.Cl](http://www.ine.cl) [Consulta: 03 Julio 2005].
- [3] Salgado. ALBA and LL. Francisco GUILLÉN. *Manual de Geriatria. 3ª*, pages 242–244. Barcelona, España, Mediterraneo, 2002.
- [4] S. Augusto BRIZZOLARA, M. Victor CARRASCO, and G. Patricio FUENTES. *Compendio de Geriatria Clínica. Santiago*, pages 72–76, 382–392. Capredena, 1998.
- [5] Victor H CARRASCO. *Funcionalidad Y Vejez. En: Instituto de Nutrición Y Tecnología de Los Alimentos, Universidad de Chile. Apunte de Diplomado En Geriatria Y Gerontologia*, pages 277–284. Santiago, Chile, 2001.
- [6] María Del Rosario Jiménez de León, Evangelina González Hernández, Marcia Betzabé Largo Gallegos, Rosalía Laureano Miguel, and Aurelia Lobatón Luna. *Ulceras por decúbito, valoración por escala de norton. Revista de Enfermería*, 10(2):89–91, 2002.
- [7] Instituto de Mayores Y Servicios Sociales de España. *Envejecimiento.* <[Http://Www.Insersomayores.Csi.Es](http://www.insersomayores.csi.es)> [Consulta: 02, Julio 2005].
- [8] Ministerio de Salud. *Prevención Y Manejo de Las Caídas Serie Guias Clinicas Del Adulto Mayor*, pages 5–11. Chile, 1999.
- [9] Organización Panamericana de Salud. *Funcionalidad.* <[Http://Www.Pahoo.Org](http://www.paho.org)> [Consulta: 02, Julio 2005].
- [10] Beverly DU GAS. *Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Ed. México*, pages 205–521. McGraw-Hill Interamericana, 2000.
- [11] Comité Nacional Para el Adulto Mayor. *Politica Nacional Para el Adulto Mayor*, Enero 2001.
- [12] B. Ana EXPÓSITO. *Incontinencia Urinaria.* [En Línea] <[Http://Www.Lasalud.Com/Pacientes/Incontinencia/Incontinencia_urinaria.htm](http://www.lasalud.com/pacientes/incontinencia/incontinencia_urinaria.htm)> [Consultas: 02 Julio 2005].
- [13] Pilar Gamarra-Samaniego. *Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna Vol.14 N° 2*, 2001.

- [14] M. Garcia, M. Torres, and E. Bagesteros. *Enfermería Geriátrica*, pages 25–31, 39–69. Masson, 2^a edición edition, 2004.
- [15] R. Gerardo HERNANDES. *Mayores: Aspectos Sociales*. [En Línea] <[Http://Www.Mtas.Es/Publica/Revista/Numeros/45/Estudio7.Pdf](http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/45/estudio7.pdf)> [Consultas: 02 Julio 2005].
- [16] <[Http://Escuela.Med.Puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M43.Htm](http://Escuela.Med.Puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M43.Htm)> [Consultas: 01 Julio 2005]. *Incontinencia Urinaria*.
- [17] Minsal. *Evaluación Funcional Del Adulto Mayor*. Chile, julio 2003.
- [18] Isidora Reyes. *Definición de Enfermería*, [Http://Www.Minsa.Gob.Ni/Enfermeria/Doc_inter/Definicion_enfermeria.Pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/definicion_enfermeria.pdf)>, [Conculata: 01 Julio 2006].
- [19] A. Covadonga VARELA and P. Rosa SAÑUDO. *Protocolo de Contención Y Prevención de Caídas*. [En Línea] <[Http://Minsa.Gob.Ni/Enfermeria/Doc_Inter./Protocolo_ca %EDdas.Pdf](http://Minsa.Gob.Ni/Enfermeria/Doc_Inter/Protocolo_ca%EDdas.Pdf)> [Consultas: 02 Julio 2005].