

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Enfermería

"Seguridad de los Adultos mayores Hospitalizados en Servicios de Medicina"

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

Autores:

Axel Arancibia E.
Miguel Moraga A.
Beatriz Naranjo O.
Erik Nuñez S.
Liliana Olivera L.
M^a Paz Orrego F.
Guillermo Venegas U.

Docente Guía:

Prof. Gabriela Monardes S.

Nivel:

V Año Carrera Enfermería.

Valparaíso, 2005-2006.

Agradecimientos

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

A los hospitales y todos sus profesionales, especialmente al equipo de enfermería.

A los adultos mayores que nos permitieron realizar nuestra investigación.

Y a nuestra docente guía Sra. Gabriela Monardes Skinner por su colaboración y apoyo en la realización de este trabajo.

Grupo de seminaristas.

INDICE DE MATERIAS

Resumen.....	1
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.	
Introducción.....	3
Fundamentación.....	4
Delimitación del tema.....	5
Definición de términos.....	6
Limitaciones del estudio.....	8
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL.	
Marco teórico: El adulto mayor.	
1. Aspectos demográficos del adulto mayor.	
1.1. Situación mundial.....	10
1.2. Adulto mayor en Chile y Latinoamérica.....	10
1.3. Envejecimiento en la V región.....	11
2. Epidemiología del adulto mayor.....	12
3. Proceso de envejecimiento y sus características.	
3.1. Concepto de envejecimiento.....	13
3.2. Teorías del envejecimiento.....	14
3.3. Cambios asociados al envejecimiento.....	17
4. La seguridad biosicosocial en el adulto mayor.....	21
5. Riesgos en la seguridad del adulto mayor hospitalizado.	
5.1. Riesgos derivados del adulto mayor hospitalizado.....	26
5.2. Riesgos derivados del ambiente hospitalario.....	34
5.3. Riesgos derivados del cuidado de enfermería.....	42
5.4. Infecciones intrahospitalarias (IIH).....	44
6. Rol del Profesional de Enfermería.....	46
Objetivos.....	47
Operacionalización de variables.....	48

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.

Metodología.....	53
Criterios para el análisis de datos.....	56
Organización del trabajo en terreno.....	60

CAPÍTULO 4: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Análisis de resultados.....	62
-----------------------------	----

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Conclusiones.....	95
Propuestas.....	101

CAPÍTULO 6: BIBLIOGRAFIA.

Bibliografía.....	104
-------------------	-----

CAPITULO 7: ANEXOS.

Tabla: “Principales RAM según clase de fármaco en los diferentes sistemas del organismo”.....	109
Instructivos e instrumentos.....	111
Estándares y criterios de medición.....	133

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.

Tabla y Gráfico N° 1: “Existencia plan de emergencia”.....	62
Tabla y Gráfico N° 2: “Estado de los extintores”.....	63
Tabla y Gráfico N° 3: “Estado de instalaciones y artefactos eléctricos”.....	64
Tabla y Gráfico N° 4: “Mantención equipos de oxigenoterapia y aspiración”.....	65
Tabla y Gráfico N° 5: “Estado elementos de apoyo y seguridad”.....	66
Tabla y Gráfico N° 6: “Distancia entre camas”.....	67
Tabla y Gráfico N° 7: “Percepción de la razón numérica entre Enfermero(a) / paciente”.....	68
Tabla y Gráfico N° 8: “Experiencia y preparación que posee el Enfermero(a) asistencial en el cuidado de AMH”.....	69
Tabla y Gráfico N° 9: “Conocimientos del Enfermero(a) con respecto a los cambios producidos por el envejecimiento”.....	70
Tabla y Gráfico N° 10: “Lesiones o accidentes que afectan la seguridad de los AMH atribuidas a fallas en la atención de enfermería”.....	71
Tabla y Gráfico N° 11: “Conocimientos del Enfermero(a) sobre los aspectos importantes en una valoración geriátrica básica”.....	72
Tabla y Gráfico N° 12: “Recepción diaria de turno y lugar en que la realiza el Enfermero(a)”.....	73
Tabla y Gráfico N° 13: “Valoración y revisión diaria de registros que realiza el Enfermero(a)”.....	74
Tabla y Gráfico N° 14: “Planificación y registro de la atención que realiza el Enfermero(a)”.....	75
Tabla y Gráfico N° 15: “Tipo de Supervisión que realiza el Enfermero(a)”.....	76

Tabla y Gráfico N° 16: “Percepción de la razón numérica entre TPM / paciente”.....	77
Tabla y Gráfico N° 17: “Años de servicio del TPM”.....	78
Tabla y Gráfico N° 18: “Preparación formal del TPM con respecto al cuidado del adulto mayor en los últimos 5 años”.....	79
Tabla y Gráfico N° 19: “Conocimientos del TPM sobre los cambios que se producen en el adulto mayor a causa del envejecimiento”.....	80
Tabla y Gráfico N° 20: “Lesiones o accidentes que afectan la seguridad de los AMH atribuidas a fallas de la atención de enfermería”.....	81
Tabla y Gráfico N° 21: “Conocimiento del TPM sobre la administración de medicamentos según los 5 correctos”.....	82
Tabla y Gráfico N° 22: “Conocimientos del TPM respecto a los elementos de barrera utilizados en los diferentes tipos de aislamiento”.....	83
Tabla y Gráfico N° 23: “Procedimiento seguido por el TPM frente a una caída de un AMH”	84
Tabla y Gráfico N° 24: “Edades de los AMH”.....	85
Tabla y Gráfico N° 25: “Orientación temporo-espacial AMH”.....	86
Tabla y Gráfico N° 26: “Control postural en los AMH”.....	87
Tabla y Gráfico N° 27: “Alteraciones sensoriales en los AMH”.....	88
Tabla y Gráfico N° 28: “Hipotensión ortostática en AMH”.....	89
Tabla y Gráfico N° 29: “Estabilidad en la marcha de los AMH”.....	90
Tabla y Gráfico N° 30: “Pluripatología en los AMH”.....	91
Tabla y Gráfico N° 31: “Polifarmacia en AMH”.....	92
Tabla y Gráfico N° 32: “Tipo de reposo en AMH”.....	93

RESUMEN

El presente estudio se sitúa en el envejecimiento de personas hospitalizadas, con edades iguales o superiores a 65 años. Este grupo se hospitaliza por deterioro de su organismo o por agudización de sus patologías concomitantes.

El objetivo general es Identificar los factores de riesgo en la Seguridad de los Adultos Mayores Hospitalizados en los Servicios de Medicina de los hospitales Carlos Van Buren, Eduardo Pereira y San Martín de Quillota.

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo; donde se seleccionó una muestra de 3 Enfermeras Supervisoras, 9 Enfermeras asistenciales, 55 Técnicos paramédicos y 84 Adultos mayores hospitalizados. Se aplicaron entrevistas, encuestas, pautas de valoración y de observación.

Los resultados arrojan un tercio de los hospitales con un plan de emergencia estructurado frente a una catástrofe. El 100% de los Profesionales de Enfermería considera deficiente la razón numérica entre Enfermeros (as) – Técnicos paramédicos/pacientes. Las úlceras por presión y las caídas, son las lesiones o accidentes más mencionados que afectan a los adultos mayores hospitalizados atribuidas a fallas en la atención de enfermería. Un 37% de adultos mayores hospitalizados presenta un consumo de fármacos superior a 5, y casi la mitad de la muestra presenta pluripatología.

Los hospitales en estudio presentan factores de riesgo en todos los aspectos analizados, donde se destacan riesgos modificables como aquellos derivados de la estructura y del cuidado de enfermería; y no modificables que corresponden a los cambios en el adulto mayor a través del tiempo, siendo los primeros una oportunidad de mejora de la atención por parte del Profesional de Enfermería.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso natural, deletéreo, progresivo, dinámico, individual e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social, que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética del individuo y su medio ambiente. Es por esto que la sociedad en general debe reconocer que el envejecimiento progresivo de sus miembros la afecta como un todo y no es un fenómeno que concierna sólo a estas personas.

El panorama sobre la manera en que la próxima generación de adultos mayores vivirá su vejez presenta coyunturas: Que la vivan mejor o peor depende de varios factores, como sexo, estado de salud, ingresos y redes de apoyo familiar y social.

Actualmente, Chile se encuentra con una población total superior a los quince millones de personas, de los cuales un 7,2% pertenece al estrato de edad de 65 y más años, clasificándose como una población en transición demográfica. Este grupo etáreo se hospitaliza, ya sea por condiciones invalidantes de su diario vivir o por agudización de sus enfermedades concomitantes, convirtiéndose así en una población demandante de atención de salud.

El presente estudio plantea como problema, la seguridad de los adultos mayores hospitalizados entre 65 años y más en los Servicios de Medicina de los hospitales Carlos Van Buren, Eduardo Pereira y San Martín de Quillota, para conocer si estos hospitales están preparados para entregar un servicio seguro a éstos usuarios. Dentro de los riesgos se desprenden los derivados del ambiente (infraestructura y condiciones de los Servicios de Medicina); de los cuidados de enfermería (actividades realizadas por Enfermeras(os) y Técnicos paramédicos) y derivados de los propios pacientes geriátricos (asociados tanto a su proceso normal de envejecimiento como a los riesgos derivados de sus enfermedades y tratamiento farmacológico).

Con el desarrollo de este Seminario Tesis se pretende entregar un aporte a la profesión. Se espera que los estudiantes y profesionales de otras carreras afines a la salud consideren este trabajo para su formación personal. De la misma manera, sirva como referencia bibliográfica a otras investigaciones que aborden la misma problemática relacionada con la seguridad de los adultos mayores hospitalizados.

FUNDAMENTACIÓN

La presente investigación surge del impacto que representa la transición demográfica para el ejercicio profesional de Enfermería y para la atención de salud entregada en los establecimientos hospitalarios en general. Este fenómeno está imponiendo la adquisición de nuevos conocimientos, haciendo que la Enfermería tenga la necesidad de atender las múltiples necesidades de este grupo etáreo, sus características en salud y los desafíos que representa su atención.

Se aprecia que los hospitales frente a la complejidad de atención que demandan estas personas se están adaptando no sin dificultad a la actual realidad demográfica. Esto se aprecia en la infraestructura, condiciones ambientales y atención cotidiana entregada por el equipo de enfermería al paciente geriátrico. Por esto que se hace imprescindible poder detectar estos problemas y factores de riesgo, para así contribuir a revertir las tendencias hacia el trato habitual que sufre éste grupo etáreo del resto de los usuarios.

DELIMITACION DEL TEMA

“Seguridad de los Adultos Mayores Hospitalizados en los Servicios de Medicina de los Hospitales Carlos Van Buren, Eduardo Pereira y San Martín de Quillota durante el mes de Diciembre del año 2005”.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Seguridad: cualidad o estado en el que el adulto mayor hospitalizado está libre y exento de peligro, daño o riesgos de tipo biológico, derivados del ambiente, del cuidado de enfermería y del propio estado de salud.

Adulto mayor hospitalizado: hombre o mujer con edad igual o mayor de 65 años, que se encuentre hospitalizado(a) en los Servicios de Medicina de los hospitales en estudio.

Factor de riesgo: característica o circunstancia detectable en el adulto mayor hospitalizado, en el entorno o en el cuidado de enfermería que se asocia a la probabilidad de dañarse, padecer determinada enfermedad o condición, o fallecer.

Riesgos ambientales: elementos físicos, químicos y/o eléctricos que se encuentran en el entorno del adulto mayor y que eventualmente pudieran provocar un desmedro en su estado de salud.

Vías de escape: dependencias del edificio hospitalario que permiten la evacuación de sus ocupantes de manera expedita en caso de emergencia.

Instalaciones y artefactos eléctricos: corresponde a enchufes, interruptores y lámparas.

Elementos de apoyo y seguridad: dispositivos físicos del Servicio de Medicina cuyo uso permite prevenir caídas u otros accidentes en los usuarios. Estos son: andadores, escabeles, barandas en cama, barra de seguridad en baño y tina, antideslizantes en baño, silla de ruedas, camillas y rejas en ventanas.

Polifarmacia: corresponde al uso de 5 o más medicamentos en el adulto mayor hospitalizado, cualquiera sea su naturaleza y efectos.

Pluripatologías: presencia de tres o más enfermedades en los adultos mayores hospitalizados.

Reposo prolongado: encamamiento del adulto mayor hospitalizado por un tiempo igual o mayor a los cinco días.

Reposo relativo: limitación para la realización de ejercicios y movimientos musculares en el adulto mayor hospitalizado, conservando la realización de actividades de la vida diaria.

Reposo absoluto: encamamiento del adulto mayor hospitalizado con limitación postural, por cinco días o más.

Control postural: capacidad del adulto mayor hospitalizado de adquirir una determinada posición corporal, esta puede ser:

- **Autovalente:** adulto mayor capaz de valerse por sí mismo, es decir capaz de satisfacer sus necesidades básicas.
- **Parcialmente dependiente:** adulto mayor con limitaciones para valerse por sí mismo, necesita de ayuda complementaria para la satisfacción de necesidades básicas.
- **Dependiente:** adulto mayor incapaz de valerse por sí mismo en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Equipo de enfermería: grupo de trabajo compuesto por Profesionales de Enfermería y Técnicos paramédicos que realizan sus labores en los Servicios de Medicina de los hospitales en estudio.

Preparación: asistencia formal de los integrantes del equipo de enfermería a cursos, seminarios, congresos y/o jornadas sobre el cuidado del adulto mayor.

Mantención: corresponde a la revisión periódica de la infraestructura y equipos de atención y tratamiento, con el fin de detectar fallas en su funcionamiento y repararlos oportunamente.

ABREVIATURAS

AM: Adulto mayor.

AMH: Adulto mayor hospitalizado.

TPM: Técnico Paramédico.

HTA: Hipertensión arterial.

AINE: Antiinflamatorio no esterooidal.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Campos clínicos limitados debido a la realización de otras tesis que se desarrollaban en el mismo Servicio del estudio.
2. Distancia del Hospital San Martín de Quillota en comparación con los otros dos hospitales, lo que produjo un gasto mayor en tiempo y dinero.
3. Barreras burocráticas de los hospitales en estudio, para el acceso a las normas y protocolos relacionados con la investigación.
4. Barreras institucionales para la realización del estudio en el Hospital Eduardo Pereira, y falta de conocimiento oportuno de los documentos enviados para la aplicación de este.
5. Falta de colaboración por parte de Profesionales de Enfermería en el Hospital Eduardo Pereira, en donde sólo una Enfermera asistencial de seis existentes en el Servicio de Medicina aceptó colaborar en él.
6. El material estadístico procesado por estudiantes de quinto año de Estadísticas de la Universidad de Valparaíso, fue entregado fuera del plazo establecido por los alumnos autores del estudio, lo que produjo atraso para el análisis de tablas y gráficos.

CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL.

EL ADULTO MAYOR.

1. Aspectos demográficos del Adulto Mayor.

1.1 Situación Mundial.

La humanidad en su conjunto ha visto mejorar sustancialmente sus probabilidades de supervivencia afectando directamente sus estadísticas vitales, pero estos cambios no siempre han tenido el mismo ritmo. Así, observamos que al comienzo de la historia la población mundial creció muy lentamente, alcanzando los primeros mil millones alrededor del año 1.810. De esta fecha en adelante el lapso se fue acortando cada vez que la población crecía en mil millones de habitantes. Actualmente se estima que el planeta está habitado por un poco más de 6.000 millones de personas.

Este proceso de crecimiento de la población mundial se ha caracterizado por una marcada disminución de la natalidad y un progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas, lo cual impacta directamente en la composición por edades de la población al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. Se observa así que la natalidad disminuyó entre los años 1.950 y 2.000 de 37,6 a 22,7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19,6 defunciones por cada mil habitantes a 9,2 en el mismo período. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica a nivel mundial, se refleja en una mayor sobrevivencia de los grupos más longevos. En los países más desarrollados, el promedio de la esperanza de vida al nacimiento es de casi 76 años en el quinquenio 2.000-2.005 la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo; a la vez que en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63,4 a 73,1, durante el mismo periodo.

1.2 Adulto Mayor en Chile y Latinoamérica.

Los avances económicos y sociales logrados por los países de América Latina durante la segunda mitad del siglo XX se reflejaron, entre otros aspectos, en una sostenida disminución de la mortalidad y la fecundidad. Además de una prolongación de la vida, estos cambios trajeron consigo una progresiva disminución de la proporción

de niños y un aumento de la de los adultos y personas de edad; así, entre 1.950 y 2.002, los mayores de 60 años elevaron del 6% al 8% su participación en la población total de la región y los menores de 15 la redujeron de 41% a 32%. Como fruto de las modificaciones de la estructura por edades se ha producido una inversión de la pirámide de población: el adelgazamiento de su base (ocasionado por la menor fecundidad) hizo pasar de una forma triangular a un ensanchamiento de su cúspide.

Si bien la tendencia al envejecimiento de la población latinoamericana es generalizada, la intensidad del proceso difiere entre los países del continente. De este modo, Chile se encuentra junto con Argentina, Uruguay y Cuba en una transición avanzada, caracterizada por bajas tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural.

En nuestro país a comienzos del siglo XX los adultos mayores eran algo más de 200.000 personas. Sólo se necesitaron 50 años para que los adultos mayores se duplicaran (1.900-1.950), triplicándose esta cifra en los 50 años siguientes.

Actualmente Chile se encuentra con una población total de 15.401.952 personas de las cuales el 28% corresponde al estrato de edad de 0-14 años y con un 7,2% (1.112.954 personas) al estrato de edad de 65 y más años,¹ clasificándose esta estructura en población intermedia en camino hacia una población envejecida, proceso por el que atraviesa el país. Según las proyecciones realizadas por el CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), durante el primer cuarto del siglo XXI, el número de adultos mayores de Chile se incrementará en 130%.

1.3 Envejecimiento en la V región.

El efecto combinado de los tres componentes demográficos en continua evolución: la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, se refleja en el tamaño y características diferentes en cada sector de la población. Así la V región de Valparaíso compuesta por los habitantes circunscritos geográficamente por los sectores correspondientes a los Servicios de salud de Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota y Aconcagua, es la región del país que posee el mayor porcentaje de adultos

¹ De acuerdo al Anuario de Estadísticas vitales, año 2002 INE.

mayores correspondientes al 8,66% del total de la región, que representa una población de 136.772 adultos mayores.

El índice de vejez es el número de adultos mayores, de 60 años y más, existentes por cada 100 menores de 15 años. En Chile, en el año 2002 existían aproximadamente 28 adultos mayores por cada cien menores de 15 años; es decir; el doble de los que había en 1.950. Actualmente en la V región el número de adultos mayores alcanza los 50 individuos por cada cien menores de 15 años.

2. Epidemiología del Adulto Mayor.

Junto a la transición al envejecimiento de la población y ligada a los cambios demográficos se ha verificado también la transición epidemiológica. Esto significa que existen cambios a través del tiempo en la composición de la mortalidad por sexo y edades, y modificaciones en las causas de muerte. En los años 60' las enfermedades transmisibles como infecciones y parasitarias tenían una alta incidencia, concentrándose preferentemente en los jóvenes. A fines del siglo XX predominan las causas infecciosas y parasitarias, crónicas, degenerativas, por tumores malignos y accidentes, que afectan principalmente a los adultos mayores.

Los adultos mayores se enferman principalmente de afecciones cardiovasculares, las cuales, también son la principal causa de la hospitalización en este grupo. Entre los diagnósticos de mayor frecuencia están el infarto al miocardio, los accidentes cerebrovasculares y la hipertensión arterial. En el grupo de las enfermedades del aparato digestivo, las afecciones quirúrgicas de la vesícula biliar, constituyen una causa relevante. Dentro de las afecciones del tracto genitourinario, la patología prostática en los hombres y las afecciones urinarias en las mujeres son también enfermedades que con frecuencia requieren de hospitalización. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los problemas osteoarticulares, la demencia senil y la enfermedad cerebrovascular son las enfermedades crónicas no transmisibles que se presentan con mayor frecuencia y que frecuentemente no son causa de hospitalización.

Las muertes en los adultos mayores en Chile se deben principalmente a enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente infarto al miocardio y derrame o

trombosis cerebral. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte. En ambos sexos, el cáncer de estómago es el responsable del mayor número de fallecimientos, le sigue en importancia el cáncer pulmonar en los varones, y el de la vesícula en las mujeres. En tercer lugar, aparece el cáncer de vesícula en los hombres y del cuello uterino y de mama en las mujeres de 60 y más años. Las enfermedades respiratorias como neumonías, bronquitis crónica, enfisema y asma representan casi el 15% de las muertes y son la tercera causa de fallecimiento. Otras causas significativas en esta edad son la cirrosis hepática en los varones y la diabetes mellitus en las mujeres.

3. Proceso de envejecimiento y sus características.

3.1 Concepto de Envejecimiento.

Se define como un proceso de pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios, que afecta al individuo a lo largo de su vida.

Es un proceso normal en todo ser humano que se desarrolla a lo largo de la vida, desde el momento de nacer o de la concepción hasta que finaliza en el momento de la muerte.

El proceso de envejecimiento comprende los aspectos biológico, social y psicológico, los que interactúan entre sí a lo largo de la vida. El envejecimiento se caracteriza por ser:

- Universal, porque afecta a todos los seres vivos.
- Individual, lo cual dependerá de las condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y del estilo de vida de cada persona.
- Progresivo, porque se produce a lo largo del ciclo vital en forma previsible y regular sin detención o desviación.
- Asincrónico, porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad.
- Perjudicial, debido a la pérdida de funciones fisiológicas.
- Irreversible, porque indica cambios físicos, psíquicos y sociales, los cuales no son posibles de corregir, pero que pueden acelerarse o retardarse.

Existe un modelo multifactorial del envejecimiento, el que se compara con una curva parabólica descrita por un proyectil, cuya trayectoria depende de varios factores. En una situación biológica ideal, el organismo poseería una fuerza genética primigenia que le permitiría atravesar la vida siguiendo una trayectoria óptima. Luego, en la segunda mitad de la vida, al concluir el crecimiento, son los cambios ambientales y endógenos, la enfermedad, las presiones inherentes a estilos de vida, la nutrición y los errores metabólicos los limitantes del proceso de desarrollo, interfiriendo en la longevidad.

En la búsqueda de explicar el qué, el cómo y el por qué del envejecimiento surgen numerosas teorías, ya que no sólo es el paso del tiempo, sino una manifestación biopsicosocial que tiene lugar en el tiempo y por eso no existe una definición perfecta de envejecimiento. Estas sólo comparten un denominador común que es el cambio.

Se enuncian en forma sumaria las principales teorías:

3.2. Teorías del envejecimiento.

3.2.1. Teorías biológicas.

3.2.1.1. Teorías genéticas.

Teoría del envejecimiento molecular.

Teoría del error y fidelidad: el error consiste en una alteración en la síntesis de proteínas a nivel de ADN, y la fidelidad se define como la reproducción exacta de proteínas, así, a medida que disminuye la fidelidad existe un error, produciendo una inadecuada secuencia de proteínas que va afectando al organismo.

Teoría de mutación somática: a causa de los cambios heredados del ADN celular se altera la secuencia genética, produciendo un daño que lleva a la muerte.

Teoría de la glucación: en la que la glucosa actúa como mediador del envejecimiento.

Teoría del envejecimiento celular.

Programado: sugiere que segmentos de ADN se agotan o desaparecen a una edad avanzada y así la célula falla por una detención del intercambio de información genética que conduce a la senescencia.

Teoría del marcapasos o “reloj biológico”: en el que una célula o tejido interfiere en la proliferación celular, iniciando el proceso de envejecimiento en todo el cuerpo.

Teoría de sistemas orgánicos.

Teoría autoinmunitaria: existe una relación entre el sistema inmunitario y el envejecimiento, así, por una disfunción del sistema inmune se produce el cáncer, diabetes y disminución funcional con el tiempo.

Teoría del control neuroendocrino: estos sistemas son los controladores principales de la actividad corporal, si fallan el organismo se deteriora y muere.

3.2.1.2. Teorías no genéticas.

Temperatura: la duración de la vida de las especies de sangre caliente es inversamente proporcional al metabolismo basal.

Privación de nutrientes: consiste en que la disminución de la cantidad de nutrientes en el cuerpo, como la privación de oxígeno, producirá un envejecimiento.

Lipofucsina o teoría del desgaste: se acumulan pigmentos, que son desechos orgánicos que producen manchas en la piel, hasta que interfieren con la función celular y provocan la muerte.

Los biogerontólogos refieren que existen varios factores del envejecimiento y que por ende no existe una teoría única. Según Hayflick (1994) influyen tres ideas:

1.) Teoría de la sustancia vital, en la que los seres humanos nacen con una sustancia y con el envejecimiento se va agotando hasta que muere la persona.

2) *Teoría de la mutación genética*, en la que hay cambios producidos en los genes para la codificación del envejecimiento y longevidad.

3) *Teoría del agotamiento reproductor*, en la que existe un brote inicial de la actividad reproductora seguido del período de envejecimiento.

3.2.2. Teorías psicosociológicas.

Desde un punto de vista psicológico el envejecimiento se caracteriza por cambios conductuales; y del punto de vista sociológico, por las influencias del medio ambiente en este proceso.

El envejecimiento puede provocar cambios psicosociales individuales y/o la creación de nuevas soluciones nunca antes utilizadas.

Las teorías psicosociales sobre el envejecimiento coinciden en que a medida que las personas envejecen cambian sus conductas, sus interacciones sociales y las actividades en que participa.

Teoría del desligamiento.

El envejecimiento es un proceso inevitable donde se altera o rompe la relación entre el adulto mayor y la sociedad, produciendo un abandono parcial o total.

Teoría de la actividad.

Sostiene que el permanecer con un estilo de vida activo se relaciona con un bienestar en el adulto mayor, lo que lo estimula a desarrollar actividad social y sustituir roles perdidos por unos nuevos.

Teoría del curso de la vida.

Según Erickson (1.963) y sus etapas del desarrollo psicosocial, en la última (octava) etapa de crisis se desarrolla la integridad del yo versus desesperación. Las personas que sienten satisfacción de su vida deben asumir mejor la disminución de la fuerza, el deterioro de la salud, la jubilación, la disminución de los ingresos, la muerte

del cónyuge y de seres queridos, y la adaptación a los nuevos descubrimientos y nuevos placeres (mayor tiempo libre, ocio, nietos).

Teoría de la continuidad.

Consiste en la adaptación subjetiva a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar nuevas experiencias con las anteriores; así las personas se adaptan a su propio envejecimiento, es decir, es un concepto consistente de patrones conductuales que varían al paso del tiempo.

3.3. Cambios asociados al envejecimiento.

3.3.1. Cambios físicos.

Son procesos fisiológicos menos efectivos y cambios en la homeostasis debido a una disminución adaptativa del organismo al estrés.

- Musculoesqueléticos: pérdida de masa y tono muscular, disminución de la movilidad, hay modificaciones en estructuras articulares, limitación del rango y velocidad de movimiento evidenciada por un paso lento y disminución de la estatura, postura encorvada o cifosis e inestabilidad postural.

- Neurológicos: disminuye el tamaño del cerebro en peso y volumen (100 a 150 grs.) entre los 20 a 90 años, disminuye el número de neuronas y hay alteración de neurotransmisores. En el sistema nervioso central se disminuye la agilidad mental, el pensamiento abstracto, el análisis e integración de información sensorial y memoria (delirium) y el intelecto. En el sistema nervioso autónomo se disminuye la sensibilidad a baroreceptores, se presenta hipotensión postural, deterioro de la regulación térmica con tendencia a la hipotermia y alteración de la percepción del dolor.

- Cardiovasculares: disminuye la elasticidad de las grandes arterias, aumenta la presión arterial sistólica, hay trastornos en la microcirculación periférica con predisposición a eventos tromboembólicos y úlceras por presión, insuficiencia venosa con riesgo de éstasis y úlceras tróficas, y disminución de la capacidad para actividad física.

- Respiratorios: disminuye la eficiencia respiratoria, la capacidad vital, la difusión de oxígeno y la elasticidad pulmonar, aumenta la rigidez de la pared torácica y disminuye la fortaleza de la musculatura respiratoria.

- Gastrointestinales: se presentan problemas en la absorción de nutrientes, constipación y diverticulitis; aumenta el tiempo de metabolización en el hígado, hay predisposición a la caries y enfermedades periodontales y disminuye la eficiencia masticatoria.

- Urinarios: falla en la velocidad de respuesta a los cambios del volumen circulatorio, disminuye la masa renal y la capacidad excretora del riñón que significa riesgo de intoxicación, incontinencia urinaria y aumento de susceptibilidad a las infecciones urinarias.

- Tegumentarios: la piel se encuentra seca, frágil y descolorida; el pelo presenta canas y caída parcial o total; las uñas se tornan frágiles y engrosadas, y disminuye la capacidad de aislamiento, pues se altera la termorregulación y la protección de prominencias óseas lo que suele llevar a úlceras por presión.

- Inmunológicos: hay aumento de susceptibilidad a las infecciones, enfermedades autoinmunes y cáncer.

- Endocrinos: hay un enlentecimiento de la respuesta metabólica y predisposición a descompensación, especialmente en caso de insulina y hormonas tiroideas.

- Visión: se produce un deterioro de la agudeza y campo visual y de la acomodación del cristalino a la luz brillante, disminuye la adaptación a la oscuridad, hay deterioro de la percepción visioespacial, aumento de la presión intraocular (glaucoma) y presencia de cataratas.

- Audición: presbiacusia, disminución de la agudeza para tonos altos y discriminación del lenguaje. Hay deterioro del centro postural reflejo, presencia de vértigos y mareos.

- Gusto: cambia la sensación del gusto y aumenta el sabor amargo, con riesgo de intoxicación; se presenta anorexia y malnutrición consecuente, disminuye la sensibilidad al reflejo de tos y deglución lo que presenta riesgo de aspiración.

3.3.2. Cambios psicológicos.

Debido al proceso de envejecimiento se producen alteraciones afectivas causadas por:

- Problemas relacionados con las pérdidas afectivas, las cuales producen en los adultos mayores una gran soledad y reacciones al duelo.

- Trastornos físicos por deficiencias funcionales y sensoriales, produciendo discapacidad física y disminución de la autonomía funcional.

- Trastornos orgánicos cerebrales, los que se traducen en una pérdida de la memoria, siendo a veces incapaces de recordar una cara o un nombre o retener nuevas informaciones. Los adultos mayores presentan dificultades de recuperación de memoria y almacenamiento de la información a largo plazo más que a corto plazo.

- Trastornos mentales, entre los cuales están los trastornos de ansiedad, sexualidad y alimentarios, entre otros.

- Dependencia económica por ingresos deficientes.

Estos cambios generalmente llevan a la depresión, que es la pérdida afectiva más habitual en los adultos mayores, presentando altas tasas de suicidios. Además, fomentan el aislamiento social que produce frustración, soledad, sentimiento de abandono y falta de raíces.

En cuanto a la imagen corporal, las reducciones físicas graduales y la pérdida de agudezas sensoriales les impide relacionarse, pudiendo causar cambios negativos en la personalidad, ya que entienden menos lo que ocurre a su alrededor. Todas estas pérdidas y su aspecto corporal, la presencia de canas y arrugas los hace sentir poco atractivos y afecta su autoestima.

Para los adultos mayores frecuentemente son más importantes los síntomas somáticos y fisiológicos que los emocionales o psicológicos, todos los cuales se combinan con los cambios normales del envejecimiento.

3.3.3. Cambios sociales.

Las características de la sociedad condicionan el promedio de años de sus habitantes, como su calidad de vida durante los años de su vejez. Los adultos mayores no siempre son dependientes a causa de su dependencia física, sino que a menudo lo son, debido a la forma en que se les categoriza socialmente y a las presiones sociales que se ejercen sobre ellos. Por ejemplo, el proceso de la jubilación o la desvalorización por la ausencia de un rol provoca un sentimiento de inutilidad generado por la misma presión social, pues sienten que la sociedad ya no los necesita o que son un estorbo. Esto puede llevar a la depresión por sentirse privados de un status social y prestigio.

También existe una disminución en las interacciones sociales de los adultos mayores debido a que sus hijos ya mayores se marchan (nido vacío), sus relaciones laborales finalizan y los amigos se alejan o mueren.

Debido al sentimiento de inutilidad producido en ellos, con el tiempo se van perdiendo algunas facultades y a la vez adquiriendo enfermedades crónicas, lo que produce mayor dependencia de los demás, aumentando aquel sentimiento y produciendo finalmente estrés social tanto para el adulto mayor como para las personas que lo rodean.

Todo este mundo de cambios producidos en el adulto mayor en todas sus esferas de vida, estarán íntimamente relacionados con su seguridad, existiendo un efecto de retroalimentación entre la seguridad y dichos cambios: por un lado los cambios afectarán inevitablemente el grado de seguridad de éstos, y por otro, su seguridad (o mejor, los riesgos en su seguridad), acelerarán o enlentecerán el desarrollo de estos cambios. De ahí la inmensa importancia, de analizar la seguridad y sus características en esta etapa de vida.

4. La seguridad biosicosocial en el Adulto Mayor.

Existen muchas definiciones acerca de la necesidad de seguridad, entendiéndose ésta, por lo general, como aquella sensación de protección frente a las amenazas a la salud y al bienestar, tanto en el aspecto físico como psicosocial. También es concebida como aquel estado de permanecer libre de lesiones psicológicas y fisiológicas. Se ubica en el segundo escalón de la pirámide o jerarquía motivacional o de las necesidades de Abraham Maslow. Este psicólogo humanista estadounidense del siglo XX desarrolló una teoría basada en las motivaciones humanas en donde describe el proceso por el cual los individuos pasan de las necesidades básicas, de carácter orgánico-funcional, a las necesidades superiores, culminando este proceso con la autorrealización, consistente en el desarrollo integral de las posibilidades personales. A pesar de todo ello, y sin importar descripción alguna, la seguridad es considerada como una necesidad humana universalmente reconocida, y representa, sin duda alguna, una necesidad básica que debe ser satisfecha para lograr la supervivencia y bienestar.

La seguridad depende tanto de factores individuales como socio-ambientales; estos últimos a veces derivados de la interacción con el resto de la sociedad. Sin embargo, el principal agente responsable del bienestar es la misma persona, de ahí la importancia de las características biosicosociales que envuelven al adulto mayor, en las que adquieren relevancia la capacidad del mismo individuo para percibir su propia seguridad y de esa forma reaccionar frente a cualquier intento de agresión. Esto se explica, porque el ambiente proporciona la información necesaria para advertir los peligros reales que de él emanan, información que llega a través de los sentidos; es así como cualquier deterioro en el circuito sensorial que comprende este sistema, disminuirá en algún grado la capacidad para sentir aquellos factores perjudiciales o potencialmente peligrosos del ambiente, haciendo al individuo especialmente vulnerable ante esta situación. De hecho, cualquiera alteración del estado de conciencia, ya sea por enfermedad o por simple deterioro fisiológico, por alteraciones del sueño, por uso de fármacos o drogas, por ansiedad u otros estados emocionales, entre otros; afectará enormemente la capacidad para percibir estímulos sensoriales, interpretarlos y reaccionar adecuadamente frente a ellos.

En los adultos mayores, el deseo de obtener esta sensación de seguridad, los hace adoptar ciertas conductas, como juntar objetos o alimentos, subscribirse a aseguradoras de cualquier tipo, aferrarse a religiones y/o filosofías para organizar sus vidas. Es por ello que dentro de los factores considerados dentro de la seguridad del adulto mayor, también se mencionan el estado financiero y social de éste, así como su estado de dependencia, las pérdidas a que está expuesto (pareja y amigos), y la actitud de la familia hacia él. Sin embargo, esta sensación, por definición, es totalmente subjetiva, variando de un individuo a otro; por ende, el comportamiento que adopte el adulto mayor también dependerá de sus características personales, que lo hacen ser único e irrepetible.

Es imposible hablar de seguridad sin considerar la gran importancia de la satisfacción de las necesidades fisiológicas para el cumplimiento de ésta, puesto que la mayoría de las veces el adulto mayor, verá como una amenaza para su seguridad cualquier grado de insatisfacción de aquellas.

Esta necesidad comprende además, el hecho de estar libre de riesgos, ya sean físicos, biológicos o químicos, los cuales se contemplan no sólo dentro del mismo individuo, sino también, como se señaló previamente, el ambiente, incluyendo en él la sociedad, la familia y ciertas instituciones. Todos estos riesgos reales de lesión o daño frente a la seguridad variarán en un momento concreto para un individuo determinado, hecho especialmente importante a considerar en el caso del adulto mayor, puesto que es en él donde estos factores se potencian con los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento. Se aumenta así el riesgo de alterar su seguridad, quedando principalmente expuesto a sufrir caídas, u otro tipo de accidente.

Dos elementos importantes a la hora de establecer el grado de seguridad del adulto mayor, son los cuidados de salud y el entorno en donde éstos son proporcionados, debido a que no en pocas ocasiones estas personas dependerán parcial o totalmente del cuidado de otro individuo, generalmente por discapacidad o enfermedad, lo que es visto a su vez como una seria amenaza a la supervivencia y seguridad del individuo.

Los cuidados de salud proporcionados en forma segura corresponden a aquellos entregados directamente al adulto mayor, como también a la gestión sanitaria de dichos cuidados, siendo este último punto considerado como una labor de Enfermería por excelencia.

El entorno seguro es considerado como un conjunto de factores físicos y psicosociales que influyen en la vida y supervivencia del adulto mayor, y comprende el ambiente en el que interactúa el equipo de Enfermería y el adulto mayor. En él se satisfacen principalmente las necesidades fisiológicas, reduciendo idealmente todos aquellos riesgos que atentan en contra de su seguridad.

De esa forma, los cuidados de salud y el entorno seguro lograrán reducir la incidencia de enfermedades y lesiones, acortando la duración del tratamiento y/u hospitalización, y manteniendo o mejorando la funcionalidad del adulto mayor, e incrementando por ello su sensación de bienestar. Se establece así una estrecha relación entre la dimensión de calidad de la atención y la disminución de riesgos, infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudiesen atribuirse a la prestación de servicios.

La Enfermera canadiense Beverly Du Gas ² establece ciertos principios relativos a la seguridad de un individuo, los que deben enfatizarse al cuidar adultos mayores, a saber;

- 1.- “Los sentidos del cuerpo que funcionan normalmente informan al individuo sobre los peligros del ambiente.
- 2.- La edad de una persona afecta su capacidad para percibir e interpretar estímulos sensoriales del ambiente y tomar la acción eficaz a fin de protegerse de los estímulos perjudiciales.
- 3.- La familiaridad con el ambiente lo hace menos peligroso.
- 4.- La capacidad de una persona para protegerse se afecta por su estado sensorial, mental, emocional, de movilidad y comodidad, reposo y sueño.
- 5.- Las enfermedades tornan a las personas más vulnerables a accidentes y lesiones.
- 6.- Las medidas diagnósticas y terapéuticas pueden causar daño al paciente, además de ayudar a resolver sus problemas de salud.”

² Du Gas, Beverly: “Tratado de enfermería práctica”. 4ª edición. Editorial interamericana.1986.

Actualmente las actividades para promocionar la seguridad incluyen métodos para controlar los agentes amenazadores, reducir la susceptibilidad del individuo y/o modificar los factores ambientales, entendidos estos últimos como un todo socio-ambiental.

De la necesidad de seguridad, así como de las necesidades fisiológicas, dependen absolutamente todas las necesidades sociales de amor y pertenencia. De ahí su importancia existencial, puesto que proporcionan esa sensación sublime de estabilidad y manejo del propio mundo, asunto imprescindible para cualquier ser humano, sin importar la etapa del ciclo vital por la que este atraviese.

5. Riesgos en la Seguridad del Adulto Mayor Hospitalizado.

El envejecimiento de un individuo produce en el tiempo una delicada relación entre éste y el medio externo, lo que se ve reflejado en la sensibilidad con que el organismo responde frente a ciertos cambios. La adaptación a éstos, está significativamente disminuida, lo que se demuestra en una vulnerabilidad en la esfera física, psicológica y social, por lo que el adulto mayor se ve más expuesto a situaciones de riesgo para su salud.

Toda amenaza a la supervivencia y a la seguridad del ser humano provoca una reacción que desencadena ansiedad; esta situación atenta contra la adaptación positiva de la persona frente a las situaciones estresoras de cambio y la búsqueda de soluciones de los problemas. Sin embargo, cada persona posee distintas capacidades en relación a la adaptación de situaciones, esto depende principalmente de la individualidad de las personas, del apoyo familiar y de las experiencias previas. En el hospital son numerosos los factores que desencadenan ansiedad y que inciden en la persona desde su ingreso, debido a las condiciones de cambio del ambiente físico, psíquico y social. Asumir el rol de paciente es transformarse en un ser pasivo, que pierde en gran parte su identidad, disminuyendo su autoestima. La serie de modificaciones que ello implica, a consecuencia de las limitaciones y restricciones que traen consigo las normas administrativas y técnicas, atenta contra la funcionalidad como persona. El adulto mayor frente a la alteración de su equilibrio y tensión psicológica responde a través del síndrome de adaptación general, el cual se compone de tres etapas: reacción de alarma,

utilizando mecanismos de defensa, etapa de resistencia, en la cual hay una lucha por el restablecimiento del equilibrio y finalmente, etapa de agotamiento, en la cual se agotan los recursos de adaptación del organismo debido a que el agente causante estresor persiste y que el AM no dispone de herramientas para contrarrestar sus efectos. El ingreso al hospital es considerado por el AM como una amenaza, esto se debe al ambiente desconocido que enfrenta, al cambio en sus rutinas diarias, al alejamiento de familiares y personas significativas, lo que desencadena, en muchos casos, un desequilibrio de los mecanismos adaptativos antes mencionados, provocándole descompensación orgánica manifestada por confusión y desorientación, la que se incrementa ante la presencia de deficiencias sensoriales.

Los hospitales son lugares de tratamiento y recuperación de pacientes complejos que requieren permanecer en la institución, sin embargo presentan ciertos riesgos, que si bien no lo constituyen para los adultos jóvenes y medios, sí lo son para los adultos mayores. Estos riesgos están determinados por las condiciones ambientales no adaptadas para la estadía de este grupo etáreo, como también por el trato recibido, modo impersonal, no familiar, el cual representa desde el punto de vista del paciente un rechazo por parte del personal hacia él y sentimientos de inferioridad. La probabilidad de presentar situaciones desfavorables durante la hospitalización no obedece en su totalidad a riesgos externos, sino que a las características del AM, patologías concomitantes y vulnerabilidad, las cuales fomentan el riesgo de otros trastornos. Por otro lado, la enfermedad en los AM, se da de modo atípico, no siguiendo un patrón uniforme, lo que constituye un riesgo, básicamente debido a la dificultad que plantea al Médico el establecer un diagnóstico apropiado, desencadenando a su vez otros problemas tales como síndrome geriátrico y deterioro funcional, derivados de los numerosos procedimientos diagnósticos y clínicos para establecer la etiología.

Los riesgos más frecuentes durante la hospitalización derivan básicamente de la atención otorgada por el equipo de salud, entre ellos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos tales como arteriografía, tratamiento intravenoso, sondas urinarias, error en la administración de fármacos, intervenciones quirúrgicas, proceso de anestesia, IHH, accidentes, etc. Por otro lado, la prolongación de la estadía también se considera un riesgo, debido a la extensión de reposo en cama, lo cual genera consecuencias tales como tromboembolia, úlceras por presión, incontinencia urinaria, entre otras. Sin

embargo, la causa de aquella es variable, debido a que puede ser repercusión de su patología y/o a cuidados deficientes efectuados por el equipo de enfermería. Se debe realizar una evaluación funcional de las capacidades del adulto mayor al ingreso al servicio hospitalario con el fin de otorgar apoyo sólo en aquellas actividades en las que los adultos mayores manifiestan déficit, fortaleciendo la autonomía a aquel que conserva sus capacidades funcionales para la satisfacción de sus necesidades.

En resumen, el riesgo que implica una hospitalización para el adulto mayor se basa principalmente en que la institución se convierte en un lugar peligroso para el paciente, por lo que previo a su ingreso se deben contrarrestar los beneficios recibidos, frente a los riesgos que éste representa. Estos últimos están determinados por tres grandes factores: factores propios del paciente, factores determinados por el ambiente y factores derivados de la atención, especialmente los relacionados con el cuidado que otorga el equipo de enfermería.

5.1. Riesgos derivados del Adulto Mayor Hospitalizado.

El adulto mayor presenta con el pasar de los años, una mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo, debido en gran parte, a la pérdida normal de la reserva fisiológica y a un menor equilibrio de la homeostasis fisiológica. Es importante que todas las personas a cargo del cuidado de un adulto mayor conozcan los déficits que afectan a la persona, para que así sean capaces de detectar y prevenir los daños.

Es muy frecuente entonces, que presente pluripatologías o prevalencia de varias enfermedades agudas o crónicas al mismo tiempo, algunas de las cuales son desconocidas hasta el momento, además de alteraciones que son parte del proceso de envejecimiento normal. El promedio de procesos patológicos detectados en el adulto mayor varía según el nivel sanitario estudiado, encontrándose en el nivel hospitalario de nuestro país, de 5 a 6 diagnósticos por enfermo de este grupo etáreo. De hecho, cerca del 80% padece alguna enfermedad crónica que suele comenzar en forma insidiosa como el glaucoma, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la arteriosclerosis, la osteoporosis, la obesidad, el Alzheimer, la demencia y otras. Por esta razón, detectar la etiología de los problemas de salud del adulto mayor es complejo, siendo necesario un

enfoque integral, examinando al paciente en su totalidad, en lugar de concentrarse en un área particular del cuerpo.³

Además, el adulto mayor es vulnerable ante cualquier enfermedad, sus mecanismos de defensa son más limitados y las patologías repercuten unas en otras en mayor medida que en edades previas. Muchas veces acaban teniendo problemas de salud complejos porque una alteración “banal” se puede complicar con relativa facilidad.

La hospitalización constituye un riesgo para el adulto mayor, ya que puede acelerar la pérdida de la funcionalidad relacionada a la pérdida de la propia autonomía e independencia, reaccionando con comportamientos contrastantes: puede negar la necesidad de atención y minimizar los malestares, o puede volverse extremadamente anheloso de atención y protección e intolerante ante cada desavenencia relacionada con la enfermedad.

Entre las enfermedades frecuentes del adulto mayor que constituyen un riesgo para su seguridad se mencionan la demencia senil, la enfermedad cerebrovascular (ECV) y la diabetes mellitus.

5.1.1. Demencia Senil.

Se define como un “síndrome mental orgánico propio de los adultos mayores, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva que se caracteriza por un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se encuentran la memoria a corto y largo plazo, el pensamiento abstracto, capacidad de juicio, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje, al igual que modificaciones de la personalidad. Los deterioros en el área cognitiva frecuentemente se acompañan por una disminución del control emocional, del comportamiento social o de

³ Revista Española de Geriatria y Gerontología; Hastie Ian R; La Geriatria en los hospitales agudos, editorial Dogma, Vol. 38 (5); Septiembre-Octubre, 2003; p. 243.

la motivación”⁴. La edad de comienzo es después de los 65 años, aunque existe otra demencia de inicio presenil.

5.1.2. Enfermedad Cerebrovascular (ECV).

“La ECV corresponde al desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular”. En el adulto mayor es menor la probabilidad de hemorragias cerebrales o ruptura de un aneurisma, no obstante, pueden ocurrir hematomas subdurales como consecuencia de caídas. Existen factores de riesgo no modificables como la edad, la raza o el sexo masculino, y modificables, siendo el más importante la hipertensión arterial crónica no tratada, seguido por antecedentes de crisis isquémicas transitorias, tabaquismo, diabetes mellitus, y antecedentes familiares de ECV, entre otras.

Los síntomas más frecuentes son disfunción motora respecto a resistencia, vigor, equilibrio y capacidad; alteración sensitiva, cognoscitiva, en el equilibrio y coordinación; déficit del habla o del lenguaje, alteraciones de la visión como la pérdida de los campos visuales, diplopía y en ocasiones nistagmo o cualquier combinación de estos síntomas.

Los riesgos en un adulto mayor hospitalizado están determinados por las secuelas posteriores, que consisten en disfunciones físicas, cognoscitivas, emocionales y de comunicación, que permanecen estacionarias por largo tiempo, donde el paciente muchas veces se hace muy dependiente y su estado no cambia. Dentro de las complicaciones físicas más importantes encontramos la inmovilidad, presentándose los siguientes riesgos fisiológicos⁵:

- Enlentecimiento en la curación de las heridas, haciéndolo propenso a las infecciones.
- Atrofia muscular.
- Disminución de la grasa subcutánea.
- Movimientos asimétricos de la pared del tórax, disnea, taquipnea.

⁴ Brizzolara, Augusto. Compendio de Geriatria Clínica; 1º edición, Santiago – Chile; p. 77.

⁵ Potter – Perry; Fundamentos de Enfermería, 5ª edición, Editorial Harcourt; Vol. II, 2001, pp. 1532 – 1533.

- Hipotensión ortostática.
- Aumento de la frecuencia cardíaca, pulsos periféricos débiles, edema periférico.
- Contracturas articulares en el lado afectado.
- Intolerancia al ejercicio,
- Interrupción de la integridad de la piel.
- Disminución de la producción de orina, turbia o concentrada y distensión vesical.
- Estreñimiento o disminución de los movimientos intestinales a causa de la escasa actividad, falta de apetito y reducción de la ingestión de fibra y líquidos.
- Traumatismo en las regiones que muestran disminución de la sensibilidad.
- Cansancio notorio al final del día.

5.1.3. Diabetes Mellitus (DM).

Se define como un “síndrome caracterizado por una disfunción metabólica generalizada y una variedad de procesos clínicos. Se desarrolla cuando la capacidad del organismo para producir o utilizar insulina se altera, produciendo una intolerancia a la glucosa, afectando el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas”.

La diabetes mellitus en los adultos mayores puede presentar matices distintos y manifestaciones algo diferentes. Sobre el 50% de éstos pacientes son asintomáticos y por ende, la primera señal de alerta será un descenso del peso corporal, una marcada astenia, anorexia, cambio en el patrón de sueño, alteraciones en la esfera cognoscitiva y/o aparición de diversas complicaciones. Es una enfermedad frecuente, presente en el 10% de los adultos mayores de 65 años, no obstante, sólo el 5% es insulino-dependiente, aunque el iniciarse con una cetosis como primer síntoma, no significa ser insulino-dependiente definitivo.

Los principales problemas funcionales a largo plazo en relación con la diabetes son las enfermedades de vasos de gran calibre como arteriosclerosis y aterosclerosis; de pequeño calibre como retinopatía de fondo o proliferativa, nefropatía y neuropatías.

La neuropatía es un término colectivo para un síndrome neurológico que incluye todas las enfermedades inflamatorias y degenerativas que afectan al sistema nervioso

periférico. Los rasgos principales de presentación incluyen alteraciones motoras y sensitivas diseminadas de los nervios periféricos.

En un adulto mayor hospitalizado la analgesia de las partes distales lo hace susceptible a las quemaduras, ulceraciones por decúbito y otras formas de lesión que se infectan fácilmente y curan de forma defectuosa. En un miembro anestesiado la piel se hace lisa, seca y brillante, las uñas se curvan y el tejido subcutáneo aumenta su grosor, propicio para la formación de grietas y fisuras. Si se afectan las fibras vegetativas el miembro está caliente y rosado.

5.1.4. Polifarmacia.

El paso de los años y la aparición progresiva de alteraciones y enfermedades crónicas provocan un aumento del consumo concomitante de fármacos (muchos adultos mayores toman 5 o más medicamentos diferentes al día) y en la mayoría de los casos, la toma de varios medicamentos al mismo tiempo. En la población geriátrica existe una gran prevalencia en el consumo de medicamentos, que va aumentando a medida que lo hace la edad, un 11% de los adultos mayores en la comunidad, y entre un 30% y un 40% de los atendidos en los diferentes niveles de un servicio nosocomial⁶. Este es el principal motivo por el cual las personas mayores representan uno de los grupos de población con riesgo elevado de presentar problemas relacionados con los medicamentos. La pérdida de memoria, las alteraciones visuales o auditivas, la soledad y la disminución de las capacidades intelectuales de las personas mayores dificultan seguir adecuadamente regímenes complicados de medicamentos. El incumplimiento puede llegar a ser alarmante, y hay estudios que sugieren que más de la mitad de los pacientes no toman correctamente la medicación, olvidan dosis o se equivocan al tomarlas. Es preocupante la incidencia del número de confusiones en algunos tratamientos farmacológicos como antiarrítmicos y antidepresivos, cuyo uso es mayor en las personas ancianas.

La respuesta de los AM ante la medicación suele ser más difícil de predecir. Las funciones renales y hepáticas se hallan disminuidas, por lo que la eliminación y

⁶ El paciente anciano; editorial M^o Graw-Hill Interamericana, cap. 6; 1998; p. 52.

transformación de los fármacos es más lenta, lo que favorece su acumulación y la aparición de efectos adversos, aún en dosis terapéuticas. En algunos casos hay asociados estados de malnutrición de orígenes muy diversos (deficiencias de la dentición, reducción del aporte dietético, etc.) que alteran aún más la respuesta prevista a los medicamentos, por la modificación de las condiciones de absorción o distribución de los mismos en el organismo. Por otro lado, algunos enfermos agregan por su cuenta medicamentos no tradicionales, hierbas u otros que también interfieren con el metabolismo de drogas. El incumplimiento y la automedicación suelen ser frecuentes a esta edad, y pueden modificar los resultados esperados de un tratamiento.

En los adultos mayores se prescriben fármacos según normas preestablecidas, tales como:⁷

Disminuir al mínimo el número de medicamentos:

- Revisar otro tipo de tratamientos.
- Valorar la necesidad del nuevo fármaco.

Considerar alternativas:

- No farmacológicas.
- Fármacos menos tóxicos.
- Formas farmacéuticas mejor toleradas.
- Pautas simples y cómodas.

Ajustar las dosis:

- Disminuir la dosis.
- Empezar por dosis bajas e incrementar.

Educar al paciente o a algún familiar.

Revisar regularmente la necesidad del tratamiento.

La aparición de reacciones adversas a los medicamentos (RAM) es uno de los problemas de mayor relevancia cuando se trata de farmacoterapia en geriatría. Su incidencia en la población adulta mayor es difícil de cuantificar, ya que su identificación es compleja. Los grupos de medicamentos implicados con mayor frecuencia en la

⁷ Pérez, Melero; Enfermería Geriátrica; Universidad Computense; Madrid; Octubre, 1998; p. 146.

aparición de RAM son los antihipertensivos, diuréticos, AINEs, antiepilépticos, broncodilatadores, anticoagulantes, antidepresivos y psicotrópicos. Las causas más frecuentes de aparición de RAM son debidas a errores posológicos, mal uso de los medicamentos, elevando el riesgo de iatrogenia farmacológica al diseñar un plan terapéutico.⁸

Las RAM, se deben a una sumatoria de factores entre los que se encuentran:

Factores biológicos, como la edad, sexo, raza, alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia producto del envejecimiento.

Factores patológicos, como la polifarmacia, severidad del proceso y reacciones adversas propias que desencadenan alguna patología.

Factores farmacológicos, como la polimedicación, reacciones adversas previas, dosis y duración del tratamiento, clases terapéuticas de medicamentos administrados conjuntamente y número de terapias farmacológicas administradas en forma concomitante.

Factores psicosociales, como el incumplimiento de la terapia por cualquier causa, errores en la toma, automedicación, hábitos (tabáquico, bebedor) y la repetición de la prescripción sin indicación médica.

Muchas de estas reacciones son fáciles de reconocer, sin embargo hay otras que usualmente son confundidas con síntomas preexistentes como confusión, anorexia y debilidad.

Una de las principales causas de aparición de RAM en pacientes geriátricos es la sobredosificación. Evitarla implica la revisión de la dosificación, la prescripción conservadora y el seguimiento del paciente.

⁸ Guía para la selección y prescripción de medicamentos en el Adulto Mayor; Ministerio de Salud, Chile 1999; p. 21.

El incumplimiento de una terapia en un adulto mayor es un fenómeno muy frecuente y las consecuencias de éste se observan como fracaso terapéutico, apareciendo RAM y efectos secundarios.

Existen numerosas causas que condicionan el incumplimiento:⁹

- Abandono voluntario de la terapia.
- Dificultades involuntarias tales como física (visión, destreza manual), deterioro intelectual (olvido, confusión, depresión).
- Problemas relacionados con la forma farmacéutica (tamaño, sabor, dosificación, color)
- Efectos secundarios desagradables.
- Falta de credibilidad en la terapia.
- Carencia de información sobre el tratamiento.
- Falta de abastecimiento.
- Dificultad económica para solventar la terapia.

Véase tabla de las “Principales RAM según clase de fármaco en los diferentes sistemas del organismo” en anexos.

El uso racional de fármacos en el adulto mayor no solamente implica controlar el excesivo e innecesario uso de medicamentos, sino también propiciar el uso de fármacos cuya efectividad en mejorar la calidad de vida haya sido demostrada. Si bien es cierto que este grupo de edad presenta con mayor frecuencia reacciones adversas medicamentosas y problemas de adherencia al tratamiento, estos pueden ser evitados con la vigilancia y seguimiento exhaustivo. Connotados geriatras señalan que “es probable que las caídas sean un indicador de fragilidad en los adultos mayores y un actor predictor de muerte”, “sólo el 50% de los pacientes geriátricos hospitalizados por una caída estarán vivos al cabo de un año”.¹⁰

La polifarmacia aumenta las hospitalizaciones y los efectos adversos en los adultos mayores, a la vez que disminuye la adherencia a los tratamientos. Los riesgos a que están expuestos los adultos mayores hospitalizados asociados con la farmacología

⁹ Guía para la selección y prescripción de medicamentos en el Adulto Mayor; Ministerio de Salud, Chile 1999; p. 23.

¹⁰ Ministerio de Salud; Programa del adulto, División de salud de las personas; “Prevención y manejo de las caídas”, Series guías clínicas del adulto mayor; Maval, Santiago; Julio 1999.

están determinados por error en el medicamento, interacciones entre fármacos, reacciones farmacológicas y efectos colaterales.¹¹ Por tanto, un mayor número de fármacos pueden producir constipación, retención urinaria, delirio, alteraciones cognitivas y sedación, que en algunos casos origina caídas y fracturas en un adulto mayor.

Algunos fármacos en los adultos mayores producen determinadas RAM como sedación y letargo, y constituyen riesgo de caídas. Entre estos medicamentos se encuentran los psicotrópicos, siendo un grupo de alto riesgo. En los primeros se encuentran los tranquilizantes (benzodiazepinas), antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, neurolépticos, anticonvulsivantes e hipnóticos. En dosis exageradamente elevadas, pueden producir o exagerar la hipotensión postural, provocando mareos al ponerse de pie o sentarse en la camilla luego de la posición decúbito, pudiendo ocasionar caídas, fracturas y otro tipo de lesiones.

5.2 Riesgos derivados del Ambiente Hospitalario.

En un centro hospitalario, un entorno seguro es aquel que resulta cómodo para el paciente, permite satisfacer sus necesidades básicas y reduce al mínimo los riesgos de lesiones, infecciones y efectos adversos de los tratamientos y medicaciones.

El entorno hospitalario puede tener efectos perjudiciales en los adultos mayores hospitalizados, ya que las personas de este grupo etáreo presentan dificultades para adaptarse al medio, producto del proceso de envejecimiento, el cual disminuye la agudeza de sus sentidos y les restringe de recursos para atender los estímulos ambientales. Además reaccionan con mayor lentitud, y las situaciones nuevas con frecuencia les producen estrés y ansiedad.

Durante la hospitalización los adultos mayores pueden estar expuestos a una serie de riesgos para su seguridad, los que pueden ocasionarles daño físico, psicológico o ambos, inclusive la muerte. Los riesgos del ambiente estático son aquellos relacionados con las características estructurales del centro hospitalario y con los

¹¹ Kane, Ouslander y Abrass; Geriatria Clínica, editorial M° Graw-Hill Interamericana; 1997, p. 307.

elementos que rodean a los pacientes (físicos, químicos y/o eléctricos) y representan una amenaza por las posibles consecuencias en su bienestar.

Los principales riesgos de los adultos mayores hospitalizados en países desarrollados y en vías de desarrollo son las caídas, las que representan entre el 29% y 89% de todos los accidentes registrados en los Hospitales¹². También pueden producirse lesiones asociadas a objetos que rodean al paciente y/o quemaduras. En consecuencia, la atmósfera del hospital en sí, es un factor que aumenta la posibilidad de accidentes.

Los riesgos ambientales presentes en los centros hospitalarios están relacionados con los siguientes factores:

5.2.1 Infraestructura.

La estructura física del hospital debe contar con ciertas características para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que en él trabaja. A continuación se detallan una serie de requisitos que determinadas dependencias del hospital deben poseer para que no representen riesgos para la salud de los adultos mayores hospitalizados.

Escaleras. Con el objeto de prevenir las caídas de los adultos mayores hospitalizados se recomienda que:

- Los escalones tengan un fondo y altura regulares, ya que al ser todos del mismo tamaño la vista no debe ser forzada.
- Las superficies de las escaleras tengan textura uniforme, colores claros en cada escalón y marcas al borde del mismo con un color que haga contraste, permitiendo visualizar el final de cada escalón.
- Mantener escaleras en buen estado y libre de obstáculos, ya que la pérdida de agudeza visual impide al paciente detectar los defectos estructurales.
- Garantizar la correcta iluminación de la escalera para lograr una buena adaptación visual.

¹² Potter y Perry, Fundamentos de Enfermería “Teoría y Práctica”.

Pasamanos en escaleras, pasillos y baños. Son de gran utilidad en la prevención de caídas, los que deben:

- Ser lisos, no resbalosos e instalados al menos a 5 cm. de la pared.
- Asegurar el soporte del peso de los usuarios, especialmente al inicio y término del pasamanos.
- Instalarse en escaleras, pasillos, baños, cerca del inodoro y en la bañera.

Estado de los pisos. Pisos nivelados y secos para disminuir el riesgo de caídas. Es necesario que cualquier sustancia derramada en ellos sea limpiada a la brevedad y que los pisos mojados o húmedos sean señalizados.

Pasillos. Ancho mínimo de 1,10 mt. y los que formen parte de una vía de evacuación carecerán de obstáculos; sólo podrán haber elementos de seguridad ubicados en las paredes y siempre que no reduzcan más de 0,15 mt. el ancho requerido.

Vías de evacuación. Permiten la evacuación de sus ocupantes de manera expedita en caso de emergencia. Las puertas de escape tendrán un ancho nominal de hoja no menor a 0,85 mt. y un alto no menor de 2 mt. Deben abrir desde el interior sin la utilización de llaves o mecanismos que requieran algún esfuerzo o conocimiento especial. Deben ser fácilmente reconocibles y señalizadas¹³.

5.2.2 Disposición de elementos.

La mala disposición de los elementos en la unidad del paciente puede provocar accidentes, por ejemplo han caído pacientes desde su cama tratando de alcanzar objetos del velador. Las áreas de tránsito deben estar despejadas de elementos que obstaculizan el paso.

¹³ Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, SERVIU, modificada el 30 de julio del 2001.

5.2.3 Iluminación.

La iluminación es un elemento importante en la seguridad del adulto mayor hospitalizado, ya que si es inadecuada puede producir cansancio visual y aumentar el riesgo de caídas; además puede tener consecuencias en el humor, orientación y capacidad funcional del paciente. Los lugares como pasillos, escaleras y salas interiores requieren de buena iluminación, ya que por ellos transitan los pacientes.

5.2.4. Electricidad.

Muchos equipos utilizados en los servicios hospitalarios son eléctricos y constituyen un gran apoyo en el diagnóstico y tratamiento de patologías. Deben estar en buen estado de conservación y ser usados correctamente, ya que de lo contrario, constituyen riesgo de lesiones e incendios de origen eléctrico.

Son riesgos eléctricos los siguientes:

- Equipos sin cable a tierra.
- Cables sueltos o pelados.
- Circuitos sobrecargados por exceso de aparatos en una zona.
- Funcionamiento incorrecto de equipos.
- Utilización de alargadores.
- Cables enredados o confundidos.
- Utilización de aparatos eléctricos en zonas húmedas.
- Ausencia de aislamiento en la instalación eléctrica.

El corte de electricidad aumenta los riesgos de complicaciones y muerte en los pacientes, sobre todo en aquellos que requieren atención con la utilización de equipos eléctricos o cirugías. “La normativa por la que se rigen los hospitales ante esta situación aparece en el Código Eléctrico, capítulo XV y hace mención a la utilización de equipos electrógenos según la complejidad del centro asistencial”¹⁴ .

¹⁴ Marcelo Verdessi, Ingeniero en Prevención de Riesgos del Hospital Carlos Van Buren, año 2005.

5.2.5 Elementos de seguridad.

Es imprescindible dotar de elementos de seguridad en buen estado a personas con marcha inestable, con deterioro de la movilidad o que se encuentren desorientadas, con el fin de disminuir el riesgo de caídas. Estos elementos son: andadores (“burritos”), muletas, bastones, sillas de ruedas, barandas en cama y contenciones. El uso de algunos de ellos puede implicar ciertos peligros, como por ejemplo que el paciente se enrede en sus medios de sujeción, por lo que el Profesional de Enfermería debe utilizarlos cuando sea necesario.

La inmovilización o contención de pacientes debe ser regulada con criterios estrictos y explícitos, realizada por personal de Enfermería entrenado y procurando la vigilancia continua del paciente, ya que su utilización puede ser innecesaria, abusiva y dañina, provocando un riesgo mayor en la seguridad del paciente que cualquiera de las situaciones que se pretenden controlar.

Se recomienda asegurar al paciente que es trasladado en camillas o sillas de ruedas con cinturones de seguridad, debido a que en el traslado pudieran producirse accidentes.

5.2.6 Riesgo de incendios.

Es posible que se produzca un incendio en cualquier momento dentro del recinto hospitalario, pudiendo originar una gran catástrofe, ya que la mayor parte de la población residente está debilitada por enfermedades o porque su movilidad está limitada.

Las construcciones actuales poseen materiales modernos que disminuyen el peligro de incendios, sin embargo en los hospitales se usan muchos materiales inflamables, por ejemplo el éter y el oxígeno. Las causas más comunes de incendio en los hospitales suelen producirse como consecuencia de que el paciente fume en la cama o de accidentes eléctricos o anestésicos.

Existe la protección activa contra incendios y es aquella compuesta por sistemas que, conectados a dispositivos de detección entran automáticamente en funcionamiento frente a determinados rangos de partículas y temperatura del aire, descargando agentes extintores como agua, gases, espumas o polvos químicos. Esta aparece mencionada en la normativa chilena, donde se hace mención a las condiciones de seguridad contra incendios, y dice:

“Será obligatorio el uso de sistemas de protección activa en las edificaciones de tres o más pisos destinadas a la permanencia de personas, en los casos que no pueda garantizarse la evacuación de sus ocupantes, tales como sectores de enfermos no ambulatorios en hospitales, locales para el cuidado de personas con serias patologías mentales, lugares de detención o reclusión de personas o similares”¹⁵.

Actualmente no todos los edificios cuentan con la protección activa que exige la normativa chilena, ya que esta data del año 2001, por lo tanto rige sólo para las construcciones realizadas desde esa fecha en adelante.

5.2.7 Medidas de Seguridad.

Los centros hospitalarios deben contar con programas estandarizados que incluyan acciones que garanticen la seguridad de pacientes, trabajadores y visitantes, ya que su ausencia puede involucrar un menor o mayor riesgo para la salud del paciente, de esa forma se clasifican en¹⁶:

Ausencias de mayor complejidad.

- Ausencia de alarmas que comuniquen la existencia de una catástrofe.
- Ausencia de vías de escape o desconocimiento de ellas.
- Ausencia o desconocimiento de plan en caso de emergencias como incendios, terremotos o inundaciones.
- Falta de herramientas de seguridad o desconocimiento de su uso o ubicación.
- Desconocimiento de planes de evacuación.
- Ausencia de señalizaciones.
- Desconocimiento del esquema de responsabilidades y de conducción del salvataje.

¹⁵ Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, SERVIU, modificada el 30 de julio del 2001.

¹⁶ Coria, Mario, “La Seguridad del Paciente: Evaluación de Entornos, Detección de Riesgos y su Análisis. Bs. As. 2005. trabajo presentado en Jornada Gestión del Cuidado, Universidad de los Andes, Julio 2005.

Ausencias de menor complejidad

- Desconocimiento sobre los procedimientos a seguir ante cortes de electricidad, ante la caída de un paciente.
- Desconocimiento o descuido al usar frenos de camas, sillas de rueda o camillas.
- Ausencia de barandas en cama y cinturones de seguridad en camillas y silla de ruedas, mal uso de ellos o mal estado.

5.2.8 Prevención de incendios.

La mejor manera de evitar los incendios es contando con un programa activo de prevención y educando constantemente a pacientes, personal y visitas que concurran al centro asistencial. Deben asearse periódicamente las distintas dependencias del centro asistencial sobretodo aquellas donde se almacenan materiales combustibles como gases y líquidos volátiles, además, estos últimos deben ser almacenados bajo un control estricto y tomando todas las precauciones necesarias contra incendios. Debe haber regulaciones respecto a los pacientes y funcionarios que fuman dentro del hospital.

Es imprescindible contar con elementos que permitan controlar los incendios en caso de que éstos se produzcan, para así disminuir la exposición de los pacientes y funcionarios. Uno de estos elementos son los agentes extintores, los cuales se describen a continuación:

Agentes extintores.

Son equipos de primera intervención en caso de fuego, son manipulados por un solo operador y pueden ser a base de polvos químicos secos como bicarbonato de sodio, fosfato monoamonio o a base de gas como el dióxido de carbono y agentes halogenados. Al usar un extintor es importante conocer el tipo de fuego que está afectando el lugar, ya que puede agravar la situación si se utiliza erróneamente.

El reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas del Ministerio de Salud, establece que en todo lugar donde exista riesgo de incendios, ya sea por la estructura del edificio como por la naturaleza del trabajo que en él se realiza, se debe contar con extintores de incendios, del tipo adecuado a los materiales combustibles o inflamables que en él existan o se manipulen. El número total de extintores depende de

la densidad de carga combustible y en ningún caso puede ser inferior a uno por cada 150 metros cuadrados o fracción de superficie a ser protegida.

Los extintores deben estar en lugares visibles, ser de fácil acceso, estar correctamente señalizados y ubicados a una altura mínima de 20 cm. y a una máxima de 1,30 mt., medidos desde el suelo a la base del extintor.

5.2.9 Plan de Emergencia.

Corresponde a una serie de acciones programadas en caso de presentarse emergencias como incendios, terremotos o inundaciones. Deben acordarse con anterioridad las prioridades, los encargados o las autoridades que dirigirán la situación como también las responsables.

El plan de emergencia debe tener las siguientes características: incluir sistemas que detecten el peligro, establecer procedimientos que permitan informar al resto del hospital la existencia de estos peligros, debe ser coordinado, con el fin de optimizar los recursos humanos y materiales disponibles como también el tiempo, debe haber un sistema de comunicaciones expedito tanto intrahospitalario como extrahospitalario, el personal debe estar capacitado y entrenado. Además, el plan debe ser inspeccionado con regularidad con el fin de detectar condiciones subestándares y mantener el sistema en condiciones óptimas de funcionamiento, deben realizarse simulacros periódicamente y confeccionar planos donde se establezcan áreas de seguridad, vías de evacuación y de escape como también los lugares donde se encuentran ubicados los elementos protectores como extintores, red húmeda, red seca, detectores de incendio y pulsadores manuales.

5.3. Riesgos derivados del Cuidado de Enfermería.

La seguridad de las personas es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todos los sistemas de salud, y tiene implicancias directas en el tipo de atención a éstas. Un control adecuado en este ámbito nos permite mejorar simultáneamente la calidad de la atención y la productividad de los establecimientos, lo que refleja un buen indicador del proceso de gestión de los hospitales.¹⁷

En el manejo de los accidentes a nivel hospitalario, participan elementos administrativos, clínicos, económicos, sociales, legales y éticos, los cuales se deben considerar en su conjunto como elementos que participan en continua interacción.

El grupo etáreo con mayor susceptibilidad a accidentes es el de los adultos mayores. Por ello, requieren de un especial cuidado y atención, con personal capacitado que ayude a las atenciones externas sin riesgos para la salud del individuo. Dentro del ámbito hospitalario, alrededor del 7% de los accidentes son provocados por fallas de las personas que otorgan atención directa al enfermo¹⁸. Dentro de los errores más comunes, se pueden identificar:

- Errores en la aplicación de los 5 correctos en la administración de medicamentos.
- Falta de capacitación del equipo de salud respecto al ámbito biosicosocial del adulto mayor, lo que no permite tener una visión más holística de su problema en salud.
- Desconocimiento del personal de Enfermería de técnicas de movilización y contención de pacientes.
- Falta de evaluación y modificación del entorno en que se atiende a estas personas, lo que no permite pesquisar la potencialidad de los riesgos y fallas en la atención.

Los centros de salud, se han visto en la obligación de definir políticas de acción para garantizar asistencia en forma eficaz y oportuna en todos los ámbitos posibles y con los estándares más altos de seguridad, tanto en el proceder de las personas como de los recursos tecnológicos que pudieran emplear en la prestación de sus servicios. Es entonces, donde la atención de enfermería adquiere vital importancia para el correcto

¹⁷ Manual de Prevención y Control de la IIH y Normas del Programa Nacional de IIH, año 1993. MINSAL, Chile.

¹⁸ Apuntes de Clases, Cátedra: Adulto y Senescente II, Docente: Mitzi Letelier, año 2004

manejo de estas prestaciones, contando con un respaldo teórico, instrumental, ético y profesional que permite agudizar su criterio de intervención y también evaluar de manera más eficaz el tipo de atención que están recibiendo las personas a su cuidado. Para ello, el Enfermero(a) deberá construir un sistema seguro de atención, poniendo énfasis en la detección, análisis y solución a los distintos factores que desencadenan riesgos en la atención, lo que se adquiere internalizando el concepto: una acción negligente esta asociada a un accionar con impericia, lo que lleva a la realización de una actividad imprudente y por ende al error, para ello, previo a la asistencia, debe contarse con un diagnóstico correcto y oportuno que facilite una pronta intervención.

Durante el período de asistencia se debe tener presente el enfoque curativo, paliativo y preventivo de la atención, el cual deberá orientarse a la menor exposición riesgosa para el paciente. Posteriormente, es necesario evaluar si esta persona requiera orientación a su rápida recuperación, o pronta rehabilitación, así la atención estará orientada a un alta temprana la que permitirá una continuidad en el sistema de salud.

Cuidados fundamentales de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado:

Conservación de la capacidad física: siempre orientados a la mantención de los rangos articulares y posturas fisiológicas. Realizar movimientos de estiramiento de brazos y piernas, fomentar los movimientos rotatorios de las articulaciones y prevenir posturas viciosas o patológicas. Un paciente que es atendido de forma incorrecta en este ámbito, ya sea por omisión o mala praxis, presenta serios riesgos de complicación en su estado de salud y dependencia, situaciones que son directamente proporcionales y que reflejan el nivel de cuidados que ha tenido el paciente.

Cuidados de la piel: en el adulto mayor ésta es más frágil, seca y menos elástica, lo que facilita la aparición de infecciones y lesiones si su aseo y lubricación es insuficiente. Debe haber especial cuidado con respecto a los cambios de posición de la persona; se estima que una misma posición no debe mantenerse más de 2 horas, por los altos riesgos de presentar úlceras por presión, las cuales, representan una de las complicaciones principales en la atención y por ende, de la gestión de los cuidados.

Uso de medicamentos: es frecuente que los adultos mayores tengan afecciones crónicas, lo que hace que tomen varios fármacos a la vez; estos pueden tener efectos

colaterales, ya sea potenciando o limitando sus efectos. También la falta de asepsia en la administración de ellos puede significar riesgo de infección, lo cual complicaría más el cuadro del paciente. Para esto es necesaria la correcta internalización y aplicación de los “5 correctos”.

5.4. Infecciones Intrahospitalarias (IIH).

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen uno de los principales problemas en la atención hospitalaria actual. Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, el aumento de la mortalidad que produce en los pacientes e incremento de los costos de hospitalización, en perjuicio de la economía familiar por concepto de prolongación de la estadía y uso de tratamientos especiales.

Las IIH no se distribuyen al azar, pues existen condiciones o factores que favorecen su aparición; los factores de riesgo dicen relación con el huésped, el ambiente físico y la atención hospitalaria, siendo esta última el factor más relevante por la factibilidad de intervención. Debido a que son modificables se consideran como uno de los mejores indicadores para la evaluación de la calidad de atención. Por otro lado, la infección en el paciente es el producto de la interacción de la exposición epidemiológica y el grado de inmunosupresión, el cual, es directamente proporcional al grado de compromiso del paciente. Existen otros factores que favorecen el desarrollo de la infección, como la edad y sexo, enfermedad subyacente, estado nutricional, tiempo de estadía y tipo de tratamiento. Con relación al ambiente hospitalario, las principales fuentes de infección corresponden a mal manejo de material contaminado, desechos, alimentos, ventilación, iluminación y arquitectura.

El riesgo de IIH es mayor en los hospitales complejos y de especialidades. Los hospitales tipo I y II concentran un 75 % de todas las IIH. Las tasas más altas de IIH por localización son diferentes en los distintos servicios clínicos, reflejando las diferencias en los factores de riesgo. Los servicios en los que se atienden pacientes más complejos y donde se realizan mayor cantidad de procedimientos invasivos tienen tasas más elevadas. De acuerdo a los procedimientos de cada servicio, las IIH con indicadores más elevados son: la infección de herida operatoria, infección del tracto urinario (ITU), infección del torrente sanguíneo, endometritis, aparato respiratorio bajo y

gastrointestinal. Lamentablemente, entre un 1,5% a 3% de los pacientes que adquieren IHH mueren a causa de ésta y en un número similar las IHH contribuyen a la muerte sin ser la causa directa de ésta.

En la actualidad, y luego del cambio de sistema de vigilancia de las IHH en el año 1994, sólo se dispone de cifras específicas por tipo de IHH, evaluando el impacto de éstas a través de indicadores estandarizados.

El equipo de Enfermería desempeña una importante función en la reducción de riesgos mediante la atención directa y segura hacia el paciente, siguiendo los procedimientos para reducir los riesgos asociados a barreras de transmisión del microorganismo y dispositivos de atención del paciente. El riesgo de infección se incrementa en forma considerable a medida que se utilizan más procedimientos agresivos cuyos efectos iatrogénicos interrumpen las barreras de protección naturales.

Respecto a las funciones del Profesional de Enfermería con relación al control de las IHH, podemos mencionar su participación activa en la realización de la vigilancia epidemiológica, a través de detección de casos, aplicación de definiciones estandarizadas a cada caso y notificación de éstas por medio de registros epidemiológicos. En relación a la responsabilidad que ejerce el profesional como líder del equipo de Enfermería, participa en la orientación en los servicios en materias de IHH, capacitación, supervisión de normas y procedimientos, y evaluación, entre otras.

Las precauciones de aislamiento son normas creadas para prevenir la transmisión de microorganismos dentro de los hospitales. De este modo se han implementado dos niveles de precauciones de aislamiento. En el primer nivel, están las precauciones estándares, diseñadas para la atención de todos los pacientes del hospital y que constituyen la estrategia principal para prevenir las infecciones nosocomiales. El segundo nivel, las precauciones basadas en la transmisión de las enfermedades, las cuales se diseñaron para la atención de pacientes con enfermedades infecciosas diseminadas por alguna vía de transmisión establecida: aérea, gotitas o por contacto.

El costo de la atención de un paciente con IHH es, en promedio, más de cuatro veces que el esperado en pacientes con enfermedades similares sin IHH, estimándose 5 a 10 días extras por cada IHH. Las IHH pueden ser prevenidas en más de un 30% si se

realizan programas de intervención apropiados con una relación costo/beneficio favorable. La labor preventiva del hospital conlleva no sólo las acciones físicas de limpieza, descontaminación, antisepsia, desinfección y esterilización, sino también, las actividades educativas, investigativas y de evaluación que en forma permanente deben cumplirse como un requisito ineludible para garantizar el proceso de una atención segura y libre de riesgos.¹⁹

6. Rol del Profesional de Enfermería.

Según el Ministerio de Salud de Chile, podemos definir “calidad de atención en salud” como: “La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario”. En este ámbito, el concepto de “seguridad” forma parte de este concepto global, ya que implícitamente incluye la “eliminación y/o reducción de los riesgos, accidentes, infecciones y efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor”²⁰

El Profesional de Enfermería tendrá un desempeño fundamental dentro de este ámbito, siendo capaz de identificar dichos riesgos, resolverlos de manera oportuna y creativa, así también, monitorear sistemáticamente el efecto de las soluciones implementadas para tal efecto. Las normas de bioseguridad a nivel de laboratorios clínicos, las normas de esterilización y de control de IHH, entre otras, apuntan a esta dirección, de allí la necesidad de que sean conocidas y aplicadas adecuadamente tanto por el Profesional de Enfermería como del equipo de salud que integra, sin dejar de lado una supervisión técnicamente adecuada. El Profesional de Enfermería, para llevar a buen término todo proceso que implique seguridad y cuidados en la salud del adulto mayor deberá contar con una competencia profesional acorde con la correcta satisfacción de las necesidades de las personas a las que brinda cuidados, utilizando sus conocimientos, habilidades, destrezas y juicio profesional. Tal competencia se verá influida por una serie de factores como: tipo y calidad de formación, experiencia profesional, disponibilidad de recursos materiales, interés y compromiso, condiciones personales, etc.

¹⁹ Manual de Prevención y Control de las IHH y Normas del Programa Nacional de IHH, Minsal, Chile, 1993.

²⁰ Definición propuesta en la definición de calidad de la Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations de E.E.U.U.

OBJETIVOS

General.

Analizar los factores de riesgo en la seguridad de los adultos mayores hospitalizados.

Específicos.

1. Identificar los riesgos ambientales presentes en los Servicios de Medicina estudiados a los que están expuestos los adultos mayores hospitalizados.
2. Reconocer los riesgos biológicos derivados del proceso de envejecimiento en los adultos mayores hospitalizados.
3. Identificar los riesgos derivados de las enfermedades presentes y del tratamiento farmacológico en los adultos mayores hospitalizados.
4. Identificar los riesgos derivados del cuidado de enfermería en los adultos mayores hospitalizados.
5. Valorar el nivel de seguridad en cada uno de los Servicios en estudio de acuerdo a las variables estudiadas.
6. Elaborar propuestas para mejorar la seguridad de los adultos mayores hospitalizados en los hospitales en estudio según los resultados de la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

I. Riesgos ambientales.

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	
Derivados de la institución.	- Emergencia.	- Plan de emergencia.	- Presencia. - Ausencia.	
		- Extintores.	- Presencia. - Ausencia. - Estado de conservación	
		- Vías de evacuación.	- Señalizado. - No señalado.	
		- Equipos eléctricos.	- Lámparas. - Enchufes. - Interruptores.	- Estado de conservación.
	- Equipos de atención.	- De oxigenoterapia.	- Mantención.	
		- De aspiración.		
	Derivados del servicio.	- Elementos de apoyo y seguridad.	- Ventanas.	- Protegido. - No protegido.
			- Andadores.	- Presencia.
			- Escabel en cama.	
			- Barandas en cama.	
- Barra de seguridad en WC.			- Ausencia.	
- Barra de seguridad en tina			- Estado.	
- Antideslizantes en baños.				
- Silla de ruedas.				
- Camillas.				
- Timbre de llamado.		- Por unidad.	- Presencia. - Ausencia.	
- Distancia entre camas.		- Mayor a 1 metro.		
		- Menor a 1 metro.		

II. Riesgos derivados del Cuidado de Enfermería.

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Derivados del Profesional de Enfermería.	- Estimación de la Cantidad de pacientes por Profesionales de Enfermería.	- Adecuado. - Inadecuado.	
	- Años de experiencia laboral con adultos mayores.	- Mayor o igual de 5 años.	
		- Menos de 5 años.	
	- Conocimientos / Preparación.	- Cursos sobre AM.	- Presencia. - Ausencia.
		- Conocimientos sobre los cambios asociados al envejecimiento.	- Bueno.
		- Conocimiento sobre los riesgos atribuidos a fallas en la atención de enfermería que están expuestos los AMH.	- Regular.
		- Conocimientos sobre los cuidados especiales del AM.	- Deficiente.
	- Intervención de Enfermería.	- Recepción diaria de turnos.	- Presencia.
		- Valoración diaria del AMH.	
		- Revisión diaria de registros.	- Ausencia.
- Plan diario e indicaciones de Enfermería (tarjeta de tratamiento).			
- Supervisión del equipo de enfermería.		- Formal. - Informal.	

Derivados del Técnico paramédico.	- Estimación de la cantidad de pacientes por TPM.	- Adecuado. - Inadecuado.	
	- Años de experiencia laboral con AM.	- Mayor o igual de 5 años.	
		- Menos de 5 años.	
	- Conocimientos / Preparación.	- Cursos sobre AM.	- Presencia. - Ausencia.
		- Conocimientos sobre los cambios asociados al envejecimiento.	- Bueno.
		- Conocimiento sobre los riesgos atribuidos a fallas en la atención de enfermería que están expuestos los AMH.	- Regular.
		- Conocimiento sobre los cinco correctos.	- Deficiente.
		- Conocimientos sobre las medidas de prevención de IHH.	
	- Procedimientos a seguir ante caída de un adulto mayor hospitalizado.	- Informa a Enfermero/a.	- Realiza.
		- Registra en documentos.	- No realiza.
- Atención inmediata.			

III. Riesgos derivados del AMH.

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Derivados del proceso de envejecimiento.	- Edad.	- Años.	- Entre 65 y 75 años. - Más de 75 años.
	- Orientación temporo-espacial.	- Orientado.	
		- Desorientado.	
		- Control postural.	- Autovalente. - Parcialmente dependiente. - Dependiente.
	- Alteraciones sensoriales.	- Visuales.	- Presencia.
		- Auditivas.	- Ausencia.
	- Hipotensión ortostática.	- Presencia.	
		- Ausencia.	
	- Marcha.	- Estable.	
		- Camina con ayuda.	
- No puede caminar.			
Derivados de las enfermedades y consecuencias.	- Pluripatología.	- Presencia.	
	- Polifarmacia.	- Ausencia	
	- Tipo de Reposo en cama.	- Prolongado.	-Presencia
		- Absoluto.	
		- Relativo.	-Ausencia

CAPITULO 3: METODOLOGIA.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Investigación cuantitativa de carácter descriptivo y exploratorio.

Población en estudio.

Universo:

- Servicios hospitalarios de Medicina: C. V. Buren, E. Pereira y S. M. de Quillota, por ser de mayor complejidad y abarcar una considerable población de adultos mayores.

- La totalidad de las Enfermeras Supervisoras y asistenciales, y de Técnicos paramédicos.

- Adultos mayores hospitalizados presentes durante el mes de Diciembre 2005.

	Hospital		
	Carlos Van Buren	Eduardo Pereira	San Martín de Quillota
Enfermero(a) Supervisor	1	1	1
Enfermero(a) Asistencial	5	6	4
Técnico Paramédico	18	17	20
Adulto Mayor	Todos	Todos	Todos
Servicio Medicina	1	1	1

Muestra:

Tipo de encuesta	Hospital			Total
	Carlos Van Buren	Eduardo Pereira	San Martín de Quillota	
Enfermero(a) Supervisor	1	1	1	3
Enfermero(a) Asistencial	4	1*	4	9
Técnico Paramédico	18	17	20	55
Adulto Mayor	26	37	21	84
Servicio Medicina	1	1	1	3
Total	50	57	47	154

* Pese a la coordinación efectuada con la dirección del Hospital Eduardo Pereira, de 6 Enfermeras sólo una accedió a participar del estudio. Esta situación impide presentar promedios en tabla y gráficos nº 8 al nº 15, sin embargo se consignarán sus respuestas.

Metodología de la investigación:

Se utilizará la observación del ambiente estático de los Servicios de Medicina de los hospitales C. V. Buren, E. Pereira y S. M. de Quillota. También se realizarán entrevistas a los integrantes de equipo de enfermería, (Enfermeros(as) clínicos(as) y TPM) y Enfermero(a) Supervisor del servicio en estudio. Otra actividad es la revisión de hoja de enfermería y entrevista directa a AMH, quienes proporcionarán información atinente a la entrevista.

Instrumentos:

Se utilizarán listas de cotejo para detectar los riesgos del ambiente estático del servicio. Para detectar riesgos en el ambiente dinámico se aplicarán entrevistas, de las cuales habrá cuatro modelos distintos, dependiendo de las personas a quienes va dirigida, ya que la información a recolectar es diferente.

Se contó con la colaboración de 8 alumnos de la carrera de Estadística de la Universidad de Valparaíso, quienes bajo la supervisión de sus Profesores José Tapia y Mónica Catalán organizaron el trabajo estadístico, que consistió en:

1. Revisión del material entregado.
2. Colaboración en la confección de los instrumentos de valoración.
3. Construcción base de datos.
4. Administración de la base de datos: una vez armadas, se procedió al chequeo de los datos, para minimizar al máximo los errores producidos en la recolección o en la digitación.
5. Análisis de los datos, a través de metodologías estadísticas Software STATA CORP 9.8.
6. Elaboración de Informe estadístico.

Para el análisis estadístico se realizaron principalmente procedimientos descriptivos, más bien tablas de frecuencias. No se utilizaron medidas descriptivas de dispersión y centralidad debido a las características de los datos.

Estudio de confiabilidad de los instrumentos.

Con el objeto de otorgar confiabilidad a los instrumentos, se realizó un período de prueba de éstos; en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan Dios de Santiago, aplicándose las siguientes pautas a cargo de tres alumnos:

- 2 entrevistas a Enfermeras asistenciales
- 2 entrevistas a Técnicos paramédico
- 2 pautas de valoración a adultos mayores hospitalizados.

La pauta de observación del Servicio de Medicina y la entrevista a Enfermera Supervisora no fueron probados debido a dificultades administrativas de la institución, pero fueron probados durante la primera semana de Diciembre.

En la prueba, el grupo se percató de la existencia de algunos errores en los instrumentos que impedían la recolección fidedigna de información. Posteriormente se establecieron las correcciones correspondientes.

CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos obtenidos en las pautas de observación de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio se considerará:

- Las vías de evacuación son dependencias del centro hospitalario que permiten la salida expedita de sus ocupantes en caso de emergencia. Se considerarán puertas, pasillos, escaleras u otras, las cuales debieran ser distintas a las puertas de acceso o salida utilizadas en forma común. Se considerarán en mal estado aquellas que no están señalizadas o que por sus características estructurales no permitan la evacuación de todos los usuarios del Servicio de Medicina.

- Se considerarán extintores en buen estado aquellos con carga vigente a la fecha y cuya flecha se encuentre en zona verde del manómetro del estado de la carga. Se considerarán en mal estado aquellos que no cumplieran con una o más de las características mencionadas anteriormente

- El estado de conservación de los equipos eléctricos (lámparas, enchufes e interruptores) será clasificado en buen o mal estado. Buen estado si cumplen su función y no presentan un riesgo para el adulto mayor (cables “pelados”, presencia de chispas, etc.). Se considerarán en mal estado aquellos que no funcionen o lo hagan inadecuadamente, representando riesgos.

- En relación a los elementos de apoyo y seguridad y timbres de llamado serán considerados factores de riesgo los siguientes:

Inexistencia o escasez de elementos de apoyo y seguridad y timbres de llamado. En caso de existir, que éstos se encuentren en mal estado, es decir, no cumplan su función o se encuentren con daños que pudieran representar riesgos en los AMH.

- La distancia entre camas será mayor o igual a un metro para disminuir el riesgo de IHH, y favorecer la movilización. Se considerarán factores de riesgo en la seguridad de los AMH distancias menores a la mencionada.

Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas a las Enfermeras supervisoras de los tres hospitales en estudio se considerará:

- La ausencia de planes de emergencia en los hospitales se considerará un factor de riesgo en la seguridad.
- La falta de mantención de los equipos de oxigenoterapia y aspiración en la atención brindada será considerada un factor de riesgo para la seguridad de los AMH.
- Las razones numéricas Enfermeras-pacientes y TPM-pacientes si bien fue una apreciación subjetiva en el momento de la entrevista fueron consideradas como adecuadas si permiten entregar una atención integral de calidad, centrada en las necesidades del AMH.

Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas a las Enfermeras asistenciales de los tres hospitales en estudio se considerará:

- La cantidad de cinco años o más trabajando al cuidado de AMH es un factor protector para la seguridad de ellos, ya que en este tiempo el profesional ha adquirido experiencia y conocimientos respecto al cuidado de ellos. La condición contraria se considera un factor de riesgo en la seguridad de los AMH.
- El impacto que significa la transición demográfica en términos de un mayor ingreso de AM al hospital, hace imprescindible que el Enfermero(a) reciba preparación formal respecto al cuidado de AM, esto permite aumentar su bagaje de conocimientos y mejorar la calidad de la atención entregada a este grupo etéreo. La no preparación del Enfermero(a) en los últimos cinco años se considera un factor de riesgo en la seguridad de los AMH.
- Los conocimientos del Enfermero(a) en el cuidado de AM son fundamentales para brindar una atención segura, es por esto que las preguntas que miden conocimientos, tendrán puntajes según el número de respuestas contestadas en forma correcta,

permitiendo clasificar el conocimiento en bueno, regular o deficitario. En los anexos se incluyen los valores dados por pregunta y que permitieran clasificar los conocimientos.

- En cuanto a la intervención de Enfermería, en los instrumentos se pregunta por la realización por parte del Enfermero(a) de una serie de actividades que son esenciales, reconociendo que no son excluyentes de otras, para que el cuidado de los AMH sea considerado seguro, es por esto que la no realización de estas actividades se considera como atención insegura.

Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas a Técnicos paramédicos de los tres hospitales en estudio se considerará:

- Al igual que en la entrevista aplicada al Enfermero(a) asistencial, la experiencia de tener cinco años o más al cuidado de AMH se considerará un factor protector en su seguridad, la situación contraria, un factor de riesgo.

- Al igual que en la entrevista a Enfermero(a) es fundamental que el personal Técnico paramédico asista a cursos formales sobre cuidados del AM, por lo tanto la no asistencia a cursos durante los últimos cinco años se considerará como un factor de riesgo en la seguridad de los AMH.

- Los conocimientos del TPM son fundamentales para que la atención que brindan a los AMH sea considerada segura, es por esto que se realizarán una serie de preguntas relacionadas con las actividades diarias que realizan en el servicio, las cuales revelarán sus conocimientos en aspectos fundamentales que sustentan el porqué de dichos procedimientos. A cada pregunta se le asignó un puntaje, y se elaboró tablas que permitieron clasificar si estos eran buenos, regulares o deficientes.

- En relación a las actividades que el personal TPM realiza en caso de caída de un AMH como atención inmediata, informar a Enfermero(a) y registro oportuno, se considerará como factor de riesgo para la seguridad de los AMH la ausencia u omisión de alguna de estas actividades.

Para analizar los datos obtenidos en las pautas de valoración de AMH de los tres hospitales en estudio se considerará:

- El grado de orientación temporo-espacial que tiene una persona es fundamental para valorar su nivel de seguridad, más aún si son AM. Se clasificarán como orientados a los AMH que contesten correctamente su nombre, lugar donde se encuentra y si es de día o de noche. Por el contrario, desorientado al que no sea capaz de contestar correctamente una o más de estas preguntas, ya que es información básica que le permite al AM estar atento a los estímulos ambientales.

- El control postural del AMH será clasificado en autovalente, parcialmente dependiente y dependiente. El primero será considerado un factor protector en su seguridad, ya que permite al AM movilizarse según su voluntad y satisfacer sus necesidades básicas según sus posibilidades. El AMH parcialmente dependiente y dependiente serán considerados como factores de riesgo que hacen al AM más proclive a sufrir accidentes, como caídas, lesiones como úlceras por presión y por contención, entre otras.

- El tipo de marcha del AMH será clasificada en estable, camina con ayuda o no puede caminar. La primera será considerada un factor protector, mientras que las otras dos se considerarán como un factor de riesgo por las posibles consecuencias que implican.

- Respecto a las condiciones que podría presentar el AMH derivadas tanto del proceso de envejecimiento como enfermedades (pluripatologías), polifarmacia y tipo de reposo, si el AM las presenta se considerarán un factor de riesgo en su seguridad.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Se inició el trabajo en terreno solicitando oficialmente autorización a través de cartas suscritas por la Directora de la Escuela y contactos telefónicos, para la realización del estudio, acompañando información pertinente y detallada.

Con el fin de que la presente investigación se realizara de una manera más expedita se dividió el grupo seminario tesis en tres subgrupos, cada uno de ellos tendría la misión de aplicar los cinco instrumentos en el hospital correspondiente. Los subgrupos quedaron conformados de la siguiente manera:

- Primer grupo: constituido por tres alumnos, a quienes les correspondió el Hospital Carlos Van Buren.
- Segundo grupo: constituido por dos alumnos, a quienes les correspondió el Hospital Eduardo Pereira
- Tercer grupo: constituido por dos alumnos, a quienes les correspondió el Hospital San Martín de Quillota.

Durante la primera semana de diciembre cada uno de los subgrupos se contactó con la Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina de su respectivo hospital, con el fin de coordinar las fechas y horarios para la aplicación de los instrumentos.

Se realizaron reuniones de grupo con el fin de esclarecer dudas y realizar comentarios relacionados con la recolección de datos.

La aplicación de los instrumentos se realizó entre la segunda y tercera semana del mes de diciembre del año 2005, en forma paralela en los tres hospitales en estudio.

CAPITULO 4:
PRESENTACION Y ANALISIS
DE RESULTADOS.

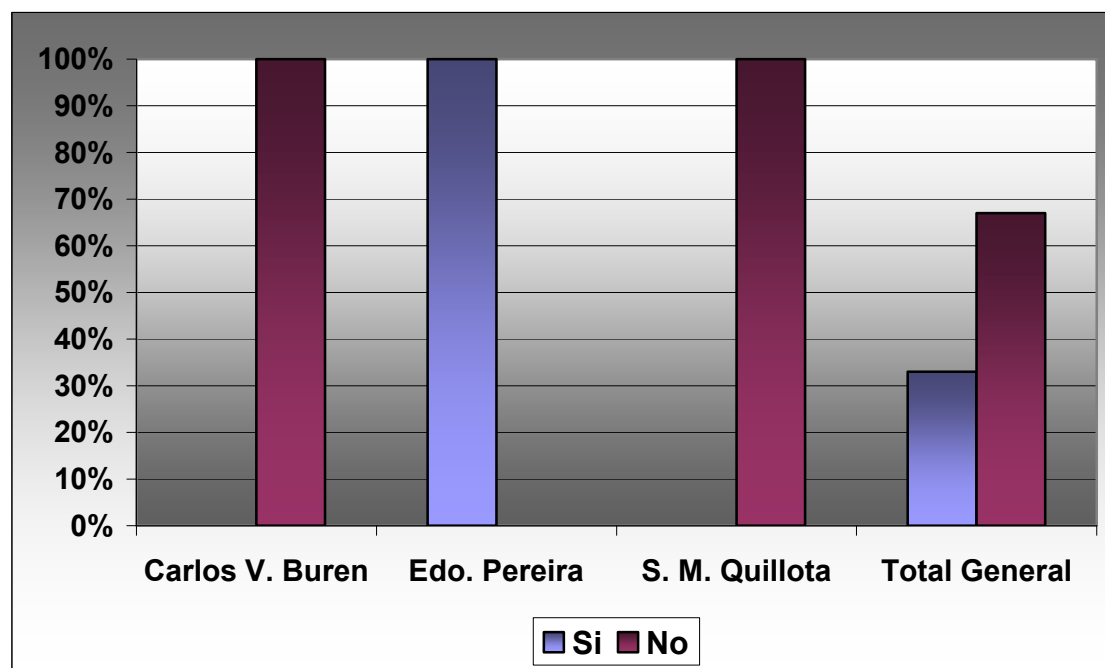
ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Identificar los riesgos ambientales presentes en los Servicios de Medicina estudiados a los que están expuestos los adultos mayores hospitalizados.

Tabla y Gráfico N° 1.

“Existencia plan de emergencia en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Plan de emergencia	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Si	0%	100%	0%	33.3%
No	100%	0%	100%	66.7%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a la Enfermera Supervisora en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

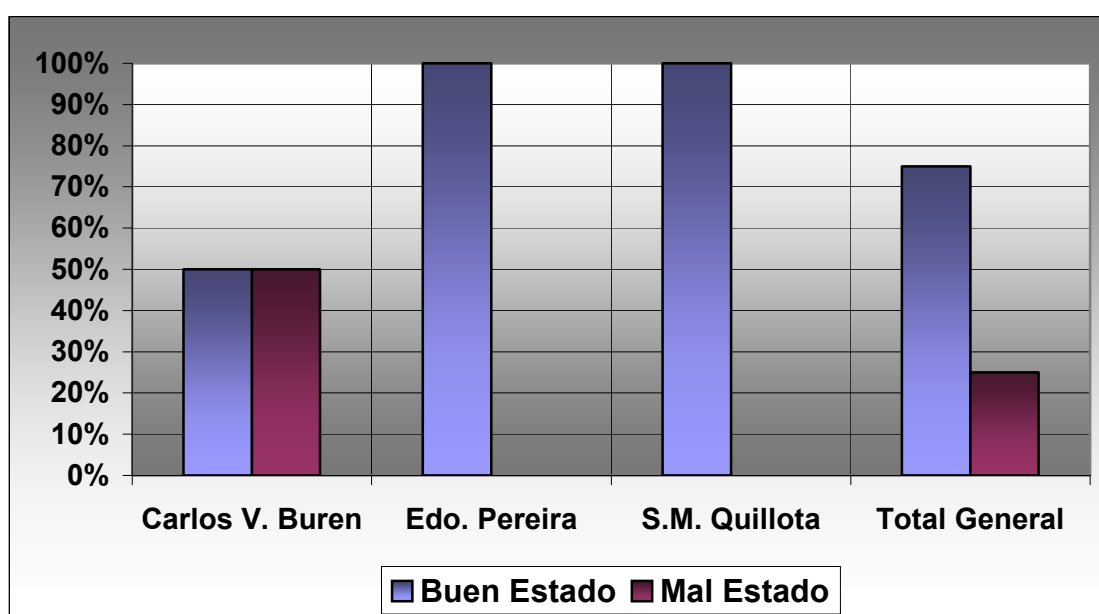
Análisis:

De los hospitales en estudio, el único que presenta un plan de emergencia para incendios y terremotos estructurado y escrito es el Hospital Edo. Pereira, el cual es conocido por todos los integrantes del equipo de enfermería de ese servicio. Se realizan simulacros una vez al año, el último fue realizado en diciembre del 2005. El encargado es el Comité de Emergencia y Desastres.

Tabla y Gráfico N° 2.

“Estado de los extintores en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Estado extintores	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Buen Estado	50%	100%	100%	75%
Mal Estado	50%	0%	0%	25%



Fuente: Datos obtenidos a través de la pauta de observación de Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

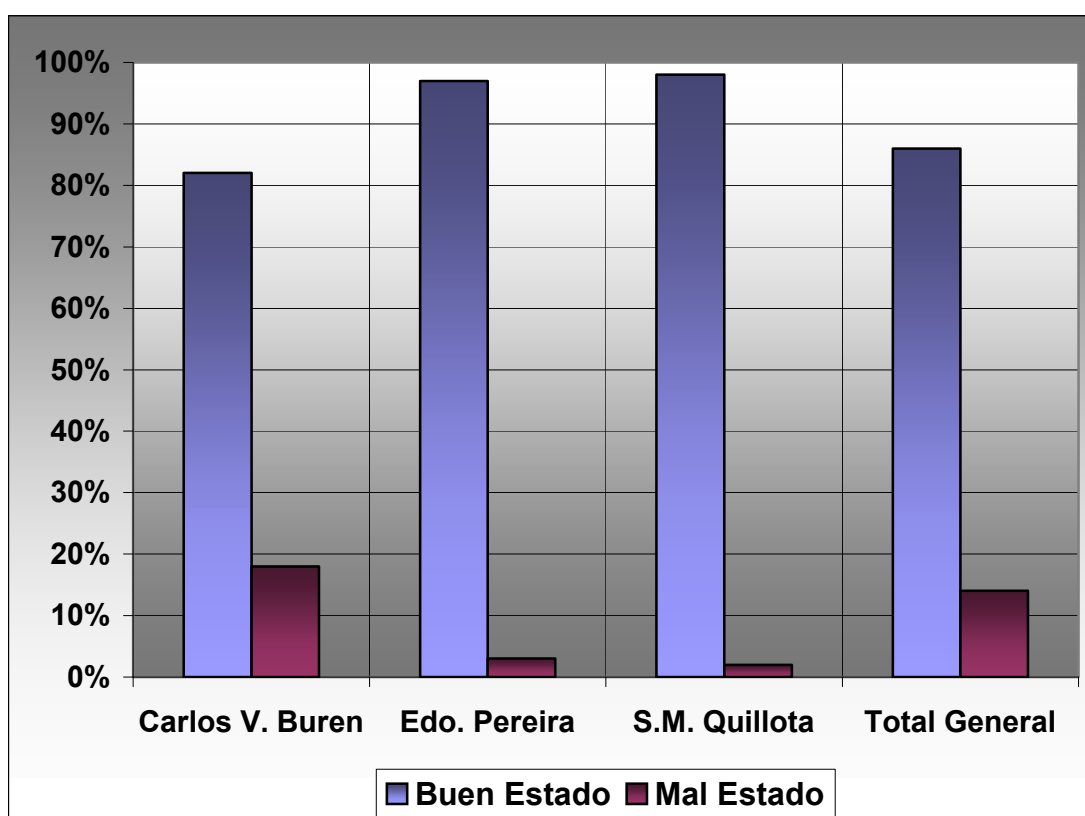
Análisis:

Los extintores en general se encuentran en buen estado. En el Hospital Carlos V. Buren se pesquisó un extintor con carga vencida, contraponiéndose a la información entregada por la Enfermera Supervisora relacionada con la reposición oportuna de estos elementos.

Tabla y Gráfico N° 3.

“Estado de instalaciones y artefactos eléctricos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Estado instalaciones y artefactos eléctricos	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Buen Estado	82.3%	97.4%	97.8%	85.7%
Mal Estado	17.7%	2.6%	2.2%	14.3%



Fuente: Datos obtenidos a través de la pauta de observación de Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

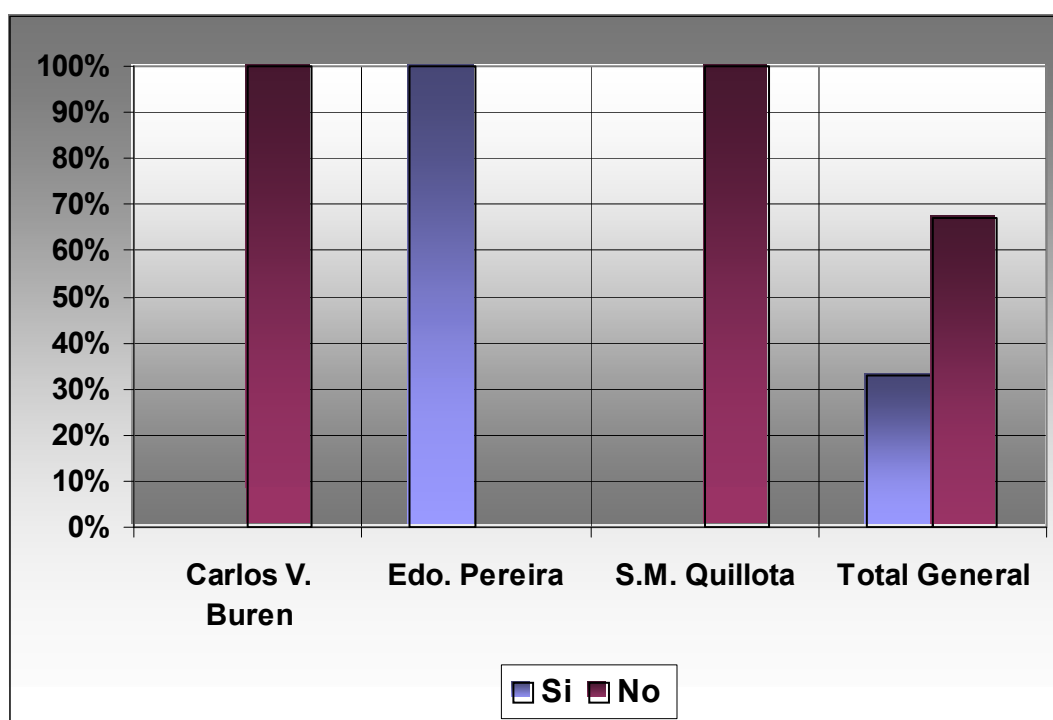
Análisis:

Un porcentaje bastante alto de éstos, se encuentra en buenas condiciones de uso. En ninguno de los tres hospitales existen timbres de llamado. La mantención de instalaciones y artefactos eléctricos, sólo se hace en el Hospital E. Pereira con una frecuencia de al menos 1 vez al año; el resto de los hospitales no poseía ninguna revisión periódica de estos elementos. Sin embargo, según las Enfermeras Supervisoras, existe una reparación oportuna de estos equipos en el momento en que ocurren desperfectos.

Tabla y Gráfico N° 4.

“Mantención equipos de oxigenoterapia y aspiración en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Mantención equipos de oxigenoterapia y aspiración	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Si	0%	100%	0%	33.3%
No	100%	0%	100%	66.7%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a Enfermera Supervisora de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

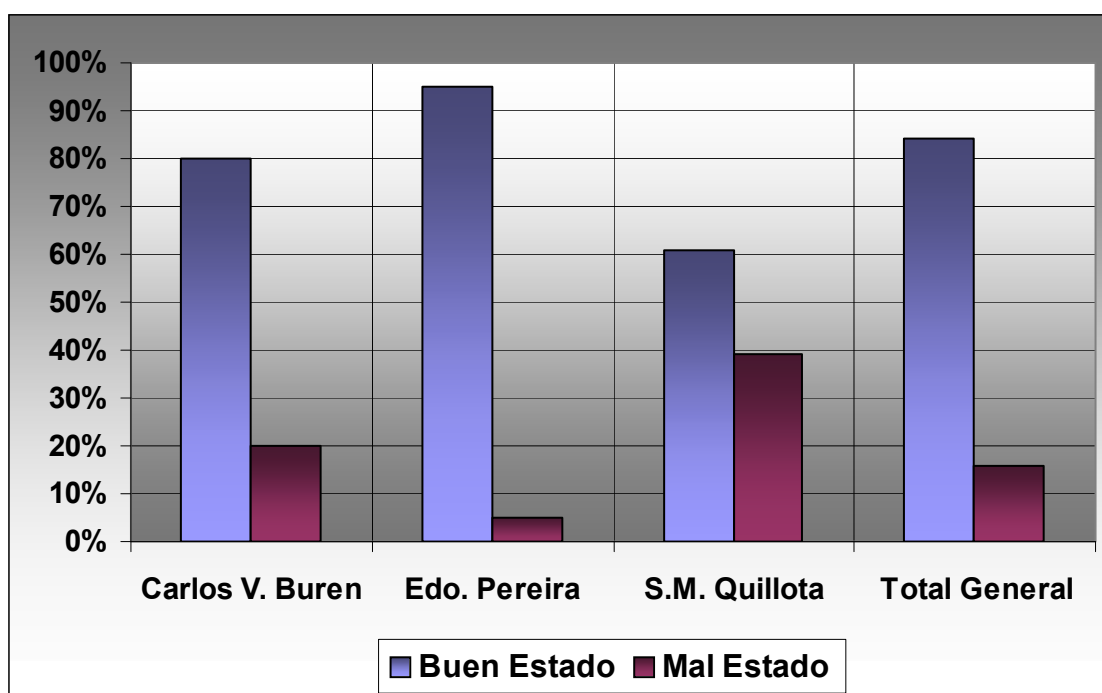
Análisis:

En el único hospital en estudio donde se realiza mantención en forma periódica y oportuna de equipo de oxigenoterapia y aspiración es en el Hospital E. Pereira, a diferencia de los otros hospitales en los cuales sólo se realiza reparación en caso de desperfectos de estos equipos.

Tabla y Gráfico N° 5.

“Estado elementos de apoyo y seguridad en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Estado elementos de apoyo y seguridad	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Buen Estado	80%	95%	61%	84%
Mal Estado	20%	5%	39%	16%



Fuente: Datos obtenidos a través de la pauta de observación de Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

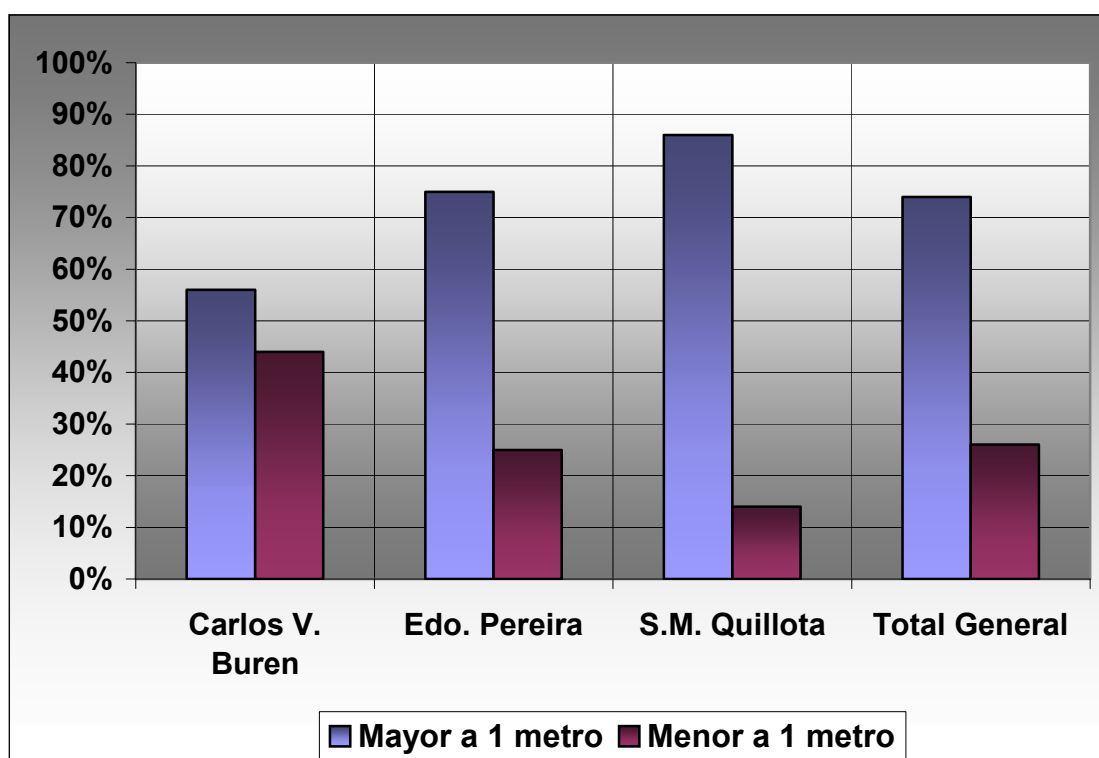
Por hospital, se observan mejores condiciones en el Hospital Edo. Pereira, seguido por el Hospital Carlos V. Buren, y finalmente con un porcentaje menor el Hospital S. M. de Quillota. En general predomina el buen estado de estos elementos.

Los elementos de protección incluyen la protección de ventanas, no observándose en ninguno de los hospitales en estudio la presencia de éstos; los antideslizantes en tina, que sólo estaban presentes en el Hospital E. Pereira, y las barras de seguridad en WC, sólo se encontraban en los Hospitales Edo. Pereira y Carlos V. Buren, existiendo sólo uno de éstos en mal estado.

Tabla y Gráfico N° 6.

“Distancia entre camas en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Distancia entre camas	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Mayor a 1 metro	56%	75%	86%	74%
Menor a 1 metro	44%	25%	14%	26%



Fuente: Datos obtenidos a través de la pauta de observación de Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

Si se considera que la distancia mínima entre las camas debiese ser de un metro, un porcentaje relativamente alto cumple esta condición, siendo el hospital con mejor disposición de camas el Hospital S. M. de Quillota, seguido por Hospital Edo. Pereira. En el caso del Hospital Carlos V. Buren, esta condición se cumple en alrededor de un 50%.

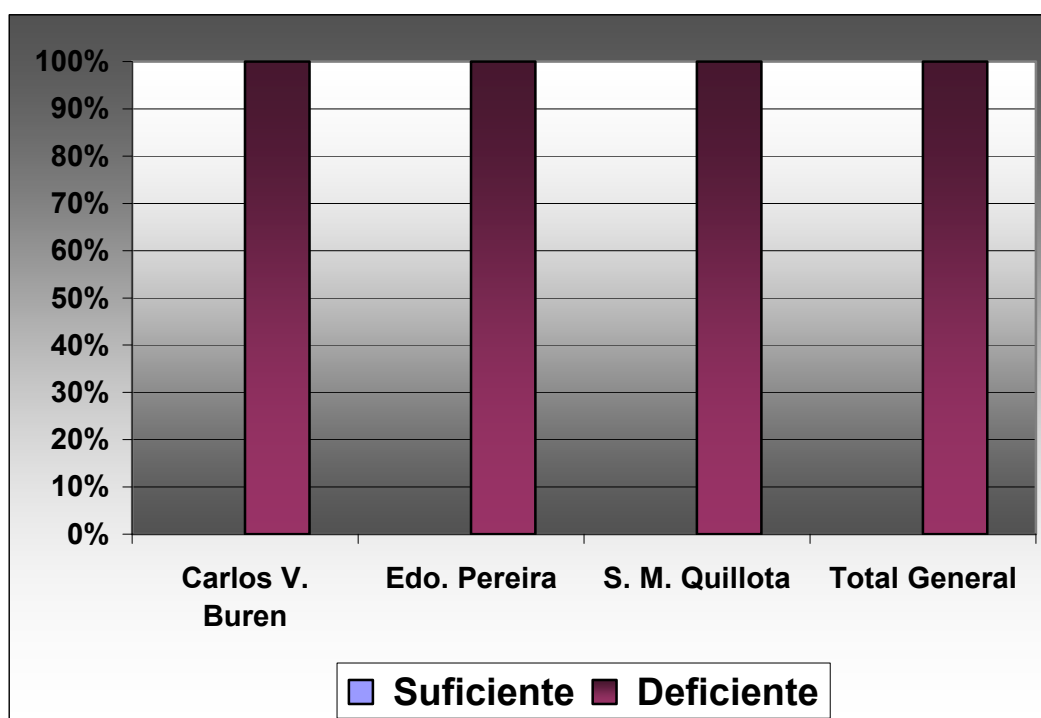
2. Identificar riesgos derivados del cuidado de Enfermería en los adultos mayores hospitalizados.

2.1 Enfermero(a).

Tabla y Gráfico N° 7.

“Percepción de la razón numérica entre Enfermero(a) / paciente en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Percepción razón numérica Enfermero(a) / paciente	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Suficiente	0%	0%	0%	0%
Deficiente	100%	100%	100%	100%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a la Enfermera Supervisora de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

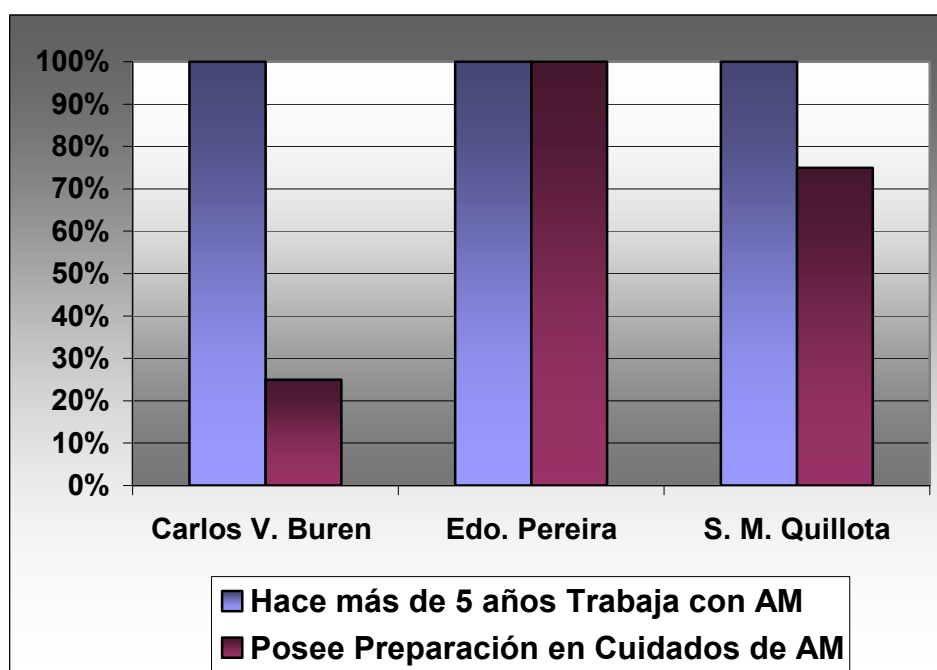
Análisis:

En los tres Servicios de Medicina en estudio la razón numérica entre Enfermero(a) /paciente, según percepción de Enfermeras Supervisoras, es inadecuada, es decir, es insuficiente en relación a la gran demanda hospitalaria por parte de los usuarios externos.

Tabla y Gráfico N° 8.

“Experiencia y preparación que posee el Enfermero(a) asistencial en el cuidado de AMH en los distintos hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Experiencia y Preparación Enfermero(a) asistencial en el cuidado de AMH	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota
Hace más de 5 años Trabaja con AM	100%	100%	100%
Posee Preparación en Cuidados de AM	25%	100%	75%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida.

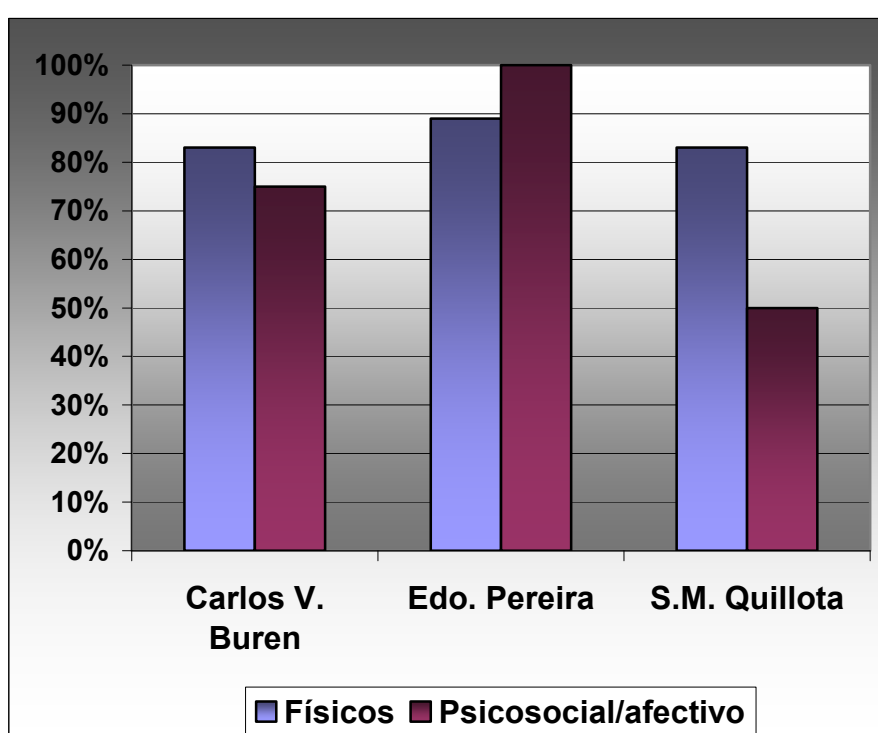
Análisis:

La totalidad de los Enfermeros(as) asistenciales entrevistadas, trabajan más de 5 años con AM, lo cual es un factor protector para la entrega de atención segura a éstos por la experiencia adquirida en su cuidado. Sin embargo, la preparación formal no es coincidente en algunos hospitales.

Tabla y Gráfico N° 9.

“Conocimientos del Enfermero(a) asistencial del Servicio de Medicina respecto a los cambios en el individuo producidos por el envejecimiento, de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Buen conocimiento con respecto a cambios producidos por el envejecimiento	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota
Físicos	83%	89%	83%
Psicosocial/afectivo	75%	100%	50%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

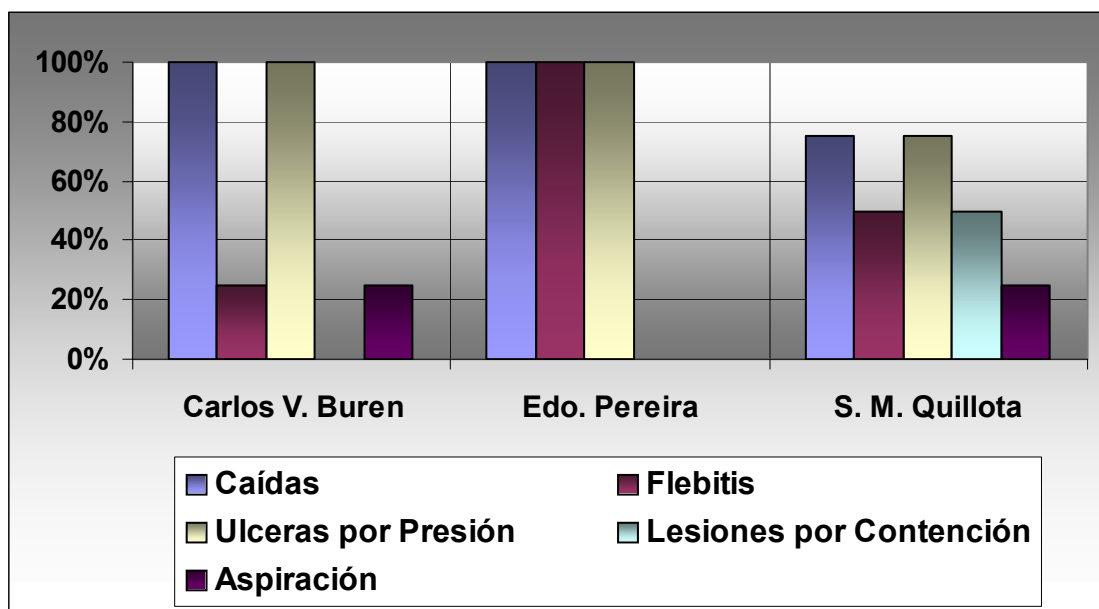
Análisis:

La totalidad de las Enfermeros(as) asistenciales posee buen conocimiento de los cambios físicos producidos en los adultos mayores. Los conocimientos del aspecto Psicosocial / afectivo aparecen menos logrados en general, exceptuando las respuestas de la Enfermera del Hospital Eduardo Pereira.

Tabla y Gráfico N° 10.

“Lesiones o accidentes que afectan la seguridad de los AMH en los Servicios de Medicina atribuidas a fallas de la atención de enfermería de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Lesiones o accidentes atribuidas a fallas en la atención de enfermería	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota
Caídas	100%	100%	75%
Flebitis	25%	100%	50%
Úlceras por Presión	100%	100%	75%
Lesiones por Contención	0%	0%	50%
Aspiración	25%	0%	25%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

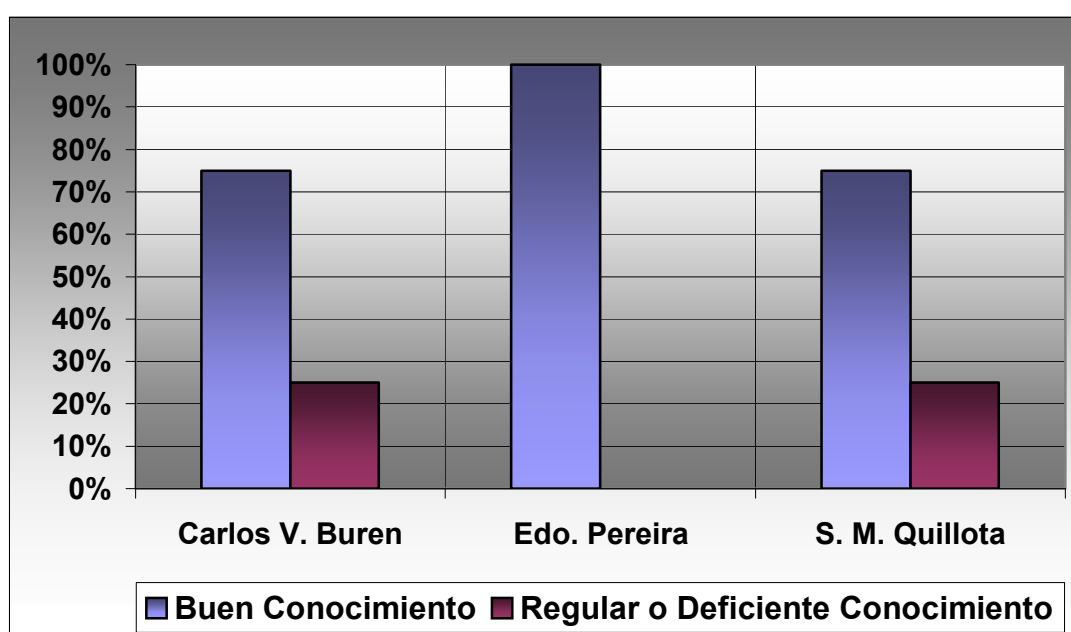
Análisis:

Las Enfermeras asistenciales refieren que las tres lesiones más frecuente que suceden en sus servicios son las caídas, úlceras por presión y flebitis. Las lesiones por contención y por aspiración fueron menos mencionadas.

Tabla y Gráfico N° 11.

“Conocimientos del Enfermero(a) de los Servicios de Medicina sobre aspectos importantes en una valoración geriátrica básica de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Conocimiento sobre valoración geriátrica básica	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota
Buen Conocimiento	75%	100%	75%
Regular o Deficiente Conocimiento	25%	0%	25%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

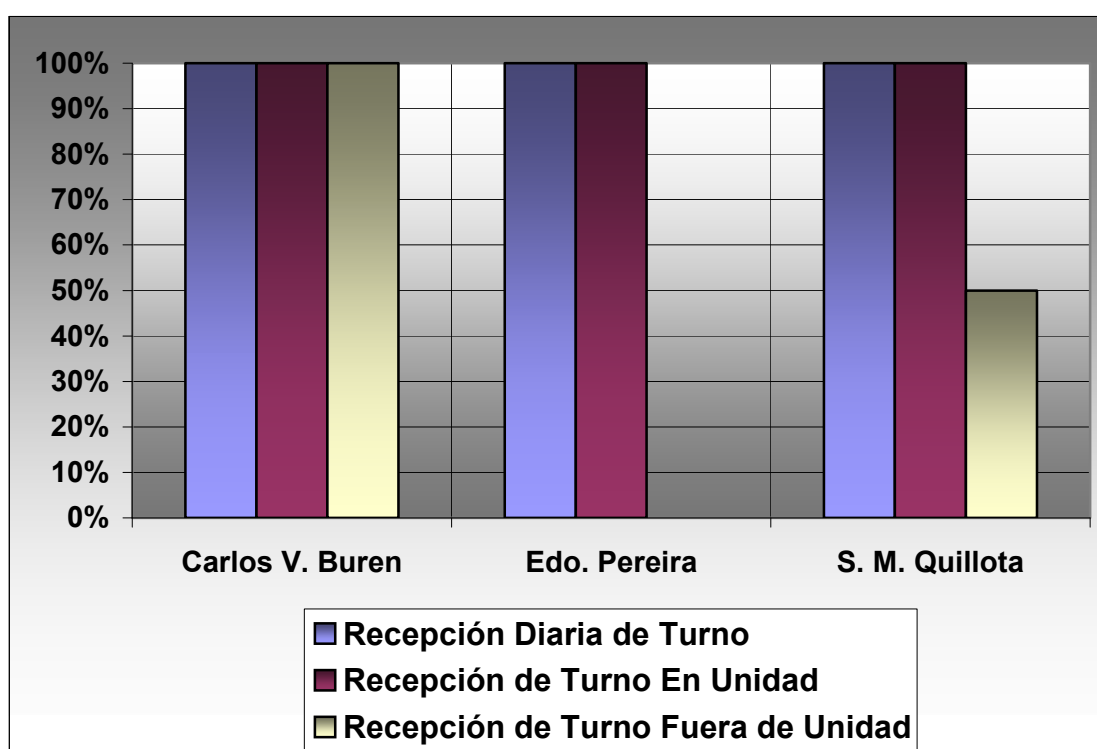
Análisis:

En el Hospital Eduardo Pereira la Enfermera encuestada reveló muy buen conocimiento de los aspectos que incluyen la valoración geriátrica básica. En el caso de los otros dos hospitales, la mayoría de las Enfermeras entrevistadas posee buen conocimiento con respecto a este tema.

Tabla y Gráfico N° 12.

“Recepción diaria de turno y lugar en que la realiza el Enfermero(a) del Servicio de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Recepción de Turno	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota
Recepción Diaria de Turno	100%	100%	100%
Recepción de Turno En Unidad	100%	100%	100%
Recepción de Turno Fuera de Unidad	100%	0%	50%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

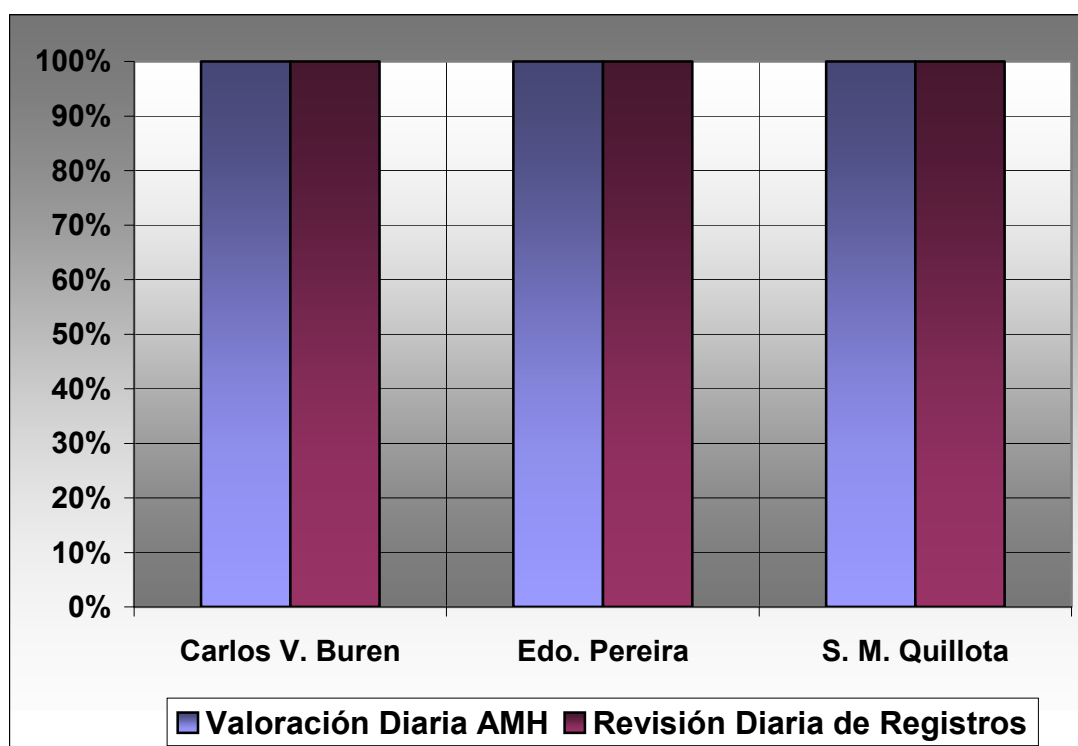
Análisis:

La totalidad de Enfermeros(as) asistenciales entrevistados realiza recepción diaria de turno, en la unidad del paciente.

Tabla y Gráfico N° 13.

**“Valoración y revisión diaria de registros que realiza el Enfermero(a)
en los Servicios de Medicina en los tres hospitales en estudio
durante el mes de Diciembre del 2005”.**

Valoración y revisión de registros	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota
Valoración Diaria AMH	100%	100%	100%
Revisión Diaria de Registros	100%	100%	100%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

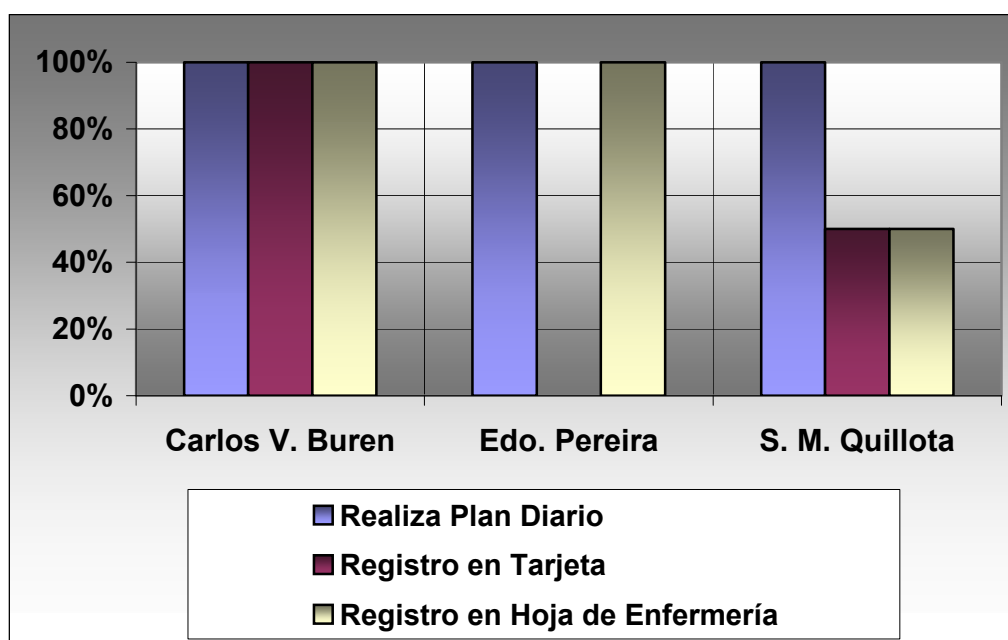
Análisis:

En todos los hospitales en estudio los Enfermeros(as) realizan valoración y revisión diaria de registros.

Tabla y Gráfico N° 14.

“Planificación y registro de la atención que realiza el Enfermero(a) de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Planificación y Registro de la atención	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota
Realiza Plan Diario	100%	100%	100%
Registro en Tarjeta	100%	0%	50%
Registro en Hoja de Enfermería	100%	100%	50%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

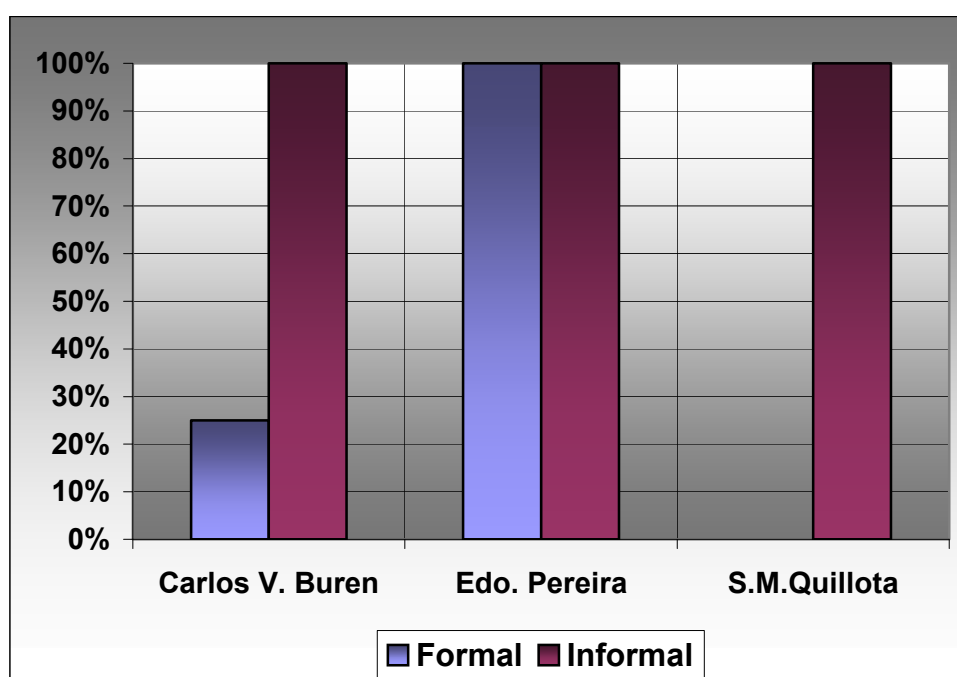
Análisis:

Sólo en el Hospital Carlos V. Buren el plan de enfermería es registrado en la Hoja de enfermería y en la Tarjeta de tratamiento correspondiente.

Tabla y Gráfico N° 15.

“Tipo de Supervisión que realiza el Enfermero(a) en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Tipo de Supervisión	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota
Formal	25%	100%	0%
Informal	100%	100%	100%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a las Enfermeras asistenciales de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Nota: En el Hospital Eduardo Pereira sólo respondió una Enfermera asistencial, lo que no es una muestra representativa para la información obtenida, por ello se eliminan las columnas del Total general.

Análisis:

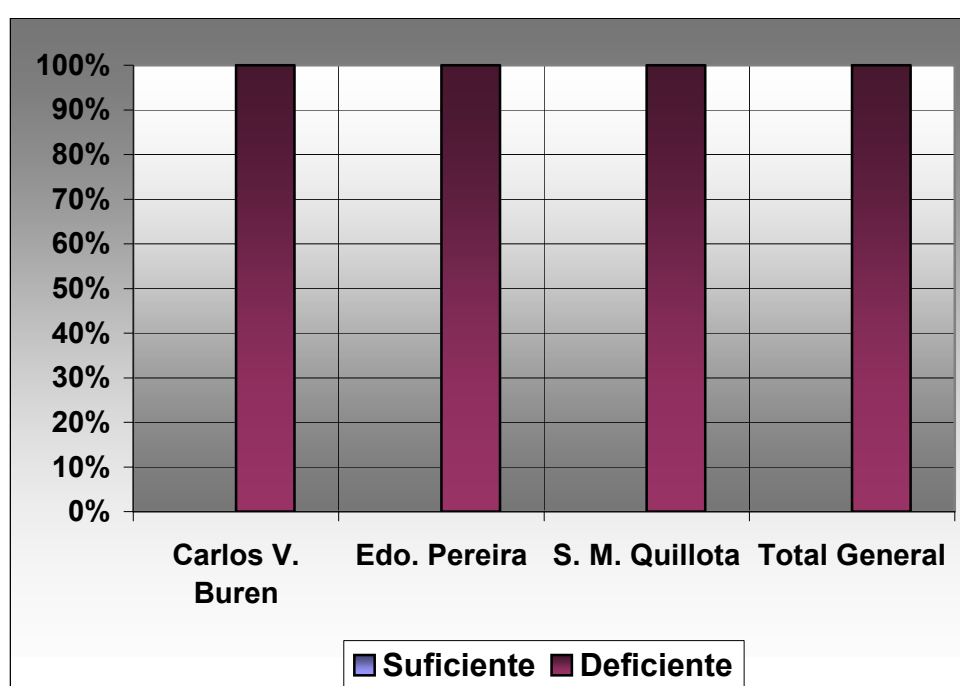
En la totalidad de los hospitales en estudio el Enfermero(a) realiza supervisión informal de su equipo de trabajo. En el Hospital E. Pereira y en un caso del Hospital Carlos V. Buren se realiza supervisión formal.

2.2 Técnico Paramédico.

Tabla y Gráfico N° 16.

“Percepción de la razón numérica entre TPM / paciente en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Percepción razón numérica TPM / paciente	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Suficiente	0%	0%	0%	0%
Deficiente	100%	100%	100%	100%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a la Enfermera Supervisora de los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

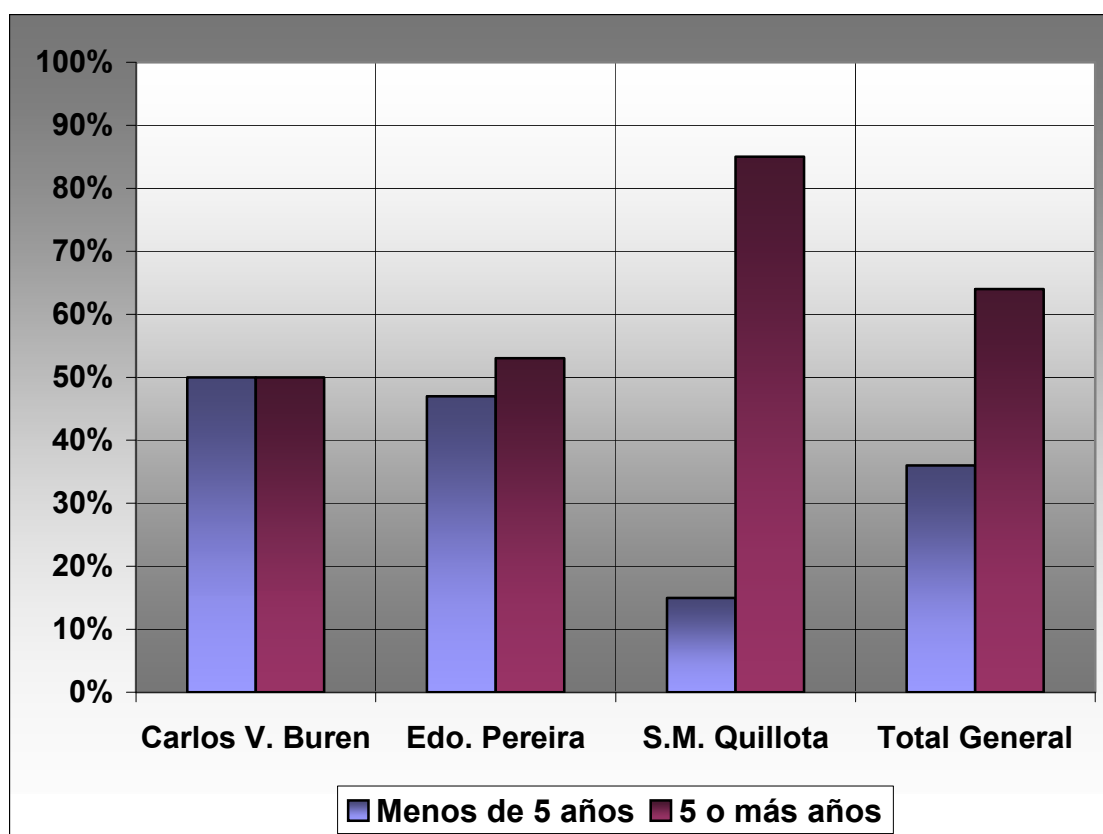
Análisis:

La totalidad de las Enfermeras Supervisoras entrevistadas de los hospitales en estudio refieren que la razón TPM/ paciente es deficiente.

Tabla y Gráfico N° 17.

“Años de servicio del TPM en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Años de Servicio	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Menos de 5 años	50%	47%	15%	36%
5 o más años	50%	53%	85%	64%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

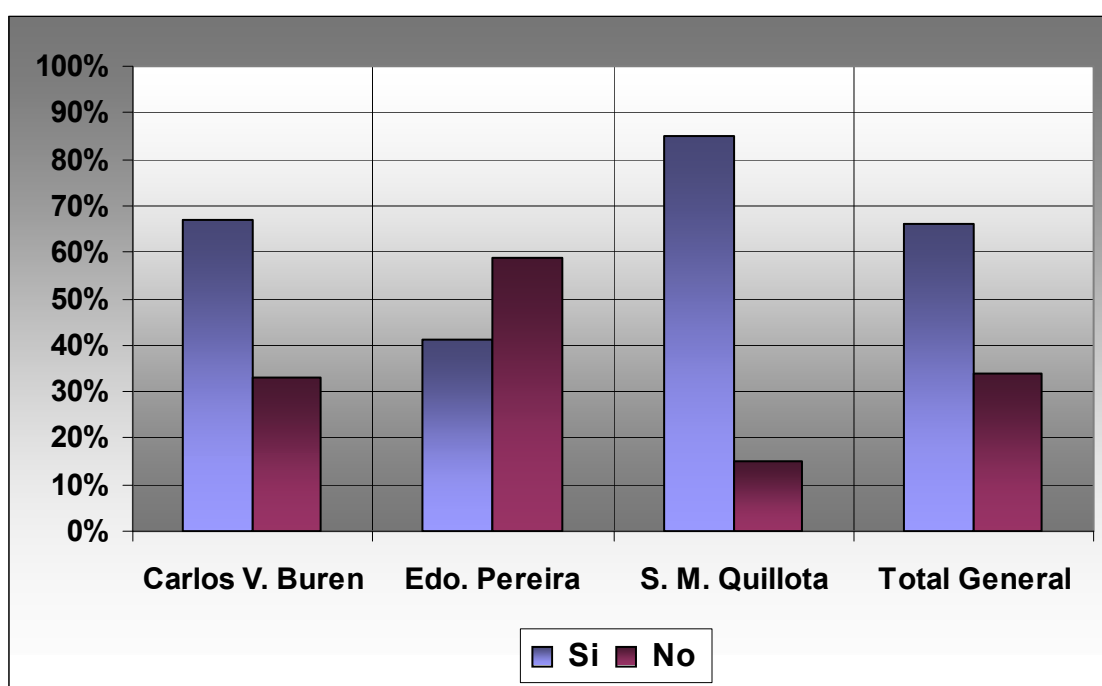
Análisis:

La mayoría de los TPM entrevistados refieren tener 5 o más años de servicio en el cuidado de AM. Se destaca el Hospital S. M. de Quillota el cual presenta un mayor porcentaje de TPM con esta característica.

Tabla y Gráfico N° 18.

“Preparación formal del Técnico paramédico de los Servicios de Medicina respecto al cuidado del AM en los últimos 5 años de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Preparación formal sobre cuidado del AM en los últimos 5 años	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Si	67%	41%	85%	66%
No	33%	59%	15%	34%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

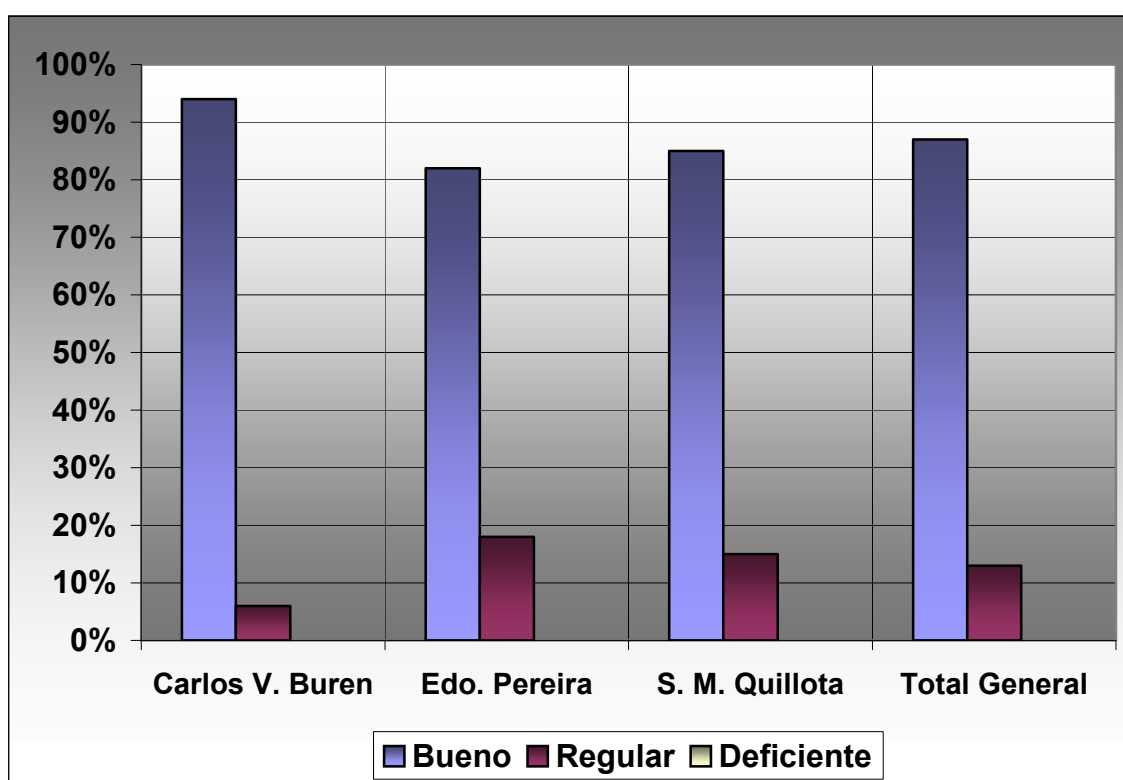
El personal del Hospital S. M. de Quillota es el que posee una mayor preparación formal. En el Hospital E. Pereira el personal TPM posee menos preparación formal en temas del adulto mayor.

La mayoría de los TPM de los tres hospitales en estudio refirieron haber recibido preparación informal a través de charlas o sesiones educativas realizadas por internos de Enfermería, Medicina u otras carreras.

Tabla y Gráfico N° 19.

“Conocimientos del TPM de los Servicios de Medicina sobre los cambios que se producen en el AM a causa del envejecimiento en los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Conocimiento sobre cambios en el AM a causa del envejecimiento	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Bueno	94%	82%	85%	87%
Regular	6%	18%	15%	13%
Deficiente	0%	0%	0%	0%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

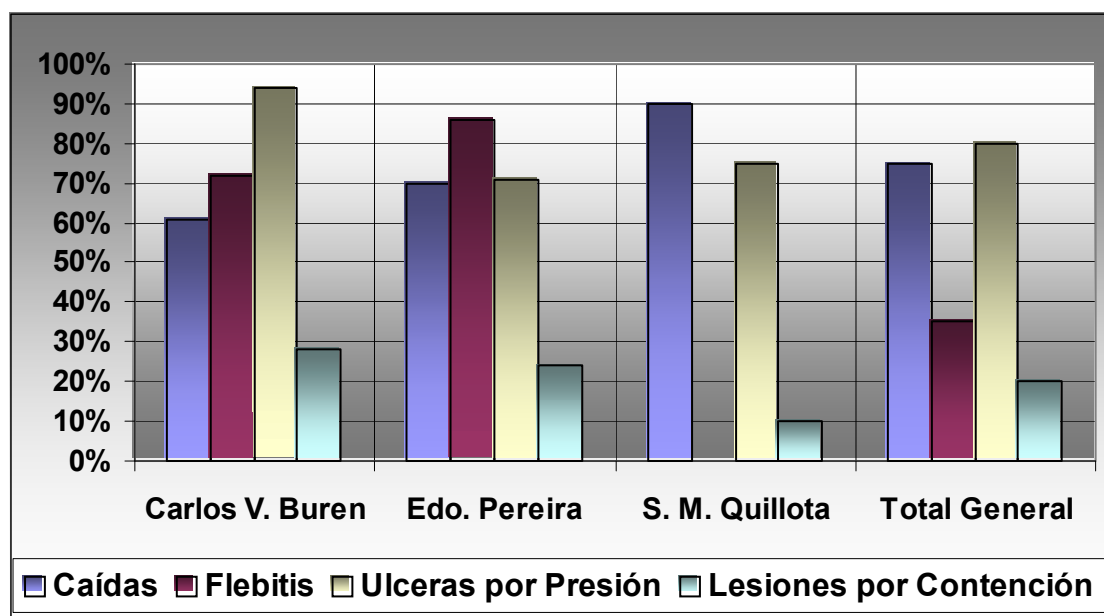
Análisis:

Un porcentaje relativamente alto posee un buen nivel de conocimiento sobre cambios físicos de los adultos mayores, siendo los aspectos menos mencionados los cambios gastrointestinales, sistema nervioso y gusto. En cuanto a los aspectos emocionales y sociales de los AMH, todos los TPM encuestados al menos citan correctamente uno de ellos.

Tabla y Gráfico N° 20.

“Lesiones o accidentes que afectan la seguridad de los AMH en los Servicios de Medicina atribuidas a fallas de la atención de enfermería de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Lesiones atribuidas a fallas de la atención de enfermería	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Caídas	61%	70%	90%	75%
Flebitis	72%	86%	0%	35%
Úlceras por Presión	94%	71%	75%	80%
Lesiones por contención	28%	24%	10%	20%
Aspiración	25%	0%	25%	22%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

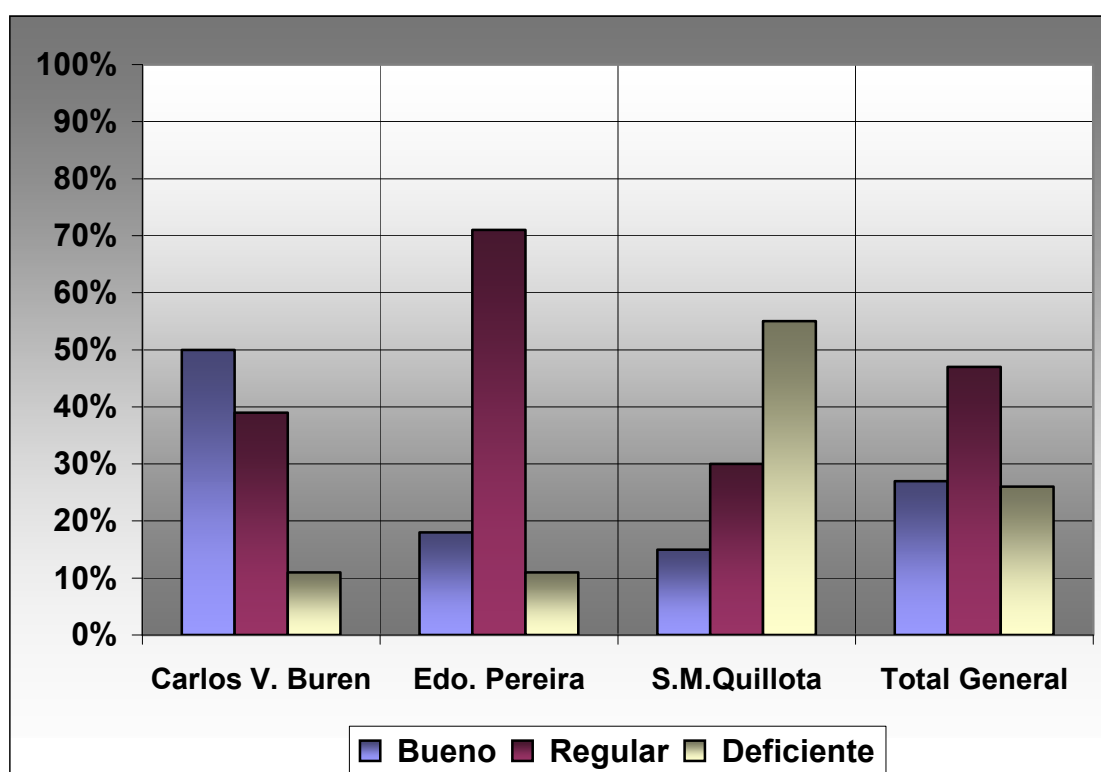
Análisis:

Se observa heterogeneidad de respuestas en el personal TPM de los tres hospitales en estudio. En el Hospital Carlos V. Buren se menciona como lesiones principales las úlceras por presión. En el Hospital Edo. Pereira, se hace primera mención a la flebitis. En el Hospital S. M. Quillota las caídas son principal consecuencia de estas fallas en la atención. En los tres hospitales en estudio las lesiones más mencionadas son las úlceras por presión y las caídas.

Tabla y Gráfico N° 21.

“Conocimiento del TPM sobre la administración de medicamentos según los 5 correctos, en los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Conocimiento sobre Administración de medicamentos según 5 correctos	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Bueno	50%	18%	15%	27%
Regular	39%	71%	30%	47%
Deficiente	11%	11%	55%	26%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

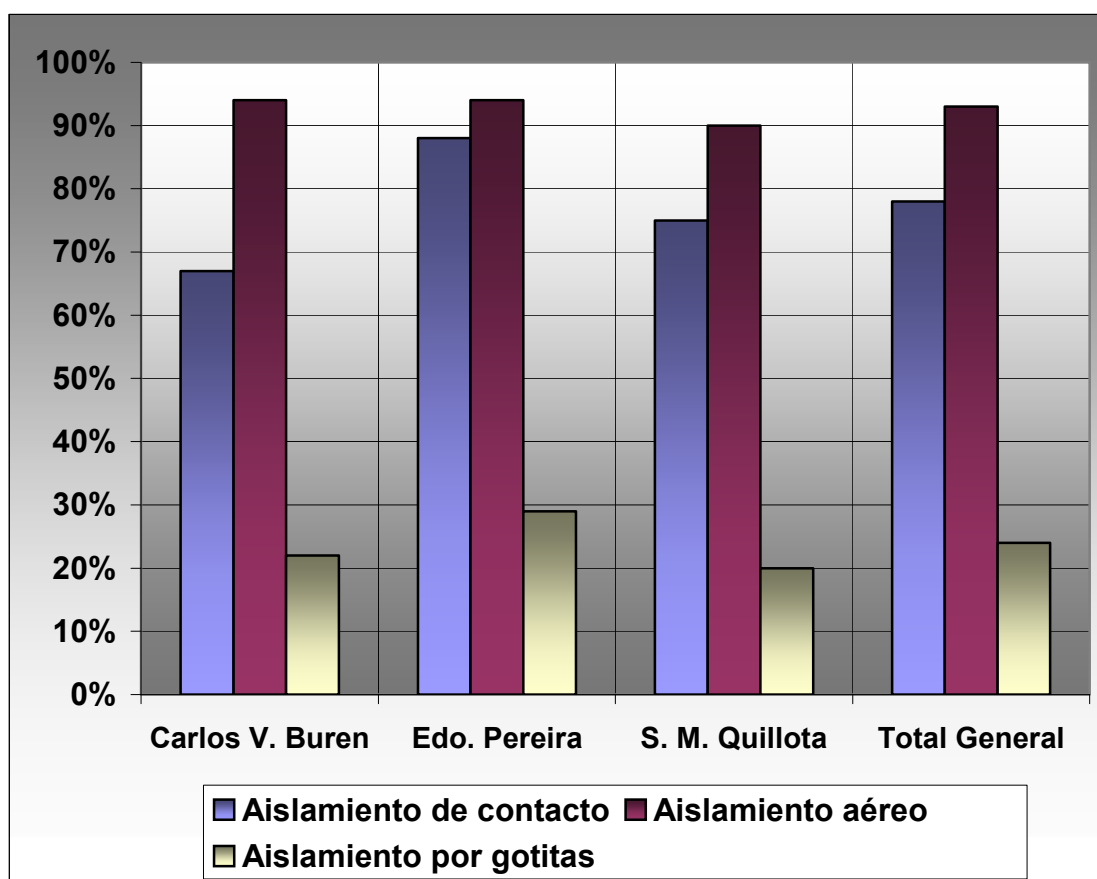
Análisis:

En el Hospital Carlos V. Buren es donde más de la mitad del personal TPM refiere conocer la manera correcta y segura de administrar un fármaco. A nivel general predomina el conocimiento regular. El Hospital S. M. de Quillota tiene déficit.

Tabla y Gráfico N° 22.

“Conocimientos del TPM del Servicio de Medicina respecto a los elementos de barrera utilizados en los diferentes tipos de aislamiento, en los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Conocimiento sobre elementos de barrera por tipo de aislamiento	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Aislamiento de contacto	67%	88%	75%	78%
Aislamiento aéreo	94%	94%	90%	93%
Aislamiento por gotitas	22%	29%	20%	24%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

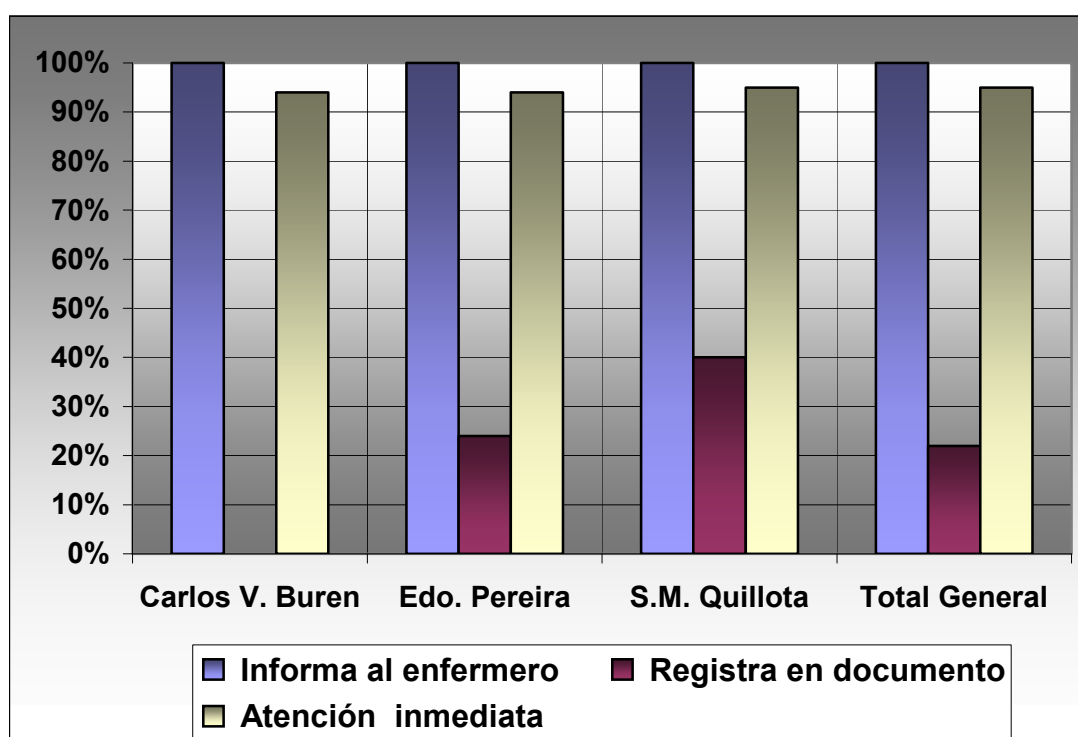
Análisis:

Se observa que existe un conocimiento mayor respecto a las medidas a tomar en los aislamientos por contacto y aéreo. En los 3 hospitales existe un gran desconocimiento con respecto al aislamiento por gotitas.

Tabla y Gráfico N° 23.

**“Procedimiento seguido por el TPM frente a una caída de un AMH
en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio
durante el mes de Diciembre del 2005”.**

Procedimiento frente a una caída de un AMH	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M. Quillota	Total General
Informa al Enfermero(a)	100%	100%	100%	100%
Registra en documento	0%	24%	40%	22%
Atención inmediata	94%	94%	95%	95%



Fuente: Datos obtenidos a través de la entrevista a los Técnicos paramédicos en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

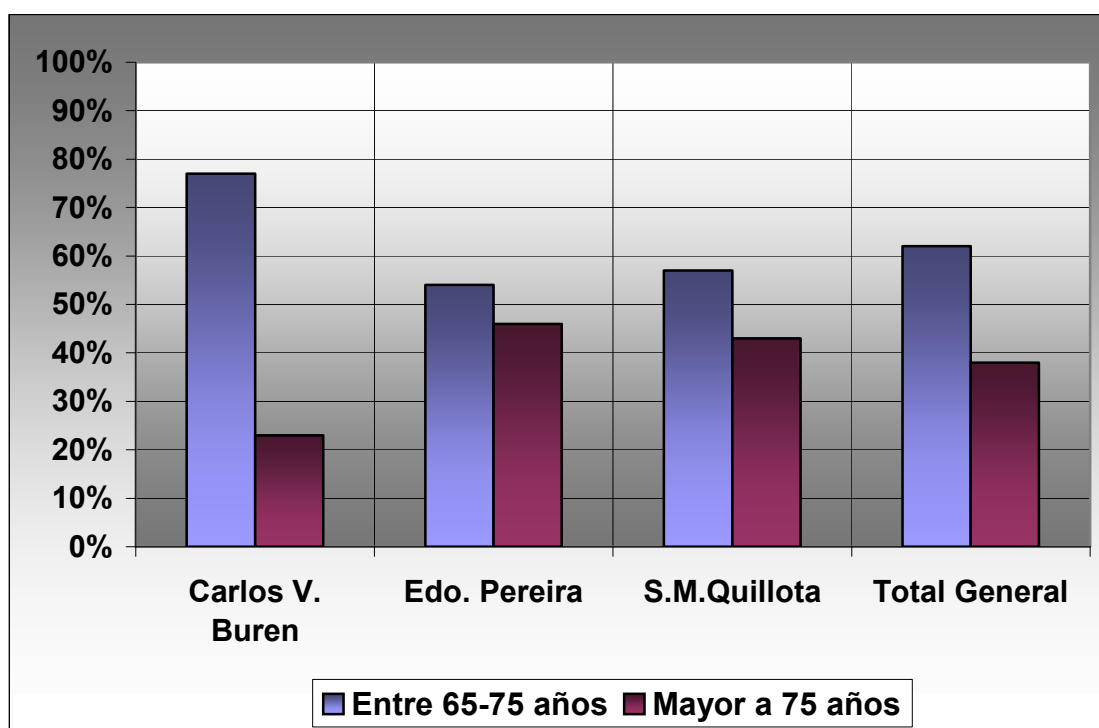
La totalidad de los TPM entrevistados refirieron informar de inmediato al Enfermero(a) la caída de un AMH. En cuanto a registrar dicha situación en documentos, un alto porcentaje respondió que no lo hacía. En el caso del Hospital E. Pereira, si bien existe un protocolo ante caídas, los TPM del estudio no lo practican. Finalmente un alto porcentaje de TPM otorgaría una atención inmediata frente a una caída.

3. Reconocer los riesgos biológicos derivados del proceso de envejecimiento en los AMH.

Tabla y Gráfico N° 24.

“Edades de los AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio durante el mes de Diciembre del 2005”.

Edades	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M.Quillota	Total General
Entre 65-75 años	77%	54%	57%	62%
Mayor a 75 años	23%	46%	43%	38%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

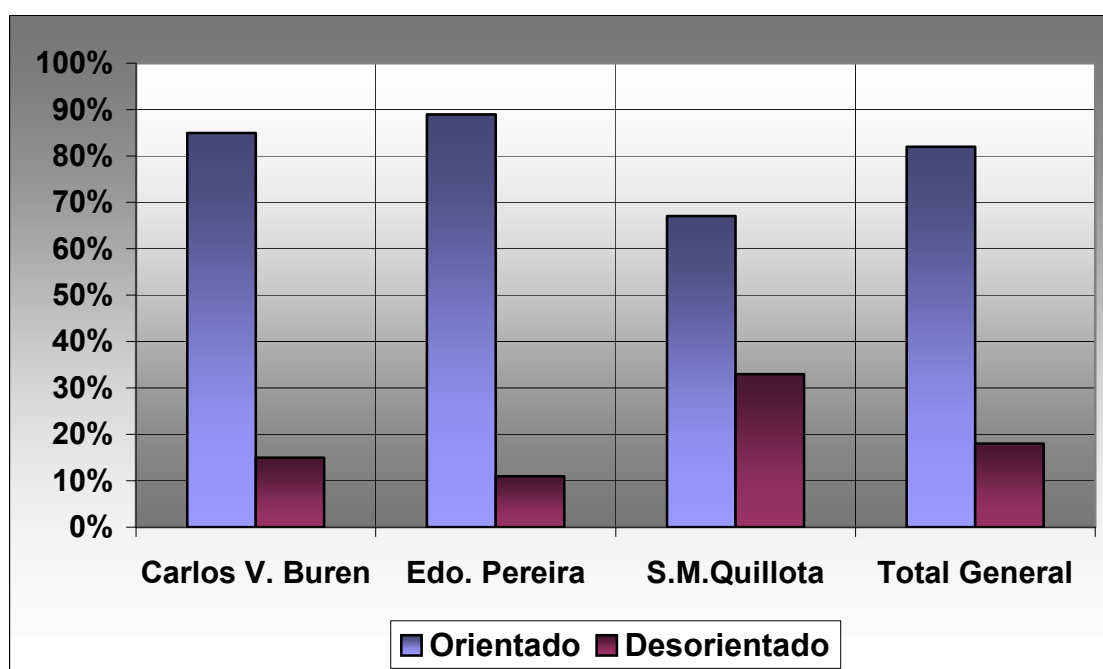
Análisis:

La mayoría de los AMH en el periodo de estudio se encontraban en el rango de edad que abarca entre los 65 a 75 años (62%).

Tabla y Gráfico N° 25.

“Orientación temporo-espacial de los AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Orientación temporo-espacial	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Orientado	85%	89%	67%	82%
Desorientado	15%	11%	33%	18%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

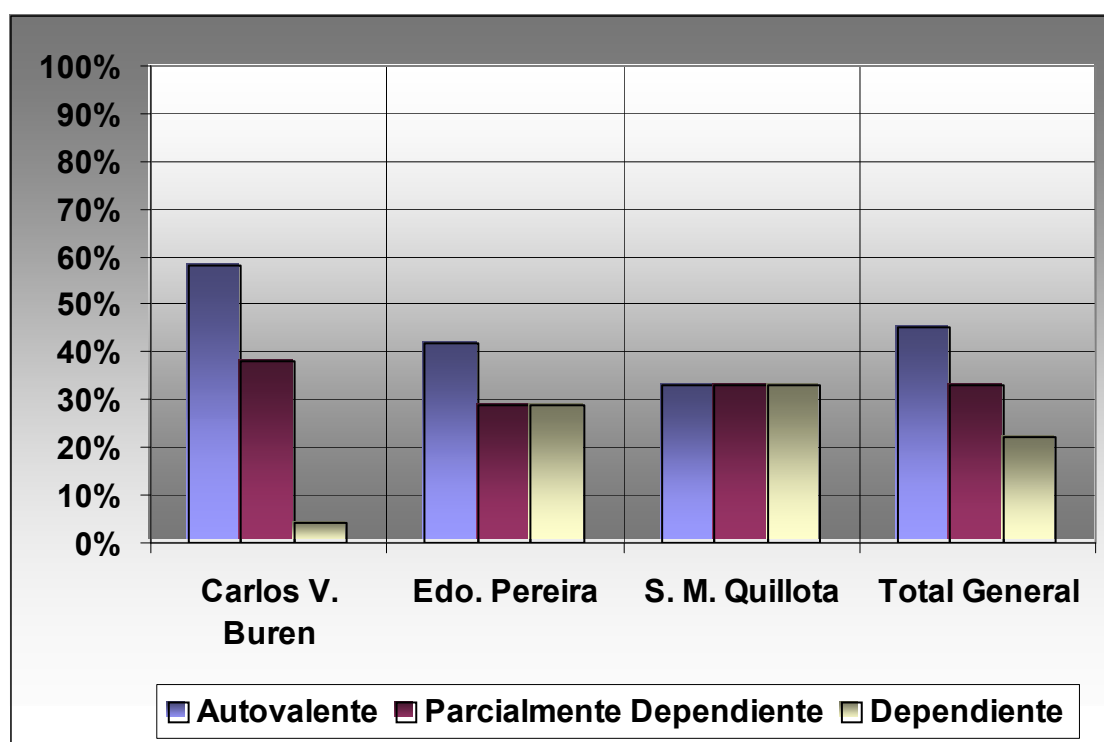
Análisis:

La mayoría de los AMH en estudio se presentan orientados temporo-espacialmente (82%). Por el contrario, un porcentaje menor de los AMH en estudio (18%), pero no por ello menos importante, presenta desorientación temporo-espacial.

Tabla y Gráfico N° 26.

“Control postural en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Control Postural	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Autovalente	58%	42%	33%	45%
Parcialmente Dependiente	38%	29%	33%	33%
Dependiente	4%	29%	33%	22%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

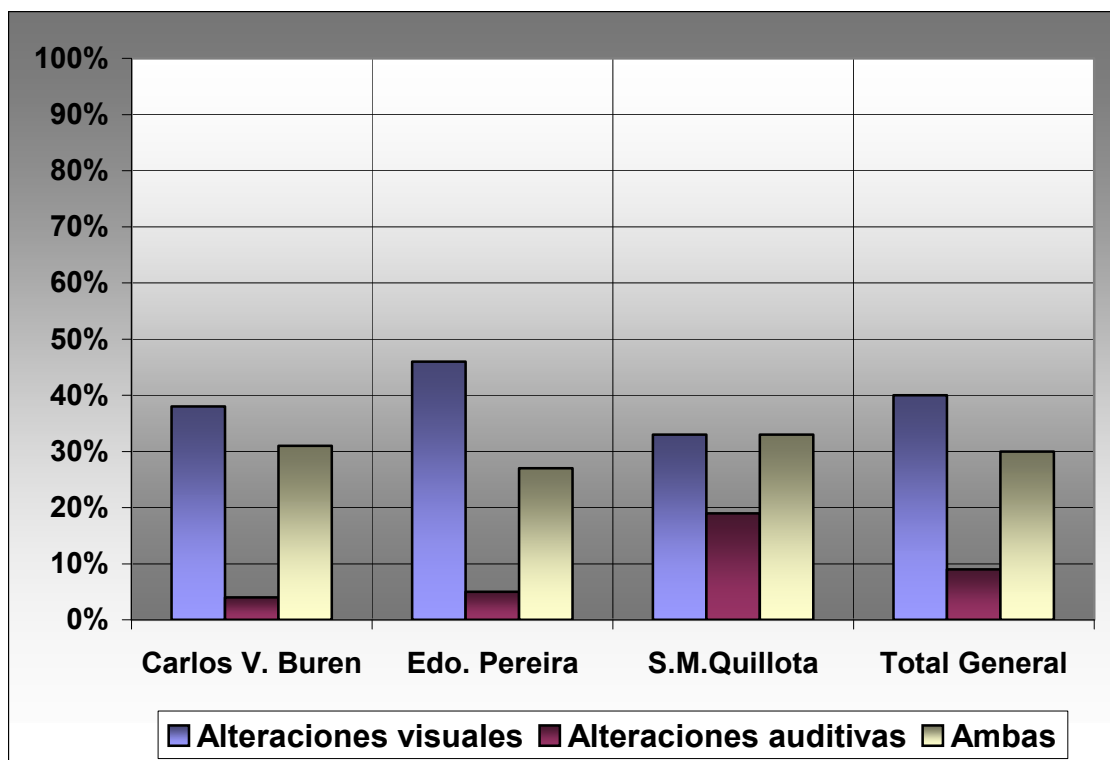
De la totalidad de los AMH en estudio, casi la mitad son autovalentes, lo cual es un factor protector en su seguridad, ya que esta condición les permite participar activamente en la satisfacción de sus necesidades básicas, sicosociales y espirituales, como también en actividades de autocuidado.

Algo más de la mitad de los AMH en estudio está representado por AM parcial o totalmente dependientes.

Tabla y Gráfico N° 27.

“Alteraciones sensoriales en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Alteraciones sensoriales	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Alteraciones visuales	38%	46%	33%	40%
Alteraciones auditivas	4%	5%	19%	9%
Ambas	31%	27%	33%	30%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

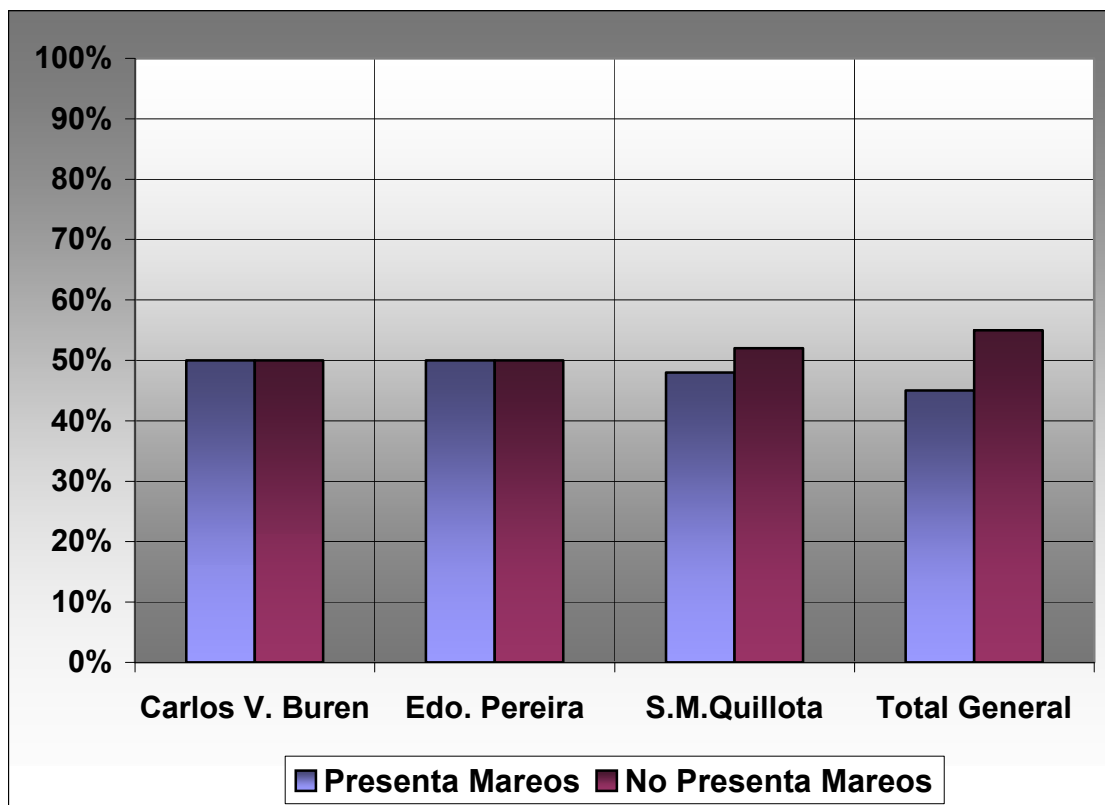
Análisis:

Predominan las alteraciones visuales seguidas de las auditivas. Un importante porcentaje presenta ambas.

Tabla y Gráfico N° 28.

“Hipotensión ortostática en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Hipotensión Ortostática	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Presenta Mareos	50%	50%	48%	45%
No Presenta Mareos	50%	50%	52%	55%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

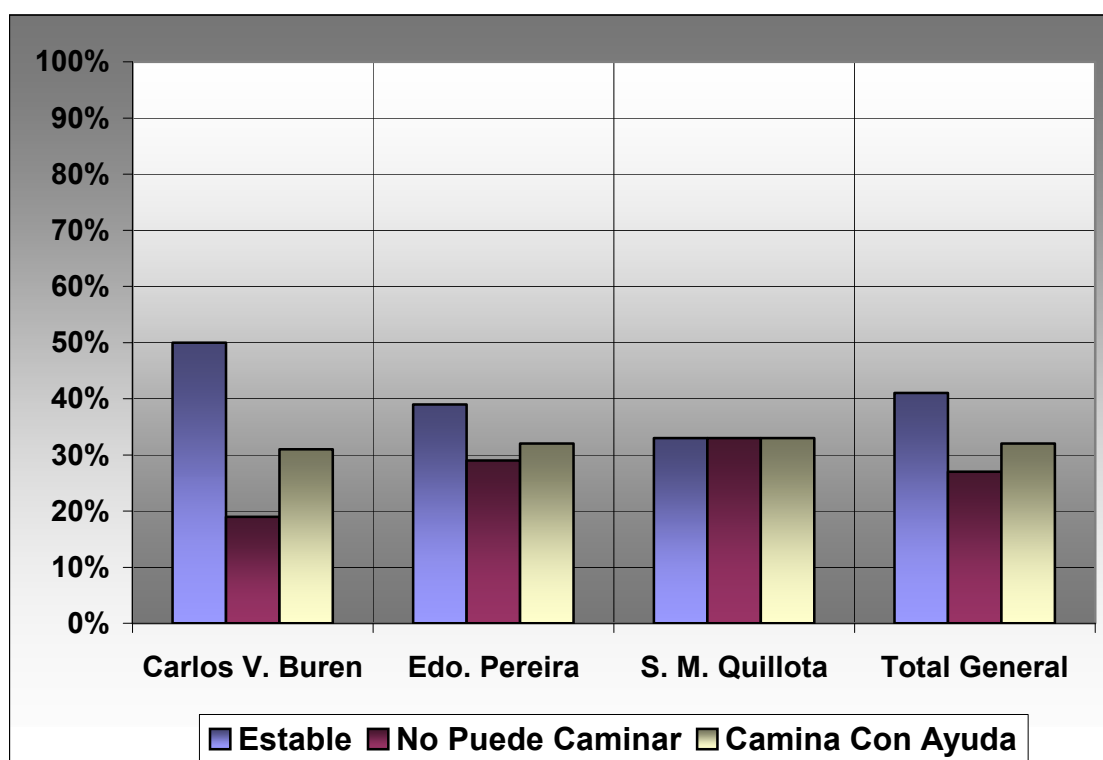
Análisis:

La mitad de la muestra en los tres hospitales en estudio presenta mareos al levantarse.

Tabla y Gráfico N° 29.

“Estabilidad en la marcha de los AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Marcha	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Estable	50%	39%	33%	41%
No Puede Caminar	19%	29%	33%	27%
Camina Con Ayuda	31%	32%	33%	32%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

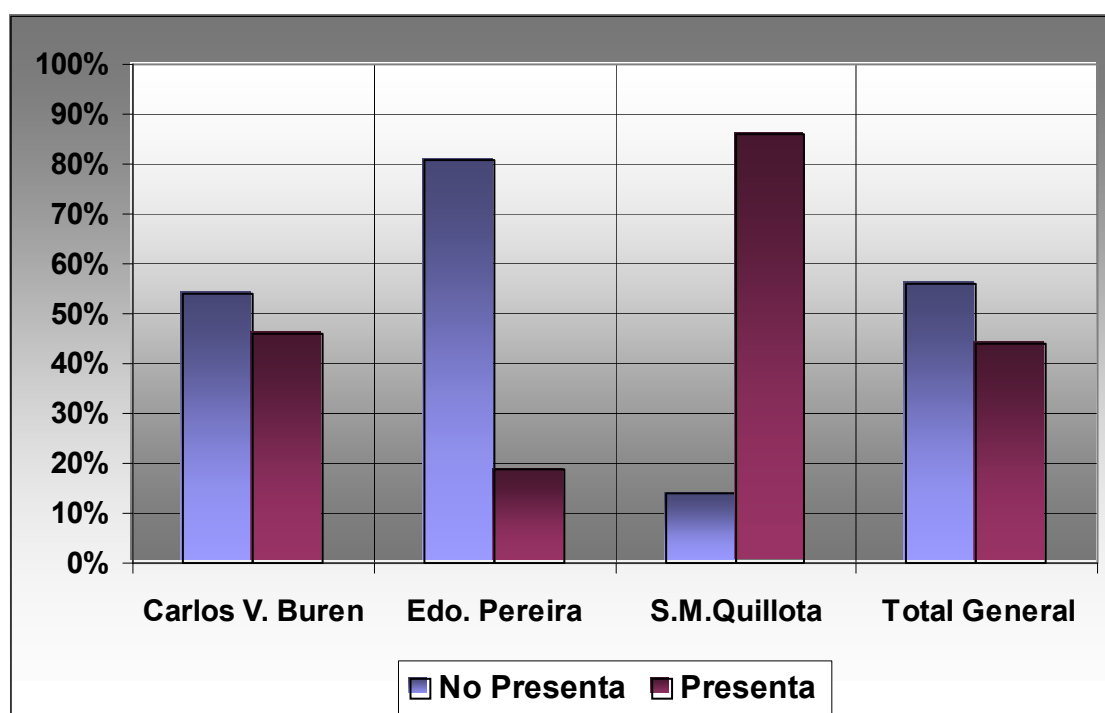
Más de la mitad de los AMH en cada uno de los hospitales en estudio presentan alteraciones en la marcha, ya sea que caminan con inestabilidad o no pueden hacerlo, situación que representa un factor de riesgo en la seguridad biosicosocial de éstos.

4. Identificar riesgos derivados de las enfermedades presentes (pluripatologías) y tratamiento farmacológico (polifarmacia) en los AMH.

Tabla y Gráfico N° 30.

“Pluripatología en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Pluripatología	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S.M.Quillota	Total General
No Presenta	54%	81%	14%	56%
Presenta	46%	19%	86%	44%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

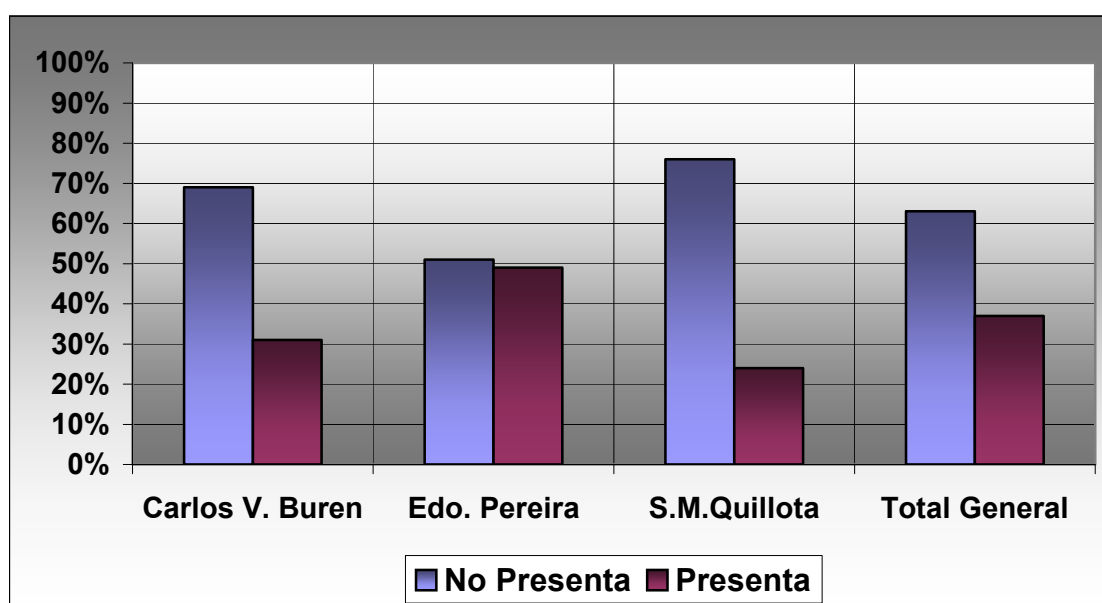
El hospital con mayor porcentaje de AMH que presentan pluripatologías es el Hospital San Martín de Quillota con un 86%, le sigue el Hospital Carlos Van Buren con un 46%, y finalmente está el Hospital Eduardo Pereira con un 16%.

Dentro de las patologías mas frecuentes en los AMH se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedades cerebro vasculares en los tres hospitales del estudio.

Tabla y Gráfico N° 31.

“Polifarmacia en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Polifarmacia	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
No Presenta	69%	51%	76%	63%
Presenta	31%	49%	24%	37%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

Se observa que el mayor porcentaje de AMH que consume 5 o más medicamentos pertenece al Hospital E. Pereira con un 49%, siguiéndole en orden decreciente el Hospital Carlos V. Buren con un 31% y finalmente el Hospital S. M. Quillota con un 24%.

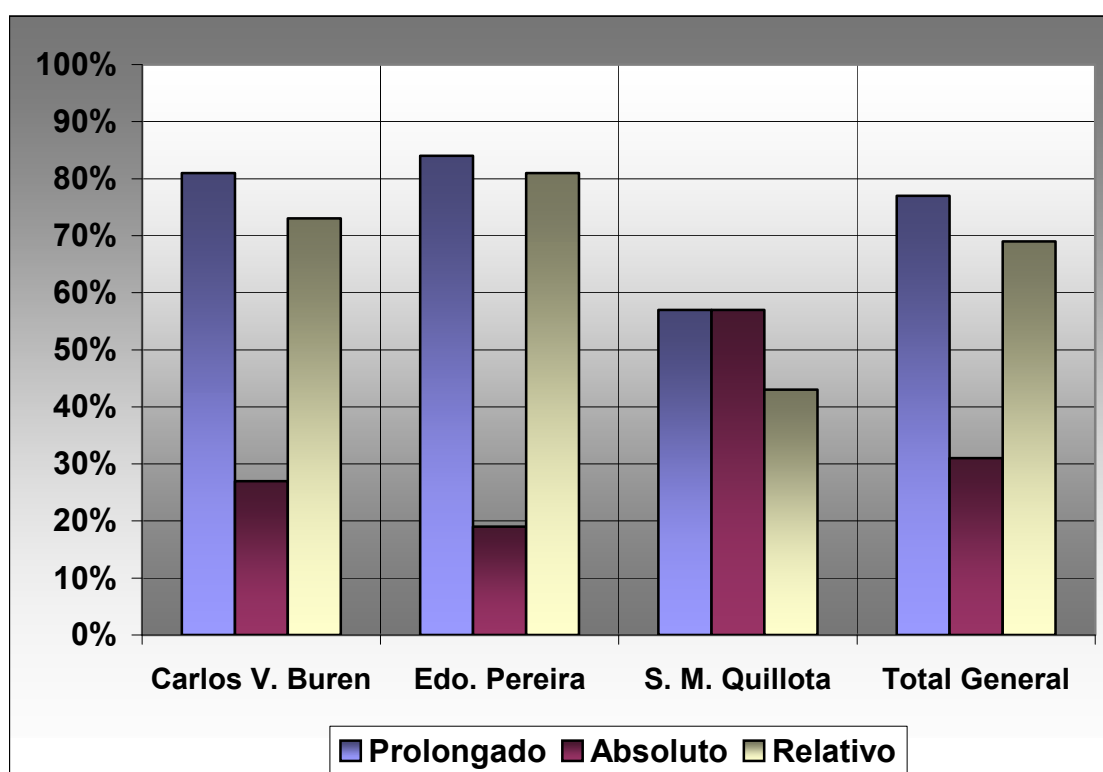
A nivel general un 37% de los AMH entrevistados presenta polifarmacia, porcentaje que se encuentra dentro de lo esperado, ya que en teoría el porcentaje de AM atendidos en distintos niveles de salud que poseen polifarmacia varía entre el 30 y 40%.

En cuanto a los fármacos más utilizados en los tres hospitales del estudio se encuentran los hipotensores, antiulcerosos, anticoagulantes e hipoglicemiantes.

Tabla y Gráfico N° 32.

“Tipo de reposo en AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005”.

Tipo de reposo	Carlos V. Buren	Edo. Pereira	S. M. Quillota	Total General
Prolongado	81%	84%	57%	77%
Absoluto	27%	19%	57%	31%
Relativo	73%	81%	43%	69%



Fuente: Datos obtenidos a través de la Pauta de valoración a los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio, durante el mes de Diciembre del 2005.

Análisis:

En la mayoría de los hospitales en estudio, el tipo de reposo que predomina es el relativo (69%) y prolongado (77%); y en un porcentaje menor el reposo absoluto (31%). La tendencia mencionada anteriormente se exceptúa en el Hospital San Martín de Quillota, donde predomina el tipo de reposo prolongado y absoluto, situación que atribuimos a que la mayoría de los AMH en este establecimiento padecen pluripatologías y son dependientes en la satisfacción de sus necesidades.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que se cumplieron los objetivos propuestos al inicio de esta investigación, debido a que se lograron identificar los factores de riesgo en la seguridad de los adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio y realizar un análisis de la influencia de éstos en la salud de este grupo; esto se logró a través de la revisión bibliográfica, la confección del marco teórico y del análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos.

Los hospitales en estudio no se encuentran acondicionados para brindar un ambiente seguro a los adultos mayores, ya que en ellos existen factores de riesgo que pueden afectar la salud de las personas de este grupo etáreo, aumentando los días de hospitalización.

En todos los hospitales en estudio los AM constituían cerca de la mitad de la población hospitalizada, reflejo de la transición demográfica por la que atraviesa nuestro país.

Conclusiones con respecto a los riesgos ambientales:

- Todos los edificios que contemplen asistencia hospitalaria deben cumplir para su funcionamiento con las disposiciones de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones del SERVIU 2001 y con las disposiciones del Código Sanitario (en todo lo que no se contraponga con la anterior). La Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones del SERVIU 2001 garantiza que las construcciones sean seguras para sus ocupantes, sin embargo, no todas las normas allí existentes son aplicables a los hospitales en estudio ya que fueron construidos con anterioridad a esta.

- La mayoría de los hospitales en estudio carecen de planes de emergencia estructurados y escritos, que permitan hacer frente a una catástrofe. Esta situación es un factor de riesgo en la seguridad de los usuarios hospitalizados y de las personas que allí trabajan, porque disminuye la posibilidad de intervenir oportunamente en caso de presentarse alguna emergencia.

- La cuarta parte de los extintores encontrados en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio se encontraba en mal estado, lo cual es un factor de riesgo en la seguridad de usuarios hospitalizados y de los funcionarios de dichas instituciones.

- Todos los hospitales en estudio poseen algunas instalaciones y artefactos eléctricos en mal estado, pero si se hace un análisis comparativo entre las tres instituciones, se aprecian mejores condiciones de éstos en los Hospitales E. Pereira y San Martín de Quillota, contrastando con la realidad del Hospital Carlos Van Buren que supera a los otros hasta en ocho veces. Si bien estos porcentajes son bajos, dada la relevancia que esto implica para la atención y seguridad de los AM, se hace imprescindible el buen estado de la totalidad de estos elementos en los tres hospitales.

- Hay tendencia en los hospitales en estudio a no realizar mantención periódica de instalaciones y artefactos eléctricos, equipos de atención y tratamiento, sino que se evalúa su estado cuando presentan desperfectos; si bien son reparados oportunamente es necesario hacer mantención periódica.

- La mayoría de los elementos de apoyo que tienen los hospitales en estudio se encuentran en buen estado, sin embargo la existencia de cerca de un 20% en mal estado representa un factor de riesgo.

- Encontramos un amplio porcentaje de sillas de ruedas en mal estado (73.4%) debido principalmente a la falla en sus frenos. También destaca la existencia de andadores sólo en el Hospital S. M. de Quillota, existiendo uno (de un total de cinco), en malas condiciones. Además consideramos que la cantidad de elementos de apoyo que existen en los tres hospitales en estudio es insuficiente para la población de AMH.

La situación anterior se explica principalmente por los recursos económicos y materiales limitados con que cuentan estas instituciones. Representando todo ello un factor de riesgo importante para los AM del estudio, facilitando caídas y otros accidentes.

- El hecho de que un poco más de la cuarta parte de las distancias entre las camas de los distintos hospitales en estudio se encuentren a menos de un metro nos permite inferir la presencia de un factor de riesgo ante la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas entre pacientes, en especial, enfermedades respiratorias, las que afectan mayormente a este grupo etáreo, disminuyendo las posibilidades de recuperación y supervivencia de estos.
- La ausencia de timbres de llamada en las unidades de los pacientes es considerado un factor de riesgo en su seguridad, debido a que al no estar en la sala y presentarse una emergencia, demoraría la intervención de enfermería.

Conclusiones con respecto al cuidado entregado por el equipo de enfermería:

En relación a la planificación de la atención del AMH por parte del equipo de enfermería en relación a la seguridad, aquel debe estar conciente de los factores de riesgo derivados de su cuidado, a fin de planificar acciones seguras que le permita aumentar la calidad de la atención brindada.

Respecto a los principales riesgos derivados del cuidado del AMH, se identifican los siguientes:

Con respecto al Enfermero (a) asistencial.

- En los tres hospitales del estudio se percibe una deficiente estimación numérica Enfermero(a) / paciente, lo cual representa un gran riesgo para la seguridad de los AMH, debido a que no posibilita una atención integral, oportuna y acorde a los requerimientos en cuanto a la satisfacción de las necesidades de éstos.
- Se identifica que la mitad de los Enfermeros(as) asistenciales no posee una preparación actualizada sobre el cuidado de AM, lo cual es un factor de riesgo, puesto que su ausencia impide la aplicación de un Proceso de Enfermería fundado en un sustento teórico firme de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos.
- En relación a lesiones o accidentes que afectan la seguridad de los AMH en los Servicios de Medicina atribuidas a fallas de la atención de enfermería se reconocen las caídas y úlceras por presión como las más recurrentes. Su importancia radica en que

complican y aumentan las patologías presentes (fomentando la pluripatología) y prolongan la estadía hospitalaria, siendo un factor de riesgo que es en gran medida prevenible.

- Con respecto a los conocimientos del Enfermero(a) de los Servicios de Medicina sobre aspectos importantes en una valoración geriátrica básica, como áreas deficitarias o ausentes en la valoración básica se encuentran el estado de la memoria, la eliminación intestinal y el sueño, los cuales son de importancia en el adulto mayor, debido a la sintomatología atípica que presenta este grupo etáreo en diferentes patologías favoreciendo una entrega de cuidados en forma integral.

- La supervisión que realiza el Enfermero(a) asistencial es mayormente informal, mientras que la formal se da en un porcentaje menor, esto último es un factor de riesgo en la seguridad de los AMH, ya que impide el crecimiento estandarizado del equipo de enfermería.

Con respecto al TPM.

- Se percibe una deficiente estimación numérica TPM / paciente, lo que al igual que el Profesional de Enfermería podría ocasionar un riesgo en la seguridad de los AMH, ya que puede afectar la satisfacción de necesidades de éstos por la demanda de trabajo que tienen, no pudiendo entregar una atención de enfermería integral.

- Con respecto al manejo realizado por el TPM en la administración segura de medicamentos según los 5 correctos, en su mayoría poseen conocimiento regular y deficiente, predominando el primero, lo cual actúa como un factor de riesgo para la seguridad de los AMH. Una administración inadecuada de un fármaco en el AM, considerando que éste además presenta un metabolismo más susceptible a los efectos secundarios del fármaco, podría ocasionarle un daño adicional, prolongando su estadía hospitalaria.

- En los conocimientos del TPM del Servicio de Medicina respecto a los elementos de barrera utilizados en los diferentes tipos de aislamiento destaca que en la totalidad de los hospitales existe un gran desconocimiento con respecto al aislamiento de gotitas, lo cual es un factor de riesgo en la seguridad del AMH para la propagación de enfermedades transmitidas por esta vía.

- Con respecto al procedimiento seguido por el TPM frente a caídas del adulto mayor, un amplio porcentaje refiere no registrar en documentos, lo cual actúa como factor de riesgo en la seguridad de los AMH. Este hallazgo es preocupante, ya que revela una falencia en el desarrollo de conductas éticas en el personal paramédico. Es con esto importante el fomento que en todo momento debe hacer el Profesional de Enfermería en la adquisición de conductas adecuadas en su personal. Esta situación además no permite tener una visión global de la calidad de atención entregada en el servicio.

Conclusiones con respecto a los AMH:

Alrededor del 50% de los AMH, poseen factores de riesgo en su seguridad derivados de procesos patológicos y degenerativos del envejecimiento; dentro de estos detectamos los siguientes:

- Dentro de los riesgos biológicos derivados del proceso de envejecimiento de los AMH en los Servicios de Medicina de los tres hospitales en estudio reconocimos que casi la quinta parte de ellos presenta desorientación temporoespacial, más de la mitad son parcialmente dependientes o dependientes de ayuda para poder movilizar su cuerpo y que más de la mitad de los AMH presenta alteraciones en la marcha. Cada una de estas condiciones actúa como factor de riesgo en su seguridad biosicosocial, ya que los predispone a sufrir accidentes, principalmente caídas.

- Quienes poseen alteraciones sensoriales, es decir tienen problemas visuales, auditivas o ambas, tienen disminuida su capacidad para captar los estímulos ambientales del medio, haciéndolos más susceptibles a la posibilidad de sufrir accidentes. Las alteraciones auditivas pueden ocasionar mareos, lo cual igualmente actúa como factor de riesgo.

- La alteración en la marcha constituye un factor de riesgo en los AMH, porque están más proclives a sufrir lesiones por decúbito, lesiones por contención y una serie de enfermedades producto del inmovilismo, como neumonía por aspiración, trombosis periférica, entre otras.

- Los pacientes que se encuentran con reposo absoluto tienen un mayor riesgo en su seguridad que el resto de los AMH, situación que se agrava si el tipo de reposo es

prolongado; producto de ser AMH dependientes de cuidados, tienen mermada su capacidad para responder a los estímulos del medio, están más propensos a sufrir caídas, úlceras por decúbito, lesiones por contención, enfermedades como trombosis periférica, neumonías por aspiración, aumento de los días de estadía, disminución en su autoestima y autoimagen, entre otros.

- En cuanto a los riesgos derivados de las enfermedades presentes y tratamiento farmacológico, concluimos que el 44% de los AMH entrevistados presentan pluripatologías, producto del proceso de envejecimiento y mayor vulnerabilidad al medio interno y externo. Esta situación representa un factor de riesgo en la seguridad de éstos, ya que algunas patologías pueden repercutir en otras, las enfermedades se manifiestan de manera atípica y generalmente están asociadas al consumo de abundantes fármacos. Dentro de las patologías más frecuentes en los AMH de los tres hospitales del estudio se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares, coincidiendo con la realidad nacional.

- El AM se ve afectado por la polifarmacia, en general más de un tercio de la muestra. En cuanto a los fármacos más utilizados en los tres hospitales del estudio se encuentran los hipotensores, antiulcerosos, anticoagulantes e hipoglicemiantes, siendo un factor de riesgo debido a que en los adultos mayores se disminuye la capacidad de eliminación de los fármacos favoreciendo su acumulación y aparición de efectos adversos, mencionados en el marco teórico.

Luego de identificar y analizar los factores de riesgo existentes en el ambiente, en los cuidados entregados por parte del equipo de enfermería y en el AMH mismo que afectan la seguridad de estos, podemos concluir que existen riesgos en todos los aspectos analizados en el estudio, donde se destacan riesgos modificables (del cuidado de enfermería y estructurales) y no modificables (cambios en el adulto mayor), siendo los primeros una oportunidad de mejora de la atención por parte del Profesional de Enfermería.

En el ambiente hospitalario siempre van a existir riesgos, pero se pueden prevenir y disminuir, para así entregar cada día una atención de calidad a una población que cada vez crece y demanda mayores cuidados de salud.

PROPUESTAS

Desde la perspectiva de la institución académica:

Fomentar a nivel de pregrado aspectos relacionados con el conocimiento respecto a normativas del ambiente hospitalario a fin de crear conciencia del aporte que los Profesionales de Enfermería pueden entregar respecto al ambiente estático y dinámico del hospital.

Desde la perspectiva de la institución hospitalaria:

Que elabore, organice y difunda un plan de emergencia efectivo, especialmente para terremoto e incendio, considerando la participación de todos los profesionales y personal involucrados, en especial el Enfermero(a). Además, que incluya una mantención y revisión periódica obligatoria de extintores u otros elementos en caso de emergencia (red seca).

Implementación de timbres de llamados que favorezcan la atención inmediata de los AMH en cada sala.

Implementación de un mayor número de elementos de apoyo y seguridad, en especial, aquellos relacionados directamente con la seguridad del AMH, tales como escabeles, andadores, barras de seguridad en WC y tina, y antideslizantes en tina.

Elaborar y establecer un plan de mantención y revisión de equipos tanto eléctricos como de atención y tratamiento (equipos de oxigenoterapia y aspiración), que incluya su reparación oportuna.

Desde la perspectiva del Enfermero(a):

Que el Enfermero(a) exija y participe en la adquisición de los elementos de seguridad, según las necesidades de los usuarios y creciente aumento de la población senescente hospitalizada.

Que el Enfermero(a) participe activamente en la elaboración de un plan de emergencia para el servicio.

Que el Enfermero(a) Supervisor verifique periódicamente el cumplimiento del plan de mantención y revisión de equipos.

Que el Enfermero(a) vele por la aplicación de los estándares universales para la prevención de IHH, a través de la supervisión formal y continua dirigida al equipo de enfermería, que valore diferentes aspectos de la atención directa hacia los AMH, tales como: administración de medicamentos, medidas de asepsia, etc.

Educación permanente del equipo de enfermería, que involucre especialmente aspectos psicosociales y afectivos de los AM, así como también sobre los cuidados especiales y diferenciales de los AMH, los elementos de barrera, tipos de aislamiento y principios de administración de medicamentos, entre otros.

Elaboración y difusión de un protocolo de caídas, que incluya el procedimiento a seguir frente a esta situación, con énfasis en el registro oportuno del problema.

Permitir la participación del adulto mayor autovalente en la satisfacción de sus necesidades, incentivando de esta manera el autocuidado durante la hospitalización, reduciendo los riesgos físicos y el estrés psicológico que provoca la estadía hospitalaria.

Realizar un plan de evaluación continua de la calidad de la atención brindada por el equipo de enfermería, considerando las dimensiones de calidad y oportunidades de mejora, enfatizando en la satisfacción del usuario externo.

CAPITULO 6: BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFÍA

Libros.

ANZOLA, Elías. "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa". 1ª ed. Washington, OMS / OPS, 1994.

BRIZZOLARA, Augusto. "Compendio de Geriatria clínica". 1ª ed. Santiago, CAPREDENA, 1998.

BRUNNER, Lilian y SUDDATH, Doris. "Enfermería Médico-Quirúrgica". 8ª ed. México, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 1998. Vol. I.

BURKE, Mary y WALSH, Mary. "Enfermería Gerontológica". 2ª ed. Madrid, editorial Harcourt Brace, 1998.

CARNEVALI, D. y PATRICK, M. "Tratado de Enfermería y Gerontología". 2ª ed. México, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 1988.

DU GAS, Beverly. "Tratado de Enfermería Práctica". 4ª ed. México, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 2000.

GARCÍA HERNÁNDEZ y Colaboradores. "Enfermería Geriátrica". 2ª ed., editorial Científicas y Técnicas S.A. Salvat, 1993.

HOGSTEL, Mildred. "Enfermería Geriátrica: Cuidados de personas ancianas". 1ª ed. Madrid, editorial Paraninfo, 1998.

GUILLEN, Francisco. "Manual de Geriatria". 2ª ed., editorial Salvat, 1990.

MARY, M. y MARY, B. "Enfermería Gerontológica: Cuidados Integrales del Adulto Mayor". 2ª ed. Madrid, editorial Harcourt Brace, 1998.

KANE, Ouslander y Abrass. "Geriatría Clínica". 1ª ed. México, editorial McGraw Hill Interamericana, 1997.

PEREZ, Melero. "Enfermería Geriátrica". 1ª ed. Madrid, Universidad Computense, 1998.

POTTER y PERRY. "Fundamentos de Enfermería". 5ª ed. Madrid, editorial Harcourt Brace, 2002. Vol. II.

RUIPEREZ, I. "El paciente anciano". 1ª ed. Madrid, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 1998.

SMELTZER, Suzane y BARE, Brenda. "Enfermería Médico-Quirúrgica". 9ª ed. México, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 2002. Vol. I.

STAAB, A. y HODGES, L. "Enfermería Gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento". 1ª ed. México, editorial M^c Graw Hill Interamericana, 1998.

SALGADO, Alberto. "Manual de Geriatría". 2ª ed. Barcelona, editorial Salvat, 1990.

Publicaciones.

Educación Gerontológica, del Manual de Referencias Bibliográficas. Curso taller Enfermería Gerontológica. Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Enero 2002.

El Paciente Anciano. OMS, 1998.

Guía para la Selección y Prescripción de Medicamentos en el Adulto Mayor. Ministerio de Salud, Chile, 1999.

Manual de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. Ministerio de Salud, Chile, 1993.

Manual de Geriátría. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2001.

Programa del Adulto: División de Salud de la Personas;"Prevención y manejo de las Caídas". Series Guías Clínicas del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, Chile, 1999.

Leves y otras normativas.

Ley N° 20.016. CHILE. Ley general de urbanismo y construcciones. Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), Santiago, Chile, Mayo del 2005. p. 77.

Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones. Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), Santiago, Chile, Julio del 2001.

Normas del Programa Nacional de Infecciones Intrahospitalarias, Ministerio de Salud, Chile, 1993.

Textos.

Apuntes Cátedra Enfermería 310. "Enfermería del Senescente Enfermo; Necesidad de Seguridad en el Adulto Mayor". Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, 2004.

CORIA, Mario. "La Seguridad del Paciente: evaluación de entornos, detección de riesgos y sus análisis" [diapositivas]. Universidad de los Andes, Santiago, Chile 2005.

Entrevistas.

- VERDESSI, Marcelo. Ingeniero en Prevención de Riesgos, Hospital Carlos Van Buren, 2005.

- HELLERMAN, Roberto. Ingeniero en Prevención de Riesgos, Asociación Chilena de Seguridad, 2005.

Páginas Web.

- <http://www.intersep.org/manual/area11.html>
- <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.html>
- <http://www.el-mundo.es/salud/297/04N0130.html>
- <http://www.med.puc.cl>

CAPITULO 7: ANEXOS.

Tabla:

“Principales RAM según clase de fármaco en los diferentes sistemas del organismo”.

Sistema Corporal	Clase de Fármaco	Reacciones Adversas
Sistema Cardiovascular	Diuréticos	Letargo, síndrome de antidiurética inadecuada, hipotensión postural, caídas, fracturas de cadera y otras.
	Alfabloqueantes	Mareos presincoales y caídas, sobre todo con dosis altas.
	Betabloqueantes	Exageración de la insuficiencia cardíaca, hipotensión postural, pérdida de la memoria, depresión, artropatía.
Sistema Nervioso Central	Agentes anticolinérgicos (antihistamínicos, antiespasmódicos, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos)	Sedación, disfunción cognitiva, letargo, confusión aguda, hipotensión postural, estreñimiento, retención urinaria, entre otros.
	Tranquilizantes (benzodiazepinas, barbitúricos, hipnóticos)	Sedación, disfunción cognitiva, letargo, confusión aguda.
	Antihipertensivos de acción central (metildopa, reserpina, clonidina) AINEs	
Sistema Gastrointestinal	Agentes bloqueadores de los H ₂ , sucralfato	Riesgo de aspiración en pacientes con reposo en cama.
	AINEs	Hemorragia gastrointestinal.
	Antiácidos	Diarrea estreñimiento, malabsorción.

Sistema Renal	Antibióticos (penicilinas, aminoglucósidos, fluoroquinolonas)	Confusión, irritabilidad, somnolencia, letargo, vértigo.
	Digoxinas	Anorexia, disminución del apetito, náuseas, problemas de conducción cardíaca, irritabilidad, ansiedad.
	AINEs	Retención de líquidos, empeoramiento de la hipertensión, agravamiento de la ICC.
Sistema Tegumentario	Tetraciclinas	Dermatitis.

INSTRUCTIVOS E INSTRUMENTOS

Instructivo Pauta de observación del Servicio de Medicina.

-La pauta de observación de los Servicios de Medicina de los hospitales en estudio consta de 4 ítems relacionados con las condiciones de seguridad del entorno que rodea al AMH.

- La observación debe realizarse a toda la infraestructura del servicio hospitalario y a los elementos de atención y tratamiento que se utilizan para brindar atención al AMH.

- Con el fin de que la información recogida sea evaluada con los mismos criterios se adjunta el significado de algunos elementos o condiciones a observar.

1. Vías de evacuación: dependencias del centro hospitalario que permiten la evacuación expedita de sus ocupantes en caso de emergencia. Son puertas, pasillos, escaleras u otras, distintas a puertas de acceso o salida.

2. Extintores: se considerará en buen estado a aquellos con carga vigente a la fecha y cuya flecha se encuentre en zona verde. Se considerará en mal estado aquellos que no cumplan una o las dos de las características mencionadas anteriormente.

3. Instalaciones y artefactos eléctricos: serán considerados todas las lámparas, enchufes e interruptores del servicio (de la unidad del paciente, de las salas y del resto de dependencias).

Serán considerados en buen estado aquellos que cumplan su función y no presenten un riesgo para el adulto mayor (cables “pelados”, que presenten chispas, etc.). Serán considerados en mal estado aquellos que no funcionen o lo hagan inadecuadamente y representen riesgos.

4. Timbres de llamada: se considerarán los de las salas y se clasificarán en buen estado a aquellos que funcionen.

5. Elementos de apoyo y seguridad, incluye:

- Protección de ventanas: corresponde a rejas o barandas de ventanas de las salas de los AMH. Serán consideradas en buen estado aquellas que sean altas y cuyas ubicaciones no presenten un riesgo para el AMH (caídas).
- Andadores, barandas en cama, escabel en cama, barra de seguridad en WC y tina: se considerarán en buen estado si cumplen su función y se encuentran sin daños que pudieran representar riesgos para la seguridad de los AMH.
- Antideslizante en baño en mal estado: Aquellos colocados inadecuadamente o gastados.
- Sillas de ruedas y camillas: se considerarán en buen estado si estas permiten el transporte de personas y sus frenos funcionan correctamente.

8. Distancia entre las camas: espacio entre dos camas contiguas, este debe ser de 1 metro o más y será medido con huincha.

Pauta de Observación: Servicio de Medicina

Encuestador:

Hospital:

Fecha:

I. Respecto a las condiciones de seguridad del entorno que rodea al adulto mayor hospitalizado en los Servicios de Medicina, determine para cada una de las siguientes preguntas la cantidad (en número) de elementos que existen en el Servicio y el número de ellos que se encuentra en buen o en mal estado según corresponda.

1) Con respecto a las Medidas de Seguridad:

	Cantidad	Señalizada	No Señalizada
Vías de Evacuación			

	Cantidad	Buen Estado	Mal Estado
Extintores			

2) Con respecto a Equipos Eléctricos:

	Cantidad	Buen Estado	Mal Estado
Lámparas			
Enchufes			
Interruptores			
Timbres Llamada			

3) Con respecto a los Elementos de Apoyo y Seguridad para los Adultos Mayores:

	Cantidad	Buen Estado	Mal Estado
Protección Ventanas			
Andadores			
Barandas en Cama			
Escabel en Cama			
Barra Seguridad WC			
Barra Seguridad Tina			
Antideslizantes Baño			
Silla de Ruedas			
Camillas			

4) Distancia Entre las Camas:

	Si	No
Mayor que 1 metro		

Instructivo Entrevista a Enfermero(a) Supervisor(a).

- El instrumento consta de 20 preguntas dirigidas al Enfermero(a) Supervisor(a) de los Servicios de Medicina de cada uno de los hospitales en estudio. Las preguntas están relacionadas con las variables de la investigación riesgos ambientales y derivados del cuidado de enfermería.

- La entrevista será aplicada por dos alumnos, uno dirigirá la entrevista y el otro tomará nota de las respuestas. Será aplicada en un ambiente tranquilo y privado.

- Con el fin de que la información sea recogida con los mismos criterios se adjunta el significado de algunos elementos o condiciones a preguntar:

1. Plan de emergencia: serie de acciones a realizar en caso de presentarse catástrofes como incendios, terremotos y/o inundaciones. Debe ser planificado, escrito y estructurado.

2. Simulacros: actividades que remedan una emergencia en el servicio u hospital, participan funcionarios del equipo de salud y el fin es adquirir habilidad para actuar en caso de que dicha emergencia se presente en la realidad.

3. Mantenimiento: valoración del estado y funcionamiento de elementos como instalaciones y equipos eléctricos, equipos de oxigenoterapia y aspiración realizada por personal técnico calificado, con el fin de reparar desperfectos y/o mantener su correcto funcionamiento.

4. Otra frecuencia: respuesta distinta a las anteriormente nombradas.

5. Estimación numérica Enfermero(a) - paciente: cantidad de Enfermeros(as) versus cantidad de pacientes del Servicio de Medicina.

6. Reposición oportuna: cambio de extintor con fecha expirada, con alteraciones en su carga o que ha sido utilizado por emergencia, por otro en buen estado.

Entrevista al Enfermero(a) Supervisor(a): Servicio de Medicina.

Encuestador:

Hospital:

Entrevistado (iniciales):

Fecha:

I. Respecto a los factores y/o características del Servicio de Medicina que afectan la seguridad del adulto mayor hospitalizado. Observe, pruebe o pregunte lo siguiente.

1) ¿Conoce ud. al encargado del plan de emergencia?

Si () especifique el nombre y cargo _____

No ()

2) ¿Conoce ud. el Plan de Emergencia del Servicio de Medicina en caso de Incendio, Inundación, Corte de Luz u otros?

Si ()

No () Pase a la pregunta 7

3) Responda a cada una de las posibilidades, ¿Cuál es el plan de emergencia que conoce?

	Si	No
Incendio	()	()
Terremoto	()	()
Corte de Luz	()	()
Inundación	()	()
Otra	()	() especifique _____

4) Nombre sólo un plan de emergencia que usted conoce y descríballo esquemáticamente.

5) ¿Usted participa en algún plan de emergencia dentro del Servicio de Medicina?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 7

6) ¿En cuál plan de emergencia participa Ud.?

	Si	No
Incendio	()	()
Terremoto	()	()
Corte de Luz	()	()
Inundación	()	()
Otra	()	() especifique.....

7) ¿Se realizan simulacros en casos de Emergencia en el Servicio de Medicina?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 10

8) Indique la frecuencia de simulacros de emergencia realizados:

1 o más veces al año () cada 2-3 años () más de 3 años () nunca ()

9) ¿Cuándo fue el último simulacro?

_____ _____
Mes Año

10) ¿Existe mantención de instalaciones y artefactos eléctricos?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 12

11) Señale la frecuencia en que se realiza(n) la(s) revisión(es) técnica(s):

1 o más veces al año () cada 2-3 años () más de 3 años () nunca ()

12) ¿Existe mantención de Equipos de oxigenoterapia?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 14

13) Señale la frecuencia en que se realiza(n) la(s) revisión(es) técnica(s) a los equipos de oxigenoterapia:

1 o más veces al año () cada 2-3 años () más de 3 años () nunca ()

14) ¿Existe mantención de Equipos de Aspiración?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 16

15) Señale la frecuencia en que se realiza(n) la(s) revisión(es) técnica(s) a los Equipos de Aspiración:

1 o más veces al año () cada 2-3 años () más de 3 años () nunca ()

16) ¿Existen Extintores en el Servicio?

Si ()

No () Pase a la pregunta nº 20

17) ¿Se cumple con la fecha de Revisión de Extintores?

Si ()

No ()

18) ¿Se repone oportunamente la carga de los Extintores?

Si ()

No ()

19) Responda a cada una de las posibilidades, ¿Son reparados oportunamente los desperfectos?

	Si	No
Eléctricos		
Sanitarios		
Techos/Murallas		

20) Responda a cada una de las posibilidades, ¿Considera ud. adecuada la razón numérica entre:

	Si	No
Enfermero(a) / Paciente		
Paramédico / Paciente		

Instructivo Entrevista Enfermero(a) asistencial.

- Esta entrevista consta de 13 preguntas respecto a los conocimientos y actitudes del Enfermero(a) que brinda cuidados a los AMH.

- Está dirigida a los Enfermeros(as) clínicos del Servicio de Medicina y será aplicada con su consentimiento, en un clima de respeto y privacidad. La entrevista será realizada por un solo alumno el cual preguntará y tomará nota de las respuestas de dicho profesional.

- Con el fin de que la información sea recogida con los mismos criterios, se adjunta el significado de algunos elementos o condiciones a preguntar:

1. Recepción diaria de turno: actividad de Enfermería donde participa el equipo de enfermería saliente y el entrante, con el fin de compartir información relevante del paciente como estado de salud, medicamentos, procedimientos a los que ha sido sometido, etc. Es realizada al inicio de la jornada de trabajo.

2.- Unidad: espacio alrededor de la cama del paciente.

3.- Fuera de la unidad: Se refiere a los pasillos, sala Enfermería, clínica, puertas de salida.

4. Valoración diaria de AM: Anamnesis respecto a necesidades básicas y examen físico, realizada por el Profesional de Enfermería.

5.- Revisión diaria de registros: valoración de datos y observaciones escritas durante el turno por el equipo de enfermería en hoja de enfermería turno anterior, curva de enfermería, tarjetero y/o plan de suero.

6 - Supervisión formal: planificada, con pauta evaluativa.

7.- Supervisión informal: no planificada, fortuita.

8.- Plan diario de enfermería: planificación y organización de los cuidados a proporcionar por el equipo de enfermería, el cual es vigente para el turno.

9.- Preparación: participación formal del Profesional de Enfermería en cursos, seminarios, jornadas y/o congresos sobre temas relacionados con la atención al adulto mayor.

10.- Cambios que se producen en el AM: características físicas, psicológicas, afectivas y/o sociales que adquieren las personas producto del envejecimiento.

En la pregunta n° 11 relacionada con los cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento, el encuestador deberá mencionarle al Enfermero(a) asistencial sólo los sistemas corporales en que se producen los cambios, sin mencionar en ningún caso los cambios específicos por sistema.

11.- Lesiones por contención: pérdida de la integridad física producto del uso de elementos de inmovilización.

12. Valoración geriátrica básica: aspectos imprescindibles o que no pueden faltar para la elaboración de un plan de intervención de enfermería en AMH, previo a la planificación de la atención.

Entrevista a Enfermero(a) Asistencial.

Encuestadores:

Hospital:

Entrevistado (iniciales):

Fecha:

I. Respecto al nivel de preparación y conocimientos del Profesional de Enfermería relacionada con la seguridad del AMH. Responda lo siguiente:

1.- ¿Hace recepción diaria de turno con el equipo de enfermería?

Si ()

No ()

2.- La recepción de turno la realiza en:

En la unidad Si () No ()

Fuera de la unidad Si () No ()

3.- ¿Realiza ud. valoración diaria de los AM?

Si ()

No ()

4.- ¿Realiza ud. revisión diaria de registros de enfermería?

Si ()

No ()

5.- ¿Realiza ud. supervisión del personal?

Si ()

No () Pase a la pregunta 7.

6.- El tipo de supervisión que realiza es:

	Si	No
Formal	()	()
Informal	()	()

7.- ¿Realiza ud. Plan diario de enfermería en AM?

Si ()

No () Pase a la pregunta 9.

8.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Dónde registra ud. el plan de enfermería?

Si No

En tarjeta () ()

En la Hoja de enfermería () ()

9.- ¿Hace cuánto tiempo trabaja con adultos mayores?

Si No

5 años o más () ()

10.- ¿Ha tenido ud. alguna preparación en temas relacionados con el adulto mayor en los últimos cinco años?

Si ()

No ()

11.- Nombre los cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento.

Físicos:

Musculoesquelético:

Si No

Pérdida de masa y tono muscular () ()

Disminución de la movilidad () ()

Disminución de la estatura () ()

Postura encorvada () ()

Neurológico:

Menor agilidad mental () ()

Disminución de la memoria () ()

Hipotensión postural () ()

Tendencia a la hipotermia () ()

Alteración de la percepción del dolor () ()

		Si	No
Cardiovascular:	Aumento de la presión arterial	()	()
	Disminución de la elasticidad arterial	()	()
	Tendencia a formar émbolos periféricos	()	()
	Facilidad para formar úlceras por presión	()	()
Respiratorio:	Disminución de la capacidad vital	()	()
	Menos fuerza en la musculatura respiratoria	()	()
Gastrointestinal:	Dificultad para absorber nutrientes	()	()
	Tendencia al estreñimiento	()	()
	Aumento de enfermedad en encías	()	()
	Menor eficiencia masticatoria	()	()
Urinario:	Incontinencia urinaria	()	()
	Tendencia a infecciones urinarias	()	()
	Problemas Prostáticos	()	()
Piel y tegumentos:	Piel seca y frágil	()	()
	Pelo con canas	()	()
	Caída del pelo parcial o total	()	()
	Uñas frágiles y engrosadas	()	()
Inmunológico:	Aumento de susceptibilidad a infecciones	()	()
Visión:	Disminución de la agudeza visual	()	()
	Presencia de cataratas o glaucoma	()	()
Audición:	Disminución de la agudeza auditiva	()	()
	Vértigos/ mareos	()	()
Gusto:	Disminución de los sabores	()	()

Psicosocial y Afectivo:

	Si	No
Por soledad	()	()
Por trastornos físicos	()	()
Por pérdida de memoria	()	()
Por dependencia económica	()	()
Depresión.	()	()

12.- Nombre las lesiones o accidentes que afecten la seguridad en los AMH en el servicio en que ud. trabaja, atribuidas a fallas en la atención de enfermería:

	Si	No
Caídas	()	()
Infecciones	()	()
Ulceras por presión	()	()
Quemaduras por bolsa de agua caliente (BAC)	()	()
Enfriamiento	()	()
Intoxicación	()	()
Lesiones por contención	()	()
Flebitis	()	()
Aspiración	()	()

13.-Nombre aspectos importantes en una valoración geriátrica básica.

	Si	No
Grado de Dependencia	()	()
Orientación temporo- espacial	()	()
Memoria	()	()
Depresión	()	()
Ansiedad	()	()
Integridad de la piel	()	()
Control urinario	()	()
Control fecal	()	()
Cambios en el apetito	()	()
Cambios en el peso	()	()
Sueño	()	()
Revisión de fármacos	()	()

Instructivo Entrevista Técnico Paramédico.

Este instrumento consta de 13 preguntas, las que están dirigidas al personal Técnico paramédico de los distintos hospitales en estudio. Las preguntas están relacionadas con las variables: riesgos ambientales y derivados del cuidado de enfermería.

- Algunos términos:

Preparación: participación formal del TPM en cursos, seminarios, jornadas y/o congresos sobre temas relacionados con el cuidado al adulto mayor.

Cambios que se producen en el AM: características físicas, psicológicas, afectivas y/o sociales que adquieren las personas producto del envejecimiento.

En la pregunta n° 7 relacionada con los cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento, el encuestador deberá mencionarle al TPM sólo los sistemas corporales en que se producen los cambios, sin mencionar en ningún caso los cambios específicos por sistema.

Administración segura de un medicamento: condiciones que son indispensables que el funcionario del equipo de salud considere en la administración de un medicamento para que este ejerza su efecto y no represente daños para el usuario.

Elementos de protección: dispositivos físicos que el personal de salud utiliza para disminuir el riesgo de contaminarse con fluidos corporales de pacientes, tales como guantes, mascarilla, lentes y pecheras o delantales.

Tipos de aislamiento: corresponde a los distintos tipos de aislamiento que existen para evitar que pacientes y funcionarios del equipo de salud se infecten con microorganismos provenientes de usuarios que cursan enfermedad contagiosa, estos son de contacto, aéreo y gotitas.

Elementos de barrera: sinónimo de elementos de protección.

Entrevista a Técnico Paramédico.

Encuestador:

Hospital:

Entrevistado (iniciales):

Años de servicio:

	Si	No
5 años o más	()	()

I. A cerca del nivel de conocimientos sobre medidas de seguridad en el servicio y los adultos mayores. Responda lo siguiente:

1.- ¿Conoce ud. el Plan de Emergencia del Servicio de Medicina en caso de Incendio, Inundación, Corte de Luz u otros?

Si ()

No () Pase a la pregunta n° 6

2.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Qué planes de emergencia conoce usted?

	Si	No
Incendio	()	()
Terremoto	()	()
Corte de Luz	()	()
Inundación	()	()
Otra	()	() especifique.....

3.- Nombre sólo un plan de emergencia que usted conoce y descríballo esquemáticamente.

4.- ¿Ha participado en algún simulacro de emergencia durante el tiempo en que ha estado en este Servicio?

Si ()

No () pase a la pregunta n° 6

5.- ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último simulacro de emergencia?

Menos de 1 año ()

Hace 1 y 3 años ()

Hace más de 3 años ()

No conoce ()

No recuerda ()

6.- ¿Ha tenido alguna preparación relacionada con el cuidado de adultos mayores en los últimos 5 años?

No ()

Si () especifique

7.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Qué cambios se producen en el individuo a causa del envejecimiento?

Físicos:	Si	No
Músculos y Articulaciones	()	()
Sistema nervioso	()	()
Corazón y vasos sanguíneos	()	()
Vías respiratorias	()	()
Aparato Digestivo	()	()
Vías urinarias	()	()
Piel	()	()
Defensas del organismo	()	()
Visión	()	()
Audición	()	()
Gusto	()	()

Psicosocial y Afectivo:	Si	No
	()	()

8.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Cuáles son las lesiones más frecuentes y/o importantes que afectan al adulto mayor, atribuidas a fallas en la atención de enfermería en el servicio en que ud. trabaja?

	Si	No
Caídas	()	()
Infecciones	()	()
Ulceras por presión	()	()
Quemaduras por Bolsas de agua caliente	()	()
Enfriamientos	()	()
Intoxicaciones	()	()
Lesiones por contención	()	()
Flebitis	()	()
Aspiración	()	()

9.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Qué medidas realiza ud. para la administración segura de un medicamento?

	Si	No
Paciente correcto	()	()
Medicamento correcto	()	()
Dosis correcta	()	()
Hora correcta	()	()
Vía correcta	()	()

10.- Responda a cada una de las posibilidades. Nombre todos los elementos de protección que utiliza para evitar el contacto con sangre o fluidos corporales:

	Si	No
Guantes	()	()
Mascarilla	()	()
Lentes	()	()
Pechera o delantal	()	()

11.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Qué tipos de aislamiento conoce Ud.?

	Si	No
Contacto	()	()
Vía Aérea	()	()
Gotitas	()	()

Si responde No a las tres alternativas desconoce los tipos de aislamiento y pasa a la pregunta n° 13.

12.- Responda a cada una de las posibilidades. De acuerdo a los tipos de aislamiento que usted conoce ¿Qué elementos de barrera utiliza en cada una de ellos para evitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas?

Contacto:

	Si	No
Guantes	()	()
Delantal	()	()

Aérea:

Mascarilla	()	()
------------	-----	-----

Gotitas:

Delantal	()	()
Mascarilla	()	()

13.- Responda a cada una de las posibilidades, ¿Qué procedimiento sigue ud. frente a una caída de un AMH?

	Si	No
Informa a Enfermero(a)	()	()
Registra en Documentos	()	()
Atención inmediata	()	()

Instructivo Pauta de Valoración de AMH.

- Este instrumento consta de 9 preguntas respecto a los riesgos biológicos y derivados de la enfermedad de los AMH que pudieran afectar su seguridad.

- Está dirigida a los AMH en los Servicios de Medicina de los hospitales en estudio. A los usuarios que estén en condiciones de contestar se les aplicará sólo con su consentimiento, mientras que quienes no puedan contestar se incluirán en el estudio y se registrará que no se contó con su consentimiento. Algunos datos serán tomados de la revisión de las hojas de enfermería y/o ficha clínica.

1.- Orientación temporo-espacial, preguntar:

- ¿Cual es su nombre y apellido?
- ¿En que lugar se encuentra usted?
- ¿Es de día o noche?

Si no contesta o contesta mal una o más preguntas, se considerará AMH desorientado.

2.- Control postural: preguntar, observar y/o cotejar con ficha clínica, con el fin de hacer clasificación.

- Autovalente: AMH capaz de movilizarse por sí mismo

- Parcialmente dependiente: AMH que para algunas actividades motoras necesita ayuda.

- Dependiente: AMH que no es capaz de movilizarse por sí mismo.

3.- Alteraciones sensoriales: preguntar a AMH si tiene alteraciones visuales y/o auditivas. En caso que el paciente no pueda hablar, se procederá a revisar ficha.

4.- Hipotensión ortostática: en paciente con AVE se omite la pregunta.

5.-La información sobre: pluripatología, polifarmacia y tipo de reposo será obtenida a través de revisión de ficha clínica y tarjeta de tratamiento.

Pauta Valoración Adulto Mayor Hospitalizado: Servicio de Medicina.

Encuestador:

Hospital:

Fecha:

I. A cerca de los riesgos biológicos derivados del envejecimiento y la patología que afectan la seguridad del adulto mayor durante el periodo de hospitalización. Responda lo siguiente:

1) Edad:

Entre 65-75 años () Mayor de 75 años ()

2) Indique cada una de las posibilidades: Orientación Temporo- Espacial

Si No

¿Cuál es su nombre y apellido? () ()

¿En qué lugar usted se encuentra? () ()

¿Estamos de día o de noche? () ()

* Si no contesta o contesta mal se considera desorientado, de lo contrario se considerará orientado.

Marque la alternativa que corresponda:

Orientado () Desorientado ()

3) Indique el Control Postural:

	Si	No
Autovalente		
Parcialmente Dependiente		
Dependiente		

4) Indique si existen Alteraciones Sensoriales:

	Si	No
Visuales (ve borroso)		
Auditivas (no escucha bien)		

5) Indique si existe Hipotensión Ortostática:

	Si	No
Presenta mareo al levantarse		

6) Indique el tipo de Marcha:

	Si	No
Estable (camina con estabilidad)		
No puede caminar		
Camina con Ayuda		

7) Pluripatología (3 o más Enfermedades):

Si ()

No ()

8) Polifarmacia (5 o más medicamentos):

Si ()

No ()

9) Tipo de reposo en cama (puede marcar hasta dos):

Si No

Prolongado (más de 5 días) () ()

Absoluto () ()

Relativo () ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libremente, conversar con un alumno(a) de cuarto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, a fin de participarle mi experiencia personal, respecto al tema “Seguridad de los Adultos Mayores Hospitalizados en un Servicio de Medicina”.

La conversación durará aproximadamente unos 30 minutos y su contenido será registrado inmediatamente, y citado en forma anónima en el trabajo mencionado correspondiente a la Cátedra de Seminarios Tesis de la carrera de Enfermería.

Firma Entrevistado(a)

Firma Entrevistador(a)

CAMA

SALA

Diciembre, 2005.

ESTANDARES Y CRITERIOS DE MEDICION.

A continuación se dan a conocer las formas en que se clasificarán los resultados de algunas encuestas:

- **Entrevista a Enfermero(a) Asistencial.**

Pregunta número 11. En relación a los cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento:

Físicos:

Musculoesquelético: el conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (4 puntos =100%):

- 2 o más respuestas Si: Buen conocimiento (50 % o más)
- 1 o menos respuestas Si: Deficiente conocimiento (25% o menos)

Neurológico: el conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala: (5 puntos = 100%)

- 3 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (60 % o más)
- 1 o 2 respuestas Si: Regular conocimiento. (20 a 40 %)
- 0 respuestas si: Deficiente conocimiento. (0 %)

Cardiovascular: el conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (4 puntos = 100%):

- 2 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (50 % o más)
- 1 respuesta Si: Regular conocimiento. (25% o menos)
- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento (0 %)

Respiratorio: el conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala: (2 puntos = 100%)

- 2 respuestas Si: Buen conocimiento. (100%)
- 1 respuesta Si: Regular conocimiento. (50%)
- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento. (0%)

Gastrointestinal: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (4 puntos = 100%):

- 2 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (50% o más)
- 1 respuesta Si: Regular conocimiento. (25%)
- 0 respuestas Si: Deficientes conocimientos. (0%)

Urinario: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (3 puntos = 100%):

- 2 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (66% o más)
- 1 respuesta Si: Regular conocimiento. (33%)
- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento. (0%)

Piel y tegumentos: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala: (4 puntos = 100%)

- 2 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (50%)
- 1 respuesta Si: Regular conocimiento. (25%)
- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento (0%)

Inmunológico: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (1 punto = 100 %):

- 1 respuesta Si: Buen conocimiento. (100%)

- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento. (0%)

Visión: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (2 puntos = 100%):

- 1 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (50% o más)

- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento. (0%)

Audición: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (2 puntos = 100%):

- 1 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (50% o más)

- 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento (0%)

Gusto: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala: (1 punto = 100%):

- 1 respuestas Si: Buen conocimiento. (100%)

- 0 respuesta Si: Deficiente conocimiento. (0%)

Psicosocial / afectivo: El conocimiento en relación a este punto se clasifica según la siguiente escala (5 puntos = 100%):

- 3 o más respuestas Si: Buen conocimiento. (60% o más)

- 2 respuestas Si: Regular conocimiento (40%)

- 1 o 0 respuestas Si: Deficiente conocimiento. (20% o menos)

Pregunta número 12. Pretende analizar cuales son las lesiones o accidentes que afectan la seguridad en los AMH en el servicio en que trabajan los Enfermeros(as) entrevistados, atribuidas a fallas en la atención de enfermería. Cuales son las que más se dan, las menos, etc.

Pregunta número 13. El conocimiento en relación a la valoración geriátrica básica punto se clasifica según la siguiente escala (12 puntos = 100%):

- 7 o más respuestas Si: Buena valoración. (58% o más)
- 4 a 6 respuestas Si: Regular valoración. (33% a 50%)
- 3 o menos respuestas Si: Deficiente valoración. (25% o menos)

• **Entrevista a Técnico paramédico:**

Pregunta número 7. En relación a conocimientos sobre los cambios que se producen en el individuo a causa del envejecimiento, los resultados se clasifican de la siguiente forma.

Dentro de lo físico (11 puntos = 100%):

- 7 o más respuestas Si: se considerará con conocimientos Buenos. (63% o más)

- 3 a 6 respuestas Si: se considerará con conocimientos Regulares. (27% a 57%)

- 2 o menos respuestas Si: se considerará con conocimientos Deficientes. (18%o menos)

Dentro de lo emocional y social (1 punto =100%):

- 1 respuesta Si se considerará con conocimientos Buenos. (100%)

- 0 respuestas Si: se considerará con conocimientos Deficiente. (0%)

Pregunta número 9. En relación a las medidas que realizan los Técnicos paramédicos para la administración segura de un medicamento los resultados se clasificarán de la siguiente manera (5 puntos = 100%):

- Si responde las 5 opciones Si se considerará con conocimientos Buenos. (100%)

- Si responde 3 a 4 opciones Si se considerará con conocimientos Regulares.
(60 a 80%)

- Si responde 0 a 2 opciones Si se considerará con conocimientos Deficientes.
(40% o menos)

Pregunta número 10. En relación a los elementos de protección que utiliza para evitar el contacto con sangre o fluidos corporales los resultados se clasifican de la siguiente forma (4 puntos = 100%):

- Si responde 3 o 4 opciones Si se considerará con conocimientos Buenos (75 a 100%)
- Si responde 2 opciones Si se considerará con conocimientos Regulares (50%)
- Si responde menos de 2 opciones Si se considerará con conocimientos Deficientes
(menos de 50%)

Pregunta número 11. En relación a los tipos de aislamiento que conoce, los resultados se clasificarán:

- Si responde No a las tres alternativas desconoce los tipos de aislamiento y pasa a la pregunta n° 13.

Pregunta número 12. En relación a los elementos de barrera que utiliza en cada uno de los aislamientos para evitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas, se clasificarán los resultados:

Contacto (2 puntos = 100%)

- Si responde las 2 opciones Si se considerará con conocimientos Buenos (100%)
- Si responde 1 o menos opciones Si se considerará con conocimientos Deficientes.
(50% o menos)

Aérea (1 punto = 100%)

- Si responde la opción Si se considerará con conocimientos Buenos (100%)
- Si no responde la opción Si se considerará con conocimientos Deficientes (0 %)

Gotitas (2 puntos = 100%)

- Si responde las 2 opciones Si se considerará con conocimientos Buenos. (100%)
- Si responde 1 o 0 opciones Si se considerará con conocimientos Deficientes
(50% o menos)