



“CUIDADOS OTORGADOS PARA LA  
SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE  
OXIGENACIÓN, ELIMINACIÓN, HIGIENE Y  
PROTECCIÓN DE LA PIEL EN LOS ADULTOS  
MAYORES CON RESTRICCIÓN FÍSICA  
HOSPITALIZADOS”

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

**Autoras:**

Elizabeth Cornejo S.  
Jéssica González G.  
Johanna Inostroza A.  
Paulina Parraguez Q.  
Andrea Ramírez Y.  
Gisella Urbina A.

**Docente Guía:**

Profesora Johana Vidal O.

Valparaíso, 2008

---

## ÍNDICE GENERAL

---

### **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

1.1	RESUMEN.....	2
1.2	INTRODUCCIÓN.....	3
1.3	FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.4	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.5	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	7
1.6	DEFINICIÓN DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	8
1.7	MARCO CONTEXTUAL.....	9
1.8	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	10
1.8.1	Durante el diseño de la investigación.....	10
1.8.2	Durante la recolección de datos.....	10

### **CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL**

2.1	OBJETIVOS.....	12
2.1.1	Objetivo general.....	12
2.1.2	Objetivos específicos.....	12
2.2	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	14
2.3	MARCO TEÓRICO.....	16

### **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

3.1	TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.2	POBLACIÓN EN ESTUDIO-DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.....	44
3.3	DISEÑO MUESTRAL.....	44
3.4	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.5	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	45
3.6	ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	47
3.7	CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	47
3.8	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO.....	49

### **CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1	ANTECEDENTES DE LA MUESTRA.....	51
4.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPLICATIVO DE LOS RESULTADOS.....	53

### **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES**

5.1	CONCLUSIONES.....	86
5.2	RECOMENDACIONES.....	88

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	95
Instructivo “Valoración de adultos mayores con restricción física”.....	96
Instrumento de Valoración de adultos mayores con restricción física.....	102

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

**FIGURA N°1:** “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según sexo”.....51

**FIGURA N°2:** “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según edad”.....51

---

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

---

<b>TABLA Y GRÁFICO N°1:</b> “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según sexo y edad”.....	53
<b>TABLA Y GRÁFICO N°2:</b> “Número de días de hospitalización de adultos mayores con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	54
<b>TABLA Y GRÁFICO N°3:</b> “Presencia de polifarmacia en adultos mayores hospitalizados con restricción física el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	55
<b>TABLA Y GRÁFICO N°4:</b> “Utilización actual de restricción farmacológica en adultos mayores hospitalizados con restricción física en el servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	56
<b>TABLA Y GRÁFICO N°5:</b> “Utilización de barandas en adultos los adultos mayores hospitalizados con restricción física en el servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	57
<b>TABLA Y GRÁFICO N°6:</b> “Número de restricciones físicas utilizadas en cada adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	58
<b>TABLA Y GRÁFICO N°7:</b> “Tipo de restricciones físicas utilizadas en adultos mayores hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	59
<b>TABLA N°8:</b> “Existencia de registro de indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	60
<b>GRÁFICO N°8.1:</b> “Existencia de registro de indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	61
<b>GRÁFICO N°8.2:</b> “Miembro del equipo de salud que registra la indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	62

---

<b>TABLA Y GRÁFICO N°9:</b> “Indicación de cuidados específicos por los profesionales del equipo de salud a los adultos mayores con restricción física hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	63
<b>TABLA Y GRÁFICO N°10:</b> “Indicación de cuidados específicos para la restricción física por el Profesional Enfermero/a en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	65
<b>TABLA Y GRÁFICO N°11:</b> “Ejecución de cuidados específicos para la restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	66
<b>TABLA Y GRÁFICO N°12:</b> “Cuidados específicos para la restricción física en otra frecuencia de indicación en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	67
<b>TABLA Y GRÁFICO N°13:</b> “Cuidados específicos para la restricción física en otra frecuencia de ejecución en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	68
<b>TABLA Y GRÁFICO N°14:</b> “Estado de la piel de la muñeca derecha con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	70
<b>TABLA Y GRÁFICO N°15:</b> “Estado de la piel de la muñeca izquierda con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	71
<b>TABLA Y GRÁFICO N°16:</b> “Grado de UPP en zonas con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	72
<b>TABLA Y GRÁFICO N°17:</b> “Número de UPP en las zonas que no presentan restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	74
<b>TABLA Y GRÁFICO N°18:</b> “Zona con UPP que no presentan restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....	75

**TABLA Y GRÁFICO N°19:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según posición en cama”.....76

**TABLA Y GRÁFICO N°20:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria”.....78

**TABLA Y GRÁFICO N°21:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según saturación de oxígeno y ventilación”.....79

**TABLA Y GRÁFICO N°22:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según última deposición”.....80

**TABLA Y GRÁFICO N°23:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según métodos para asistir la eliminación intestinal y/o urinaria”.....81

**TABLA Y GRÁFICO N°24:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según estado higiénico de piel, cavidades, tegumentos y genitales”.....82

**TABLA Y GRÁFICO N°25:** “Nivel de cuidado otorgados a los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.....83



## *Agradecimientos*

*Todo proceso llega a su fin  
y esta tesis marca el final de un tiempo de esfuerzo,  
alegrías y enseñanzas...*

*“las grandes obras no son hechas con la fuerza,  
sino con la perseverancia”*

*Samuel Johnson (1709- 1798)*

*Queremos agradecer a nuestros padres  
por su apoyo incondicional, comprensión  
y aliento en los momentos difíciles;  
a nuestros familiares y amigos que  
de alguna u otra manera  
estuvieron acompañándonos  
en este proceso y contribuyendo a  
que el esfuerzo personal tuviera sentido;  
a nuestra docente guía por su sinceridad y compromiso,  
ya que fue nuestra ayuda esencial  
para desarrollar en nosotras  
el espíritu de investigación en el  
área de Enfermería.*

---

---

# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

---

## 1.1. RESUMEN

Según el censo realizado en nuestro país en el año 2002, existe actualmente una población de personas mayores de 60 años que corresponde al 11,4%. En la V región el porcentaje de adultos mayores es de 9,4%, correspondiendo a la región más envejecida. Debido a lo anterior, los Servicios de Salud deben atender cada vez una mayor cantidad de adultos mayores, los cuales poseen dificultad en la adaptación de nuevos ambientes. Esta característica sumada a la patología base puede provocar episodios de desorientación que derivan en la utilización frecuente de las restricciones físicas. Este estudio pretende describir los cuidados otorgados a los pacientes de 65 años y más con restricción física hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke entre los meses de Octubre y Diciembre del año 2007.

Para la etapa de recolección de información, se aplicó un instrumento confeccionado por las tesisistas, el cual se denomina “Valoración de adultos mayores con restricción física”, que considera una primera parte de revisión de documentos y una segunda parte donde se debe realizar un examen físico al paciente y completar las preguntas correspondientes.

Con los datos obtenidos, se concluyó principalmente que el cuidado otorgado a los adultos mayores del estudio es inadecuado, debido a que en la mayoría de los casos no presentan los cuidados específicos para la restricción física, lo que influye en la satisfacción de las necesidades de oxigenación, eliminación, higiene y protección de la piel.

Por último, es importante mencionar que los resultados obtenidos en la siguiente investigación describen sólo la realidad del servicio estudiado y no se pueden extrapolar a otras realidades, ya sea locales o nacionales.

## 1.2. INTRODUCCIÓN

En Chile desde los años noventa, se ha observado un progresivo envejecimiento de la población, siendo catalogado como un país en transición demográfica en etapa avanzada, derivando con el paso del tiempo en lo que actualmente se conoce como población envejecida, la cual presenta una alteración en la composición por edades, y registra un aumento sostenido del número de personas ubicadas en el tramo de 60 años y más. Las demostraciones más claras de este cambio estructural se registran a través de dos parámetros, el primero, según el censo realizado en nuestro país en el año 2002 el cual determinó que el promedio de habitantes mayores de 60 años corresponde al 11,4% de la población total y segundo, mediante el índice de vejez, el cual se define como un indicador social que determina el número de adultos mayores por cada 100 habitantes, y que en el año 2000, estableció la existencia de 25 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, por lo que se proyectó esta situación hacia el año 2010 y 2020 destacándose que en ese último año, se tenderá a la existencia de 70 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.

Debido a este aumento de adultos mayores, se vuelve importante dirigir la atención a este grupo etáreo, ya que desarrollan diversas enfermedades producto de una mayor vulnerabilidad, por lo que encontraremos a un número significativo de pacientes de este grupo en los distintos servicios hospitalarios.

Para los adultos mayores, la hospitalización genera muchas veces una serie de complicaciones, debido a la incapacidad que poseen al momento de enfrentar diferentes circunstancias y condiciones del entorno, por lo que durante su estadía en un centro hospitalario pueden sufrir episodios de confusión, siendo necesaria la utilización de algún método de restricción física. Esta medida es utilizada muchas veces con la idea de

proteger la integridad física de estos pacientes, sin embargo, sus efectos pueden ser perjudiciales si no existen los conocimientos y los cuidados necesarios para aplicarlas.

El principal propósito de la siguiente investigación, es describir los cuidados otorgados por el personal de salud para la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores que presentan restricción física durante su hospitalización.

### 1.3. FUNDAMENTACION DE LA INVESTIGACIÓN

Los criterios que nos motivaron a realizar la presente investigación, son los siguientes:

- El aumento de la expectativa de vida en los adultos mayores y la transición demográfica que vive nuestro país, la cual genera una mayor demanda y necesidad de atención en salud y servicios públicos sanitarios por éste grupo etáreo. Lo anterior se debe principalmente a la tendencia de presentar enfermedades físicas y mentales, que pueden transformarse en la mayoría de los casos, en enfermedades incapacitantes, significando un incremento en el gasto relacionado con el ámbito de la salud, debido a un mayor uso de sus recursos y servicios.
  
- Déficit en la entrega de los cuidados necesarios por parte del personal de salud a los adultos mayores que presentan algún tipo de restricción física, lo cual fue observado en el transcurso del desempeño práctico de nuestro curriculum. Lo anteriormente mencionado, puede derivar en sufrimientos innecesarios, lesiones, dolor, pérdida o violación de sus derechos y finalmente el deterioro de la calidad de vida en estos pacientes.
  
- Inexistencia de una normativa a nivel nacional que regule la utilización de las restricciones físicas específicamente en los adultos mayores hospitalizados, lo que dificulta la unificación de criterios y se traduce en un uso innecesario en muchos casos.
  
- Escasez de estudios referente a las restricciones físicas por parte de los profesionales de la salud en nuestro país, lo que impide ampliar los conocimientos del personal relacionados con la indicación, cuidados y consecuencias de la utilización de este método.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

“Cuidados otorgados para la satisfacción de las necesidades de oxigenación, eliminación, higiene y protección de la piel en los adultos mayores con restricción física hospitalizados en el Servicio de Medicina sector Hombres, Mujeres, Hematología y Nefrología del Hospital Dr. Gustavo Fricke en el periodo del 19 de octubre hasta el 28 de diciembre de 2007”.

## 1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

### **Restricción Física:**

Cualquier método, dispositivo físico, aparato mecánico o equipo, que mantenga contacto directo con el paciente y que no se pueda suprimir fácilmente, limitando o restringiendo la libertad de movimiento durante la noche y en el transcurso de la mañana, independiente del tiempo transcurrido desde el inicio de su utilización.

### **Adultos mayores con restricción física:**

Personas de 65 años o más hospitalizadas, en las cuales se utiliza cualquier método, dispositivo físico, aparato mecánico o equipo, que no se pueda suprimir fácilmente y que limite o restrinja la libertad de movimiento, independiente de su estado de salud.

### **Cuidados Otorgados:**

Son las intervenciones terapéuticas, reflexivas, deliberadas y basadas en un juicio profesional, que realiza el equipo de salud para brindar atención a los adultos mayores hospitalizados con restricción física.

### **Dispositivo de restricción física:**

Aparato mecánico o sistema, que no se pueda suprimir fácilmente y que limite o restrinja la libertad de movimiento.



## 1.6. DEFINICIÓN DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

Las siguientes siglas son las utilizadas en este estudio:

- CSV: Control de Signos Vitales
- CUP: Catéter Urinario Permanente
- ECG: Electrocardiograma
- EVA: Escala Visual Análoga
- FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad
- MINSAL: Ministerio de Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- UPP: Úlcera Por Presión

## 1.7. MARCO CONTEXTUAL

El presente estudio se realizó en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke, perteneciente al Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota de la V región, el cual atiende las derivaciones más complejas desde los niveles primario y secundario, ya que corresponde al hospital base del Servicio.

En el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke, el total de egresos hospitalarios en el año 2006 correspondió a 3049 pacientes y de éstos, un 50,47% pertenecían al grupo etáreo de adultos mayores con edad igual o mayor a 65 años.<sup>1</sup>

Este Servicio posee un promedio de estadía de pacientes que corresponde a 7,4 días y se encuentra dividido en 4 sectores: sector Hombres con 21 camas, sector Mujeres con 24 camas, UCIM con 10 camas, Hematología y Nefrología con 19 camas, lo que se traduce en un total de 74 camas.

El recurso humano del Servicio se compone de 1 Enfermera Supervisora, 11 Enfermeras Clínicas y 40 Auxiliares de Enfermería.

---

<sup>1</sup> Estadísticas del Hospital Dr. Gustavo Fricke, 2007.

## 1.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el desarrollo de la presente investigación se encontraron las siguientes limitaciones:

### 1.8.1. Durante el diseño de la investigación

- Nuestro estudio pretendía abarcar las 14 necesidades de V. Henderson, lo cual no fue posible debido a que para recolectar dicha información se requiere un mayor tiempo de investigación y una permanencia de 24 horas en el centro hospitalario.
- Debido a la factibilidad de la aplicación del instrumento por parte de las investigadoras se optó por seleccionar sólo un Servicio de Medicina.

### 1.8.2. Durante la recolección de datos:

- En el momento de aplicación de nuestro instrumento en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, surgieron dificultades debido a la incompatibilidad de horarios entre las actividades académicas y las posibilidades para realizar nuestro estudio.
- En el horario establecido para la aplicación de nuestro instrumento, encontramos escaso número de adultos mayores con restricción física, por lo que fue necesario prolongar la aplicación hasta el mes de diciembre y asistir con mayor frecuencia al centro hospitalario, aumentando la cantidad de días a la semana.
- Existencia de registros insuficientes referente a indicaciones médicas y de enfermería en relación a la planificación del cuidado y ejecución de las intervenciones.

---

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO CONCEPTUAL**

---

## **2.1. OBJETIVOS**

### **2.1.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir los cuidados otorgados para la satisfacción de las necesidades de oxigenación, eliminación, higiene y protección de la piel en los adultos mayores con restricción física hospitalizados en el Servicio de Medicina sector Hombres, Mujeres, Hematología y Nefrología del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

### **2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar características generales de los adultos mayores del estudio.
- Identificar los cuidados otorgados para la satisfacción de la necesidad de oxigenación.
- Identificar los cuidados otorgados para la satisfacción de la necesidad de eliminación urinaria e intestinal.
- Identificar los cuidados otorgados para la satisfacción de la necesidad de higiene y protección de la piel.
- Identificar el número y tipo de restricción física utilizados en los adultos mayores.
- Identificar el número de adultos mayores hospitalizados con restricción física que presentan polifarmacia.
- Identificar el número de adultos mayores hospitalizados con restricción farmacológica.

- Determinar la existencia de registros de la indicación de restricción física por parte del equipo de salud y del Profesional Enfermero/a.
  
- Determinar la existencia de indicación de cuidados específicos para la restricción física por parte del equipo de salud y del Profesional Enfermero/a.
  
- Determinar la ejecución de cuidados específicos para la restricción física, según los registros en la ficha clínica y la observación por parte de las investigadoras durante la aplicación del instrumento.
  
- Determinar la existencia de UPP en las áreas donde se aplica la restricción física y en otras zonas de la piel.

## 2.2. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
<p>Cuidados otorgados</p> <p><i>Son las intervenciones terapéuticas, reflexivas, deliberadas y basadas en un juicio profesional que realiza el equipo de salud para brindar atención a los adultos mayores hospitalizados con restricción física.</i></p>	Satisfacción de la necesidad de oxigenación y circulación	Ventilación	Ambiental	Saturación de oxígeno
			Oxigenoterapia	
		Frecuencia respiratoria	Polipnea	$\geq$ a 19
			Eupnea	14 a 18
			Bradipnea	$\leq$ a 13
		Frecuencia cardíaca	Taquicardia	$\geq$ a 91
			Normocardia	60 a 90
			Bradicardia	$\leq$ a 59
		Signos respiratorios	Disnea	
			Tos	
	Cianosis			
	Expectoración			
	Posición en cama	Fowler		
		Semifowler		
		Decúbito dorsal		
	Satisfacción de la necesidad de eliminación	Método para asistir la eliminación	No	Pañal
			Sí	
		Estuche peneal		
		CUP		
		Última deposición	Día actual	
De 1 a 3 días				
De 4 a 6 días				
$\geq$ a 7 días				
Masajes en zona abdominal				
Aumento en la ingesta de líquido				
Dieta rica en fibras				
Vaselina vía oral				
Enema				
Proctocclisis				

Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
Cuidados otorgados	Satisfacción de la necesidad de higiene y protección de la piel	Zona de restricción	Sano	EVA
			Sequedad	
			Equimosis	
			Edema	
			UPP	
			Dolor	
		Prominencias óseas	Occipucio	
			Escápula	
			Sacro	
			Trocánter	
			Maleolo	
			Talón	
		Estado higiénico	Piel	
			Tegumentos	
Cavidades				
Genital				
Dispositivo de restricción física  <i>Aparato mecánico o sistema, que no se pueda suprimir fácilmente y que limite o restrinja la libertad de movimiento.</i>	Material	Apósito	Manufacturada Artesanal	
		Plástico		
		Metálico		
		Tela		
	Tipos	Muñequera		
		Tobillera		
		Camisa		
		Cinturón		
		Tablilla		
	Indicación	No	Médico Enfermera Otro	
Si				



### 2.3. MARCO TEÓRICO

Según las cifras del Censo realizado el año 2002, el grupo de personas de 60 y más años alcanzó al 11,4 % del total del país, cerca de 1,7 millones de habitantes. Al año 2020, se estima que los adultos mayores serán cerca de 3 millones de personas.

Por otra parte, la expectativa promedio de vida de la población chilena se ha desplazado, en el quinquenio 1970-1975 ésta correspondía a 64 años para ambos sexos, en 1980-1985 ascendió a 71 años con diferencias a favor de las mujeres, mientras que en 2000-2005 es de poco más de 78 años, siendo 75 para los hombres y 81 para las mujeres<sup>2</sup>. Son muchos los factores que influyen en una expectativa de vida más alta y en un envejecimiento de la población, entre ellos encontramos el crecimiento económico del país, el desarrollo de la ciencia médica y tecnológica, la participación de la mujer en el mercado laboral, el mejoramiento del estado nutricional de la población y su mayor acceso a la atención de salud y a la educación, todo esto en el marco de un acelerado proceso de urbanización y de desarrollo de los medios de comunicación, los cuales han contribuido a mejorar la salud y prolongar la vida de las personas, generando las condiciones para un descenso de la mortalidad y fecundidad originando así, el fenómeno de envejecimiento de la población.

Según el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el proceso de envejecimiento no es homogéneo en todo el país, sino que tiene expresiones distintas según regiones. La región más envejecida es la Quinta, cuya proporción de población de 65 años y más, según indicadores de salud del año 2004, corresponde a un 9,4 %, y dentro de ésta región, la comuna de Viña del Mar tiene un 11% de adultos mayores respecto de su

---

<sup>2</sup> OPS, 2005.

población total, mientras que la comuna de Valparaíso posee un 9,7% de éste grupo etáreo<sup>3</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), un país envejecido es aquel que tiene un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 10 %, por lo cual, nuestro país se ubica a la altura de los países desarrollados en cuanto a demografía, sin embargo, midiendo calidad de vida en ámbitos como condiciones de salud y aspectos previsionales, alcanzamos un nivel de país subdesarrollado. El esquema previsional chileno se basa en un régimen financiero de capitalización individual puro para financiar las jubilaciones, en tanto que las pensiones de invalidez y sobrevivencia se financian con una combinación de ahorro personal y un seguro colectivo de vida e invalidez. La administración de los recursos previsionales, se entrega a sociedades privadas especializadas entre las cuales los trabajadores pueden escoger. El estado, por su parte, se reserva el papel de regulador-supervisor y también se mantiene como garante de última instancia del sistema.

En relación a las condiciones de salud, el impacto del crecimiento de la población adulta mayor produce un verdadero cambio de paradigma. Evoluciona desde un modelo que por muchos años ha dado prioridad a la población materno infantil, centrado en superar principalmente las enfermedades infecciosas, a un modelo que deberá privilegiar la atención de los adultos mayores. Lo anterior, implica una formación o calificación nueva y distinta de todos los profesionales de la salud, para ser capaces de atender enfermedades prevalentes que caracterizan a las personas de edades avanzadas y que dicen relación con enfermedades crónicas y degenerativas.

---

<sup>3</sup> MINSAL, DEIS Departamento de Estadísticas e Información, 2002.

En la dimensión del individuo, el envejecimiento, es un proceso fisiológico, normal e irreversible, que se traduce en una serie de cambios biopsicosociofuncionales que lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social, aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas que menoscaban su salud y calidad de vida. Lo anterior se ve reflejado en un estudio de discapacidad realizado en nuestro país, donde el 39 % de la población adulta mayor presenta problemas de discapacidad, mientras que un 30 y un 17 % presentan dependencia parcial y total respectivamente.<sup>4</sup>

Por otro lado, la calidad de vida también se ve afectada en cuanto al tema de vivienda, ya que de los 480.647 hogares unipersonales contabilizados en el censo de 2002, un total de 200.399 (41,69%) corresponden a personas de 60 años y más. De ellas, 26.000 pertenecen al 20% de menores ingresos y por tanto enfrentarían una situación de mayor riesgo<sup>5</sup>.

Otro aspecto en el que se expresa la vulnerabilidad en los adultos mayores, es en la previsión social, ya que el sistema predominante en el país al momento de la jubilación del trabajador, determina para la mayoría de los chilenos, una disminución significativa de sus ingresos, ofreciendo pensiones que son insuficientes para cubrir las necesidades económicas propias de esta etapa de vida. La vulnerabilidad económica que la jubilación determina, es más acentuada en el caso de las mujeres, ellas no sólo reciben en promedio menor remuneración que los hombres, sino que además, tienen una esperanza de vida de 6 ó más años, lo que significa que ellas vivirán al menos 11 años más en una situación económica precaria o de franca pobreza<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> FONADIS, Primer Estudio Nacional de Discapacidad en Chile, 2005.

<sup>5</sup> Fundación las Rosas, Tercera edad en Chile, 2004.

<sup>6</sup> P. Olivares-Tirado, E Salazar B. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020, Depto. de Estudios y desarrollo, 2007.

Con respecto a la situación de salud de los adultos mayores, se señala que dentro de las patologías agudas más frecuentes se encuentran las respiratorias, como resfrío común y bronquitis, además de las patologías infecciosas digestivas como la diarrea. Respecto a las enfermedades crónicas, destaca la hipertensión arterial, la cual presenta una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, a diferencia de la diabetes, que es mayor en hombres y ocupa el segundo lugar de prevalencia. Otras patologías menos frecuentes son los problemas osteoarticulares y diversas enfermedades cardíacas.<sup>7</sup>

Otra afección presente en los adultos mayores son los accidentes, cuyas causas más destacadas son las caídas y las quemaduras; ambas ocurridas en el hogar, con mayor prevalencia en las mujeres. Estos accidentes pueden ser causa de discapacidad en un 8% de la población con esta condición, aunque su mayor causante corresponde a las enfermedades crónicas. Se entiende por discapacidad al concepto genérico que incluye las deficiencias funcionales y estructurales del cuerpo, la limitación en la actividad, restricción en la participación y en la interacción con el ambiente. En cuanto a discapacidad según grupos etáreos, destacamos que hay 725.311 adultos mayores con discapacidad en Chile.<sup>8</sup>

Debido al claro aumento de la población mayor y su particular perfil de morbilidad y discapacidad, se hará necesario reorientar las estrategias del sistema de atención de salud, no sólo hacia tecnologías médicas más especializadas o un modelo de atención más integral y multidisciplinario, sino también, a mantener y recuperar la funcionalidad fisiológica, la autonomía y la integración social. Es necesario considerar aspectos relativos al envejecimiento por parte del equipo de salud, para así otorgar un cuidado integral considerando las condiciones adecuadas para este grupo de personas.

---

<sup>7</sup> A. Salgado, y F. Guillén, Manual de geriatría, 2002.

<sup>8</sup> FONADIS, “Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile”, 2005.

El cuidado integral de las personas, históricamente ha sido responsabilidad del Profesional Enfermero/a, aunque la forma de otorgarlos ha evolucionado a través del tiempo, experimentando cambios como respuesta a las necesidades y a la influencia de la sociedad. En respuesta a lo anterior, la Profesión de Enfermería en la actualidad se encuentra enfocada al perfil del adulto mayor, debido al claro aumento de esta población.

Una mirada a los comienzos de la enfermería revela su continua lucha por su autonomía y profesionalización. Ésta última, comienza con Florence Nightingale, con quien se establece el nacimiento de la enfermería moderna, emplazando una ciencia enfermera que se basa en sus propios conocimientos teóricos, los cuales mejoran la práctica, guían la investigación y el plan de estudios, identificando así los objetivos de la práctica enfermera.

El crecimiento y desarrollo real de la educación de enfermería a nivel de licenciatura se produjo a partir de 1950, incrementándose drásticamente después de 1967, gracias a la evolución de la enfermería como disciplina científica<sup>9</sup>. Fue precisamente en este periodo donde se produce un estallido de teoristas en enfermería, que enuncian diferentes tipos de postulados y con ellos su punto de vista de lo que constituye esta disciplina.

Los distintos trabajos teóricos de enfermería contemplan al paciente desde una perspectiva determinada, pudiéndose distinguir en:

- Teorías y teorías de nivel intermedio, las cuales proporcionan directrices para la práctica de enfermería.
- Modelos conceptuales de las grandes teorías, son marcos amplios de referencia para los enfoques de los fenómenos de la disciplina, dentro de éstos se encuentra

---

<sup>9</sup> Marriner y Raile, Modelos y teorías en enfermería, 2003.

Dorothea Orem, que definió la teoría del déficit de autocuidado, exponiendo un modelo conceptual que incluye tres teorías.

- Filosofías, describen las definiciones del metaparadigma, mostrando una visión específica de enfermería y/o proporcionando teorías formalizadas, como el enfoque filosófico de Florence Nightingale, que se centra en la relación entre el paciente y su entorno, cuyas ideas sirvieron de base para la enfermería profesional.

Igualmente, dentro de las filosofías enfermeras se encuentra la planteada por Virginia Henderson, quien postuló que la persona o paciente es todo un complejo, siendo un individuo que precisa ayuda para recuperar su salud y su independencia, por lo que el objetivo de la profesión de enfermería es conservar y restablecer esta última, de manera que pueda satisfacer por si mismos sus necesidades fundamentales. De acuerdo a esto, identificó tres niveles en la relación enfermera y paciente, donde la profesional será la sustituta, ayudante o compañera de éste.

El metaparadigma que plantea Henderson en su filosofía incluye cuatro elementos esenciales:

- Persona, la cual define como un individuo el cual necesita asistencia para recuperar su salud e independencia, enfatizando que el cuerpo y el alma son inseparables.
- Salud, lo reconoce como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.
- Enfermería, la define como la función de ayudar a un individuo, sano o enfermo a realizar actividades que contribuyen a su salud o recuperación.
- Entorno, el cual implica un conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Según Henderson, toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y cada una tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural.

Las 14 necesidades básicas comunes a toda persona, sana o enferma, y sobre las que basó los cuidados de enfermería son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> M. Luis y col., De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2005.

Todas las filosofías y teorías planteadas anteriormente, han forjado el desarrollo de la profesión de enfermería como una disciplina, que presenta deberes y derechos, los cuales han estado sujetos a cambios a medida que la profesión ha logrado una identidad y autonomía profesional, asumiendo así, diversos roles que suelen ser simultáneos y dependientes de las necesidades de cada persona y su entorno. Por otra parte, la enfermera debe actuar como defensora de la profesión, agente de cambio y participar en el desarrollo de políticas sanitarias.

El ejercicio profesional *“exige una profunda y permanente conciencia de propósitos y dirección, en lugar de un conjunto determinado de objetivos y normas”*<sup>11</sup>. El concepto de profesión implica responsabilidad legal y moral en cuanto a los actos del individuo. En relación a las características recién mencionadas, la ley de autoridad sanitaria le otorga a esta profesión la responsabilidad de la gestión del cuidado, como un bien jurídico. El reconocimiento legal de la profesión de enfermería, resulta ser la materialización de un esfuerzo desplegado por el Colegio de Enfermeras de Chile, para situar la disciplina en el lugar que le corresponde, es decir, como vehículo que contribuye a la salud de la población de nuestro país. Según lo anterior, se dice que *“Los servicios profesionales de la enfermera, comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”*<sup>12</sup>.

De esta manera, la enfermera obtiene el reconocimiento a su autonomía como profesión y define su quehacer, lo que permite gestionar de manera autónoma los cuidados de

---

<sup>11</sup> Julio Jofré Moreno, Abogado del Colegio de Enfermeras, 1999.

<sup>12</sup> Código Sanitario, Artículo N°113, 1997.



enfermería, para dar continuidad y articulación en la red de salud y entregar a las personas mejor calidad de atención.

La descripción legal del contenido de la enfermería, permite establecer las fronteras del quehacer profesional, para así conocer el ámbito de lo que el empleador público o privado debe exigir a las enfermeras y aquello que siendo propio de la disciplina, no puede ser invadido por otros profesionales de la Salud.

El quehacer de enfermería basado en el cuidado, debe ejercerse durante todo el ciclo vital por lo que la enfermera tiene la obligación de adaptarse a los cambios socioculturales y demográficos. En relación a esto, es importante tener en consideración que la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor se vuelven más complejas, debido a las características propias del envejecimiento, que a su vez pueden generar distintas enfermedades crónicas como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Cardiopatía coronaria y enfermedades neurodegenerativas tales como el Alzheimer y el Síndrome Confusional Agudo.

El Síndrome confusional agudo o delirium en el adulto mayor es un problema frecuente, que puede ser desencadenado por una causa relativamente simple y fácilmente tratable o ser precursor de una enfermedad subyacente provocado por un diagnóstico tardío, lo que puede contribuir a una elevada morbimortalidad. En el ámbito hospitalario, es frecuente observar esta condición, pudiéndose transformar incluso en un índice de mala evolución para este tipo de personas. Según Lipowski: *“El delirio, se caracteriza por un proceso de deterioro cognitivo global (pensamiento, memoria y percepción), alteraciones de la atención y disminución de la conciencia del yo y del entorno”*.<sup>13</sup> Además, existe una alteración en la organización, dinámica o evolución de los pensamientos, en la formación

---

<sup>13</sup> R. Jacoby y C. Oppenheimer, *Psiquiatría en el Anciano*, 2005.

de los conceptos y contenido de ellos, pérdida de la habilidad para obtener, procesar y retener información, siendo el paciente incapaz de valorar adecuadamente la situación y disminuyendo su capacidad para actuar de forma continua y coherente hacia la obtención de un fin. Este cuadro se encuentra asociado a trastornos emocionales y del humor, aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo y alteración del ciclo normal sueño/vigilia, que suele estar invertido.

Al momento del ingreso al hospital, la prevalencia de esta condición varía de un 10 a un 40% y durante la hospitalización puede aumentar afectando de un 25 a 50% más, obteniéndose cifras aún más elevadas en las unidades de cuidados intensivos, llegando de un 70 a un 87% de personas con síndrome confusional agudo.<sup>14</sup>

Aún se desconoce la fisiopatología del Síndrome confusional agudo, pero se postula que podría ser provocada por múltiples factores inespecíficos, por cambios cerebrales o una disminución de las reservas fisiológicas relacionadas con la edad, que influyen en la disminución del flujo sanguíneo, pérdida neuronal y reducción de los neurotransmisores.

Las causas en los adultos mayores son numerosas y con frecuencia está implicado más de un factor. Dentro de éstos, se pueden encontrar algunos de tipo orgánico, los cuales se clasifican en cuatro grupos<sup>15</sup>:

- 1.-Enfermedad cerebral primaria.
- 2.-Enfermedades sistémicas que afectan al cerebro.
- 3.-Intoxicación con sustancias exógenas.
- 4.-Abstinencia de sustancias en personas adictas, correspondiendo a la más común entre los adultos mayores, debido al consumo de fármacos.

---

<sup>14</sup>S. Landerferd, R. Palmer, y col., Diagnóstico y Tratamiento en Geriatria, 2005.

<sup>15</sup>R. Jacoby y C. Oppenheimer, Psiquiatria en el Anciano, 2005.

Entre los factores de riesgo que se describen para el síndrome confusional se encuentran los siguientes: enfermedad médica subyacente, deterioro cognitivo, sexo masculino, edad (mayor a 80 años), inmovilidad, privación del sueño, déficit visual y auditivo, deshidratación, consumo excesivo de alcohol, dependencia física previa e insuficiencia renal crónica.

Así mismo, entre los factores precipitantes se encuentran los ambientales, psicológicos, farmacológicos (opiáceos o neurolépticos), trastornos metabólicos, desnutrición, hemorragias, úlceras por presión, heridas involuntarias, utilización de restricción física, infecciones, episodios de desequilibrio electrolítico y utilización de sonda vesical permanente.

El Síndrome confusional agudo se instaura de forma brusca, en pocas horas, es de duración breve, pocos días, y es frecuente que los primeros síntomas se presenten por las noches. El diagnóstico es completamente clínico, ya que incluye una completa anamnesis y examen físico. En general, tiene buen pronóstico si se trata de forma adecuada y se evitan las complicaciones relacionadas con el deterioro cognitivo y la dependencia física. El tratamiento se basa según la etiología presentada, el estudio de los posibles factores causales y en la identificación y neutralización de los factores desencadenantes.

Los pacientes con síndrome confusional agudo poseen un elevado riesgo de presentar complicaciones iatrogénicas y problemas potenciales relacionados con heridas, caídas, UPP, estreñimiento, incontinencia urinaria, instalación de catéter urinario, deshidratación, desnutrición, aspiración derivado de alteraciones en la deglución, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. Cabe destacar que las complicaciones pueden prolongar el síndrome confusional, alargar la estancia hospitalaria e incrementar la posibilidad de institucionalización, morbilidad y mortalidad.

Una de las medidas más usadas frente al síndrome confusional agudo es el uso de restricciones. La definición de restricción es el acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger y cuidar.<sup>16</sup>

Se han clasificado a lo menos 4 formas de lograr una adecuada restricción:

a) Restricción Emocional: Su objetivo es tranquilizar y estimular la confianza en la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional.

b) Restricción Ambiental: Su objetivo es lograr espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos ambientales, auditivos y desplazamientos.

c) Restricción Farmacológica: Procedimiento invasivo que contempla la administración de una sustancia en el cuerpo de la persona, con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base.

d) Restricción Física: Cualquier método, dispositivo físico, aparato mecánico o equipo, que mantenga contacto directo con el paciente y que no se pueda suprimir fácilmente, limitando o restringiendo la libertad de movimiento. Su principal objetivo es evitar auto y heteroagresiones.

Las restricciones podrían considerarse un problema en el ámbito terapéutico, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque éstos no sean una consecuencia directa de las restricciones.

La restricción física es una práctica muy usada por el personal de salud, pero existe escaso conocimiento sobre su metodología, indicaciones y contraindicaciones, sin

---

<sup>16</sup> Norma técnica, “Medidas de Contención para personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora”, 2003.

embargo, existen principios generales al momento de aplicar la restricción, entre los cuales se encuentran:

- Preparación del personal: Estableciendo un plan de cuidados preacordado y con una actitud adecuada hacia el paciente, enérgica, pero respetuosa.
- Preparación del ambiente: Retirando los objetos que resulten peligrosos para el paciente o terceros.
- Evitar la presencia de personas ajenas al personal, como por ejemplo familiares de los pacientes al momento de aplicar la restricción.
- Idealmente la intervención se realizará con un número suficiente de personal (4-5 personas), el cual debe vigilar, distraer e informar al paciente, sobre su pérdida de control y la ayuda a recibir.

La utilización de la restricción física debe poseer criterios previamente consensuados por el equipo multidisciplinario. En nuestro país, no existe una norma establecida por el Ministerio de Salud con respecto a la restricción física en los pacientes hospitalizados en los servicios generales, y sólo se encuentra regulado en instituciones psiquiátricas por medio de la norma técnica, “Medidas de contención para personas con enfermedad mental y episodios de agitación psicomotora, Julio 2003”

Algunos servicios poseen protocolos internos acerca de la restricción física, tales como el Servicio de Medicina del Hospital Doctor Gustavo Fricke, el cual cuenta con un “Protocolo de Sujeción Terapéutica”, donde se especifica que la restricción debe ser autorizada por el médico tratante y/o en caso de emergencia por médico de turno, dejando la indicación respectiva en la ficha clínica, en caso de urgencia y necesidad inminente de restricción, la indicación la realizará la enfermera con aviso posterior a médico de turno, para registro en hoja de indicaciones de la medida establecida. Debe quedar registrada la razón de la restricción, duración y la respuesta del paciente mientras

está restringido. La utilización de la restricción física debe poseer criterios previamente consensuados por el equipo multidisciplinario.

Las causas de restricción física son: prevención del estado de confusión o agitación, controlar las situaciones de riesgo en los trastornos del comportamiento con peligro para sí mismos o terceros, evitar deambulación innecesaria, mantener vías invasivas para tratamientos terapéuticos, mantener el alineamiento corporal del adulto mayor, impedir los movimientos repetitivos, vencer las resistencias al tratamiento o a la alimentación, controlar los riesgos ante alteraciones del sueño, evitar las caídas y en ocasiones, por deseos de los familiares, anteponiendo la seguridad a la libertad.

La utilización debe ser exclusivamente ante situaciones críticas de riesgo grave e inminente para sí mismos o terceros, basados en la valoración de las necesidades del individuo, ante el fracaso de otras medidas alternativas, como un procedimiento de último recurso, por el menor tiempo posible, con valoración periódica que justifique su mantenimiento y acompañada de medidas farmacológicas. En definitiva, un uso racional, es aquel que garantiza la protección de los derechos y la dignidad del adulto mayor.

Es importante considerar que la restricción física debe utilizarse durante el menor tiempo posible y excepcionalmente, de forma temporal, indicando su duración y con las técnicas menos restrictivas posibles, con la mínima utilización de elementos mecánicos, inmovilizando sólo las partes del cuerpo que parezcan como amenazantes, asegurando que los dispositivos de restricción puedan ser retirados fácilmente por el equipo de salud. La restricción física debe ser aplicada de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia e informando al afectado en cuanto éste se encuentre lúcido. En todo momento, se debe evitar el daño de cualquier tipo, aplicando la fuerza suficiente en la restricción, pero evitando agresiones verbales y físicas.

Algunas de las complicaciones relacionadas a la aplicación de las restricciones son: lesiones nerviosas, UPP, lesiones traumáticas, abrasiones, autolesiones, neumonía, deshidratación, incontinencia urinaria e intestinal, aumento de la confusión, estrangulación o asfixia, aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales, hipertermia, pérdida de capacidad funcional en el sistema osteoarticular, desmineralización ósea, edema de las extremidades inferiores, hipotensión ortostática, cambios en el ECG, deterioro de la estabilidad, equilibrio y marcha, estrés físico y psíquico, aislamiento social, pérdida de autonomía y autoestima, agresividad y muerte.

Los cuidados necesarios para los pacientes con restricción física son:

- Ayudar al paciente a las actividades de la vida diaria.
- Garantizar la mayor comodidad posible del paciente restringido.
- Valorar los signos vitales cada 2 horas.
- Mantener posición semifowler, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- Ofrecer ayuda en la deambulación , si es el caso.
- Emplear con una duración máxima de 3 días, debiendo ser revisada cada 30-60 minutos.
- Liberar cada extremidad restringida al menos una vez cada hora, valorando las necesidades básicas del paciente.
- Valorar que la restricción esté bien asegurada, firme y con almohadilla en la zona de restricción.
- Cambiar posición del paciente, valorando color y sensibilidad de la piel en la zona de la restricción cada 2 horas.
- Si se utilizan las barandas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.

- Cuando el paciente se encuentre bajo control, se irán eliminando las restricciones a intervalos de 5 minutos, hasta que queden sólo 2, éstas últimas se eliminarán al mismo tiempo.
- Realizar ejercicios de amplitud de movimiento al retirar las restricciones.

Los cuidados de enfermería deben estar dirigidos a conservar la dignidad y autoestima del paciente, preservando su intimidad, manteniendo contacto verbal a intervalos regulares e implicando al paciente en un plan de cuidado para poder finalizar la restricción en el menor tiempo posible.

Según Virginia Henderson, los cuidados de enfermería se basan en la satisfacción de las necesidades, de las cuales no existe una definición específica, sin embargo, pareciera que Henderson las constituye a partir de principios fisiológicos y psicológicos. A si mismo, postula que la función de la enfermera, consiste en asumir la responsabilidad de identificar problemas, comprobar la validez de su acción continuamente, mejorar los métodos que utiliza y confirmar la eficacia del cuidado enfermero, ya que es quien evalúa las necesidades humanas básicas, representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero/a, las cuales se describen a continuación, profundizando en aquellas que fueron consideradas en este estudio y que se ven fuertemente afectadas en los adultos mayores restringidos:

### **1.- Necesidad de respirar normalmente**

La respiración es la función mediante la cual tiene lugar el intercambio gaseoso entre oxígeno y dióxido de carbono en las células. Dentro de los indicadores de esta función se encuentran la saturación de oxígeno, cuyo valor normal es igual o mayor a 94 % y la



frecuencia respiratoria, que en el adulto oscila entre 14 a 18 respiraciones por minuto, lo que es conocido como eupnea.

Dentro de los factores que afectan la función respiratoria, se encuentran: la disponibilidad del oxígeno a nivel ambiental, las lesiones craneanas que afectan al bulbo, el edema cerebral, los anestésicos y los fármacos depresores del sistema nervioso central. La capacidad funcional del aparato respiratorio disminuye poco a poco a medida que se avanza en la edad, sin embargo, esta situación difiere en aquellos que presentan una capacidad aeróbica mayor que la de sus pares.

En la vejez, esta necesidad se encuentra alterada debido a la reducción del volumen torácico y por consiguiente, de su eficiencia, ocasionando un aumento de la sensación de dificultad respiratoria. Además, los adultos mayores son más sensibles a infecciones por la acumulación de las secreciones mucosas y la disminución de la capacidad funcional de reserva. Los cambios óseos del tórax y vértebras, reducen la capacidad que tienen los pulmones de dilatarse, por lo tanto, frente a una mayor demanda de oxígeno éstos no pueden responder de forma apropiada, debido en parte, a una menor función cardíaca. Durante el envejecimiento, se conserva una mayor parte de aire residual en las vías respiratorias, de modo que aunque aumente el ritmo se disminuye la relación ventilación/difusión, produciendo un menor intercambio gaseoso. La reducción de la fuerza para respirar o toser se relaciona con una gradual disminución en la función y estructura muscular respiratoria, además, se produce un descenso en la capacidad vital primaria, en el intercambio gaseoso y en la capacidad de reserva, sobretodo frente a una situación de estrés, lo que hace necesario un aumento de la función respiratoria.

Las manifestaciones más frecuentes en cuanto a las alteraciones del sistema respiratorio son: disnea, tos, expectoración, cianosis, vértigo, fatiga y debilidad muscular. Por

consiguiente, éstos son los aspectos que se deben valorar en un paciente con posible alteración respiratoria.

Esta necesidad se altera en los adultos mayores restringidos debido a la inactividad, manifestándose en una disminución de la profundidad respiratoria, acumulación de secreciones y menor perfusión en los tejidos.

## **2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.**

Las necesidades nutricionales de los adultos mayores son similares a las de otros adultos, aunque requieren menos calorías por la disminución de actividad. Los problemas nutricionales suelen deberse a una ingestión inadecuada, manifestándose en carencias de proteínas, vitaminas y minerales en su dieta.

En el caso de los adultos mayores hospitalizados con restricción física, la cantidad de alimento y el volumen de líquido que ingieren pueden estar condicionados, debido a que no realizan esta actividad de forma autónoma y es posible, que el personal de salud no los asista adecuadamente.

## **3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales**

### **Intestinal**

Durante el proceso de la digestión, los alimentos y líquidos se mezclan y procesan, se seleccionan y absorben los nutrientes para ser utilizados por los tejidos del cuerpo, eliminando los productos de desecho. Las heces normales son de consistencia suave, sólida, de forma cilíndrica y la cantidad de material fecal excretado depende en gran parte de los alimentos ingeridos, la cual puede variar de 100 a 200 g/día en personas cuya

dieta contiene gran proporción de alimentos refinados y hasta 300 ó 400 g/día en quienes es rica en fibra.

Dentro de los factores que desencadenan problemas en la necesidad de eliminación intestinal se encuentran: el tipo de alimento y volumen de líquido ingerido, los horarios de trabajo, las emociones tales como el estrés, la ansiedad y el enojo, las anomalías congénitas, el estilo de vida sedentario y la inactividad prolongada, lesiones y procesos patológicos que pueden aumentar o disminuir la motilidad del tubo gastrointestinal. En los adultos mayores, se suma otro factor desencadenante que es la pérdida del tono muscular, que sumado al incremento del sedentarismo pueden originar estreñimiento.

Entre los problemas más comunes de eliminación intestinal se encuentran:

- El estreñimiento, que corresponde a la eliminación de heces con muy poca frecuencia y/o mucha dificultad, el cual se puede producir por emociones, algunos fármacos que disminuyen la motilidad intestinal y el uso excesivo de laxantes que produce una estimulación exagerada del intestino con una posterior fatiga del mismo. Entre sus signos y síntomas se encuentran: la disminución en frecuencia de evacuación, heces duras, dolor tipo cólico, tenesmo, dificultad al defecar, distensión abdominal, junto con eructos y flatulencias. Este problema se presenta frecuentemente en los pacientes hospitalizados restringidos por la inactividad física, la escasa o nula ingesta de líquido, sumado a la disminución del tono muscular por su etapa de vida, ya que generalmente son adultos mayores.
- La diarrea es la eliminación de heces líquidas, por el paso muy rápido de los productos de desecho por el tubo gastrointestinal, las manifestaciones pueden ser: enrojecimiento y prurito localizado alrededor del ano.
- La incontinencia intestinal a menudo ocurre combinada con la urinaria, es un problema muy frecuente en adultos mayores institucionalizados. Este problema genera gran

angustia en el individuo, situándolo en un estado de dependencia y vulneración de su autoestima.

### **Urinaria**

El aparato urinario tiene un papel fundamental en la excreción de la mayor parte de los desechos nitrogenados del metabolismo celular y en la conservación del equilibrio hidroelectrolítico.

La vejiga es un órgano muscular hueco, cuyo funcionamiento eficaz depende de la conservación del tono muscular, de la pared vesical y la integridad del sistema nervioso que la inerva. En un adulto promedio, puede contener de 300 a 500 ml de orina, pero cuando ha acumulado un volumen suficiente, se envían impulsos sensoriales y el individuo siente el deseo de orinar si no existen factores inhibidores, sin embargo, es posible que retenga hasta 3000 o 4000 ml de orina.

Entre los factores que alteran su funcionamiento, se encuentran la disponibilidad de servicios higiénicos, hora de las comidas, dieta, factores emocionales como la ansiedad, el temor intenso y el dolor, infecciones, problemas congénitos, alteraciones hormonales, traumatismos generalizados, hemorragias, quemaduras y factores neurológicos.

En el adulto mayor, el control de esfínter se pierde progresivamente, lo que agregado a la pérdida generalizada del tono muscular y la disminución de la eficacia de los riñones, aumentan la frecuencia de eliminación urinaria, provocando una sensación de urgencia más intensa y constituyéndose así, en una amenaza para su bienestar social y emocional, incrementando su grado de dependencia y disminuyendo su autoestima.

Dentro de las alteraciones urinarias más frecuentes, se encuentran:

- La incontinencia urinaria, en la cual hay una incapacidad total para controlar el flujo de orina y como resultado, se presenta un goteo constante.
- La distensión vesical, al no poder eliminar la orina produce molestias e incomodidad, en algunos pacientes esta retención se presenta con rebosamiento, en donde se orina frecuentemente cantidades pequeñas, manteniendo la distensión vesical. Los pacientes con restricción física podrían presentar retención urinaria, por la imposibilidad de ir al baño y/o la falta de asistencia para satisfacer esta necesidad.

#### **4.- Necesidad de mover y mantener posturas adecuadas**

El aparato locomotor está compuesto por huesos, articulaciones y músculos, y sus funciones se centran en proporcionar el sostén y permitir la movilidad del organismo.

La deambulación, constituye una de las manifestaciones elementales del ser humano y es importante para conservar una buena calidad de vida. La marcha puede verse dificultada en el adulto mayor por diversas razones: enfermedades físicas o psíquicas, el propio proceso de envejecimiento o razones de tipo social.

Una parte importante de la población adulta mayor, sufre afecciones crónicas como problemas articulares, debilidad muscular, problemas circulatorios y falta de coordinación motora, lo que en muchos casos puede generar inmovilidad, la cual provoca una disminución de la fuerza y tono muscular, aumento del riesgo de infecciones y embolias, problemas respiratorios, problemas urinarios, estreñimiento, UPP, aumento de la osteoporosis, entre otros.

Debido a lo anterior, los ejercicios para promover la flexibilidad articular y mejorar la circulación son particularmente importantes en personas de edad avanzada.

### **5.- Necesidad de dormir y descansar**

El sueño es el periodo de disminución de la actividad mental y física que forma parte del patrón diario de todas las personas, ya que durante este período se produce la recuperación y renovación de las células corporales.

La mayoría de las personas sigue una rutina al momento de dormir, lo que forma parte de sus hábitos. La alteración de estas costumbres afecta los patrones habituales del sueño, como también influye el dormir en un ambiente extraño, estimulación excesiva, ruidos e incomodidades. Estos aspectos afectan generalmente a las personas hospitalizadas, a lo que se suma el temor al dolor, la muerte y a la incapacidad de atención del equipo de salud.

En el adulto mayor existe una imposibilidad para conciliar el sueño asociado a variantes como el envejecimiento, estilo de vida, efectos adversos de los medicamentos orales, el alcohol, la nicotina, cafeína, sedentarismo, entre otros. El envejecimiento como principal factor involucrado, afecta de manera gradual la necesidad de dormir y descansar, ya que genera despertar nocturno y en consecuencia, una somnolencia diurna excesiva.

### **6.- Necesidad de escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse**

La valoración de esta necesidad está íntimamente unida a los aspectos situacionales como el entorno climático, actividad y otros aspectos del área social como costumbres, tradiciones, entre otras.

La vestimenta del adulto mayor, debe considerar una serie de características distintas a las de personas de otras edades, por los cambios propios del envejecimiento. Se debe tener en cuenta que la movilidad del adulto mayor disminuye, lo que dificulta la autonomía de éste en el vestir. Por otra parte, debe optar por tejidos naturales que permitan una buena sudoración, evitando lesiones en la piel y un calzado que brinde seguridad, debido al riesgo de caídas asociado a la disminución de sus capacidades sensoriales.

#### **7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente**

Los mecanismos de regulación de la temperatura corporal conservan un equilibrio preciso entre su producción y su pérdida, de esta forma se conserva la temperatura interna dentro de un margen muy estrecho. Con la edad, el índice metabólico basal disminuye gradualmente, de modo que las personas mayores de ambos sexos suelen tener una temperatura más baja que los adultos jóvenes.

La disminución de la eficacia de la mayor parte de los sistemas corporales concomitantes al envejecimiento, provoca que los adultos mayores sean más vulnerables a los efectos de los cambios ambientales de temperatura.

#### **8.- Necesidad de mantener higiene corporal y la integridad de la piel**

La piel es la primera barrera de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes, a su vez es importante para la regulación de la temperatura del organismo y para la excreción de desechos.

A medida que el individuo envejece se producen dos tipos de cambios en la piel, primero se arruga e hiperpigmenta por exposición a la luz solar y en segundo lugar, sufre un adelgazamiento general, mayor resequedad y pérdida de elasticidad. Este envejecimiento se lleva a cabo en la epidermis, la dermis y la grasa subcutánea, además en el adulto mayor, la disminución de las secreciones oleosas aumenta su resequedad y descamación. En otras áreas del cuerpo también se presentan cambios producto del envejecimiento, el pelo con frecuencia se adelgaza y pierde su textura, el recubrimiento mucoso de la boca se torna más frágil y delgado, las uñas se engruesan y en personas encamadas por mucho tiempo o que permanecen varias horas sentadas, la presión prolongada en una parte del cuerpo produce una disminución o pérdida de la circulación de esa área, generando daños en el tejido tisular, lo que finalmente conlleva la formación de UPP.

La restricción física afecta directamente a la piel que se encuentra en contacto con ésta, pudiendo provocar graves lesiones. Lo anterior, ocurre por una deficiencia en la aplicación de la restricción y en los cuidados de ésta. Al mismo tiempo, perjudica indirectamente a otras zonas de la piel, ya que la restricción causa inactividad mantenida que puede llevar a la formación de UPP.

#### **9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

Los receptores sensoriales proporcionan al hombre la información sobre el ambiente externo, otorgando así, distintas capacidades que le permiten advertir los peligros del entorno.

A medida que la persona envejece, se reducen sus facultades sensoriales, provocando la disminución de la capacidad para distinguir los factores perjudiciales o potencialmente



peligrosos del ambiente. Debido a lo anterior, los adultos mayores se ven más expuestos a estos peligros.

#### **10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones**

La comunicación es el proceso a través del cual dos o más personas pueden intercambiar ideas o símbolos mediante una interacción constante entre emisor y receptor.

En el adulto mayor, muchas veces la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas, sin embargo, el proceso de comunicación se hace indispensable, sobretodo en lo que tiene relación con la transmisión de conocimientos y experiencias. Este grupo etáreo necesita como todos los demás, comunicarse, relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones, pertenecer a un grupo y poseer una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad.

#### **11.- Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias**

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, éstas pueden moldear, influir y determinar nuestro grado de inteligencia, salud, creatividad, manera de relacionarnos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.

En el adulto mayor al referirnos a este tema se debe considerar sus valores personales, culturales y espirituales, pues éstos, junto con las tradiciones, las costumbres, las creencias y actitudes condicionarán su funcionalidad, modo de ser y de estar en el mundo.

### **12.- Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal**

En la mayoría de las sociedades la satisfacción de una persona depende de la aprobación pública, la que a su vez depende de la productividad del individuo tanto física como mentalmente. Es por esto, que la inactividad que posee el adulto mayor, puede ser considerada como inutilidad por si mismo y por su entorno, lo que podría ocasionar consecuencias negativas en la salud mental de estas personas.

### **13.- Necesidad de participar en actividades recreativas**

La recreación, es la actitud positiva del individuo en el desarrollo de actividades que le permiten trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida.

La recreación en el adulto mayor se torna fundamental debido al aumento del tiempo libre, privilegiando las actividades de tipo social, para así crear las condiciones que faciliten una mejor calidad de vida de estas personas, y contribuyan a un desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

### **14.- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles**

A pesar de que muchas de las enfermedades o las incapacidades pueden ser debidas a un defecto congénito, existe una gran cantidad de problemas de salud que se dan por falta de conocimientos acerca de los cuidados necesarios para prevenirlos, por lo que es frecuente que el individuo por desconocimiento, no aplique los medios para prevenir o curar una

determinada enfermedad y la adquiriera. Por lo anterior, se hace relevante que la persona obtenga la información adecuada para internalizar conocimientos acerca de un autocuidado eficaz.

En el adulto mayor esta necesidad muchas veces se ve afectada, ya que existe un deterioro cognitivo importante que va acompañado de una declinación de memoria, lo cual resulta ser un fenómeno normal en este grupo etáreo. El deterioro de la memoria causa una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en el área del aprendizaje, aspectos esenciales para la vida diaria.

---

## **CAPÍTULO 3**

# **METODOLOGÍA**

---

### **3.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio de tipo cuantitativo, de carácter exploratorio.

### **3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO – DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

El universo en estudio corresponde a todas las personas de 65 años y más con restricción física que se encuentren hospitalizadas en el Servicio de Medicina, sector Hombres, Mujeres, Hematología y Nefrología del Hospital Dr. Gustavo Fricke, entre los meses de Octubre y Diciembre del 2007.

### **3.3 DISEÑO MUESTRAL**

Debido a las características del estudio y el número de adultos mayores hospitalizados con restricción física encontrados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke se consideró el universo como muestra para la presente investigación.

### **3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se confeccionó un instrumento que recoge aspectos generales y específicos de los usuarios, que se obtienen a través de la revisión de documentación existente en el servicio. Además, dicho instrumento considera la realización de un examen físico.

Los objetivos planteados para la aplicación del instrumento fueron los siguientes:

- Obtener información sobre los cuidados otorgados a los adultos mayores con restricción física durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2007 en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

- Identificar la satisfacción de las necesidades de oxigenación, eliminación, higiene y protección de la piel, según modelo de V. Henderson en los adultos mayores con restricción física durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2007 en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

- Identificar la existencia de cuidados específicos realizados a los adultos mayores con restricción física durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2007 en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

### **3.5 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento “Valoración de Adultos Mayores con Restricción Física” fue utilizado para la recolección de información sobre los adultos mayores, el cual consta de 56 preguntas que se encuentran distribuidas en 3 ítems:

A.- Revisión de Documentos.

1.- Aspectos Generales:

- Identificación de la persona.
- Identificación del Servicio en el que se encuentra.
- Identificación del Encuestador.

## 2.- Aspectos Específicos:

- Datos Personales: edad y sexo.
- Motivo de ingreso y situación hospitalaria.
- Eliminación intestinal.
- Indicación de cuidados.
- Ejecución de los cuidados.

### B.- Valoración Física:

- Posición en cama.
- Situación cardíaco-respiratoria.
- Estado higiénico.
- Métodos para asistir la eliminación.
- Restricción Física.
- UPP en zonas con restricción física.
- Escala de EVA en zonas con restricción física.
- UPP en zonas sin restricción física.

### C.- Clasificación del Cuidado:

- Nivel del cuidado otorgado: clasificación confeccionada por las tesis, la cual es utilizada para determinar el grado de cuidados específicos de la restricción física que recibe el adulto mayor en el estudio. Los niveles de cuidado fueron clasificados en: óptimo, adecuado, regular e inadecuado.

Este instrumento tiene la finalidad de determinar los cuidados que el equipo de salud otorga a los adultos mayores hospitalizados con restricción física para la satisfacción de sus necesidades.

### **3.6 ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para la confiabilidad y validez del instrumento, se realizó la prueba de éste último el día viernes 19 de Octubre de 2007 en 5 adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron:

- Determinar el orden adecuado de las preguntas del instrumento y el grado de comprensión al aplicar éste.
- Pesquisar errores en la formulación de las preguntas y alternativas durante la aplicación del instrumento.
- Determinar el tiempo aproximado de aplicación del instrumento.

Como resultado de la aplicación de la prueba se realizaron cambios al instrumento, el que posteriormente fue utilizado para la obtención de los datos del presente estudio.

### **3.7. CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Una vez aplicado el instrumento, se procedió a la tabulación de los datos, con el fin de elaborar tablas y gráficos mediante la utilización del software Microsoft® Office Excel XP y Office Excel SPSS, para Windows® XP.

Para fines del análisis de los datos, se utilizó la totalidad de instrumentos, analizando los aspectos considerados en éste, de forma individual y relacionándolos entre si.



En la categorización de las preguntas referentes al estado higiénico de piel, tegumentos, cavidades y genitales, se procedió a la elaboración de la siguiente clasificación:

- Óptimo: Cuando la zona indicada se encuentre limpia, es decir, sin rastros de suciedad, ni mal olor.
- Regular: Cuando la zona indicada se encuentre parcialmente limpia.
- Deficiente: Cuando la zona indicada se encuentre sucia y/o de mal olor.

Para clasificar a los pacientes con UPP, fue necesario determinar el grado de cada una de ellas, para tal efecto se utilizó la guía clínica elaborada por el Ministerio de Salud, en la cual se determina la clasificación de las UPP en cuatro tipos, correspondientes a:

Grado 1: Eritema cutáneo que no presenta pérdida de continuidad de la piel. Hay cambios de coloración y temperatura, edema, sensibilidad e induración.

Grado 2: Pérdida de epidermis, dermis o ambas. Se presenta como un orificio tapizado con tejido de granulación o fibrina, sin infección.

Grado 3: Pérdida completa de la epidermis, dermis y daño del tejido subcutáneo, el que puede llegar hasta la fascia, provocando, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.

Grado 4: Completa pérdida del espesor de la piel con extensa destrucción, necrosis de tejidos, daño muscular, ósea o de estructuras de soporte y, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.<sup>17</sup>

Para obtener un parámetro respecto al nivel de cuidado otorgado a los adultos mayores con restricción física, se asignó puntaje a las preguntas número 15, 16, 17, 18, 19 y 20, las cuales evalúan los cuidados específicos en relación a las restricciones. El puntaje

---

<sup>17</sup> MINSAL: Programa de salud del adulto, Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras, 2000.

---

máximo asignado al instrumento fue de 30 puntos, y de acuerdo a esto, se determinó una clasificación del cuidado otorgado en 4 tipos, los que son nombrados a continuación:

Cuidado inadecuado	0 a 15 puntos
Cuidado regular	16 a 21 puntos
Cuidado adecuado	22 a 28 puntos
Cuidado óptimo	29 a 30 puntos

### **3.8. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO**

Previo a la aplicación de los instrumentos, se estableció contacto con la Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke, a través de una carta de presentación, con el fin de solicitar autorización para la realización de la investigación en este lugar, informando el motivo del estudio y la fecha de inicio de la aplicación de dicho instrumento.

Para la aplicación de los instrumentos los días correspondientes, las tesis debían informar a la enfermera de turno sobre el motivo de la asistencia y realizar una pesquisa en cada sala de todos los pacientes adultos mayores con restricción física.

En un comienzo todas las tesis acudieron los días viernes desde las 7:00 am durante 6 semanas. Posterior a esto, se distribuyó en 2 grupos de 3 alumnas de acuerdo a disponibilidad de tiempo por las actividades académicas correspondientes.

La recolección de datos se efectuó en el establecimiento ya mencionado entre el 26 de octubre y el 28 de diciembre del 2007.

---

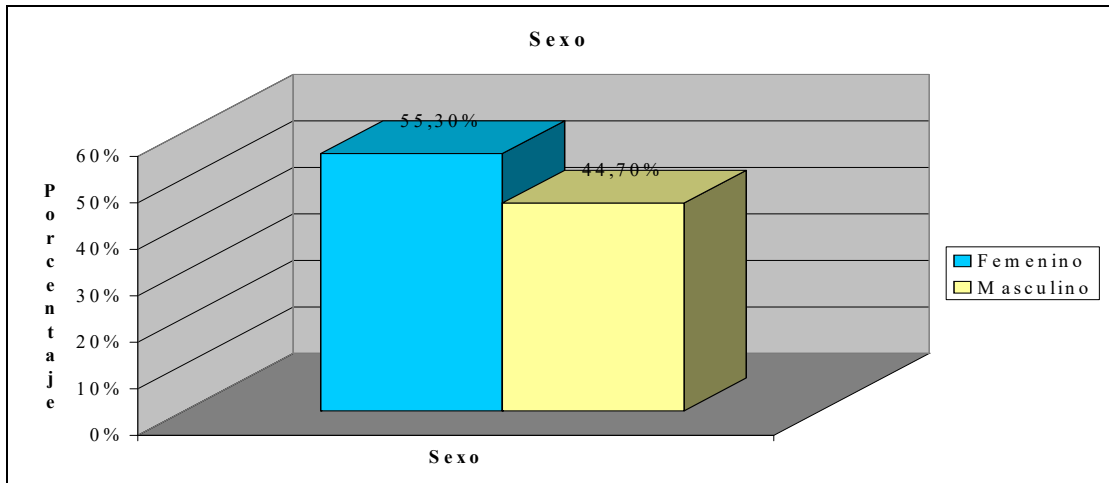
## **CAPÍTULO 4**

# **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

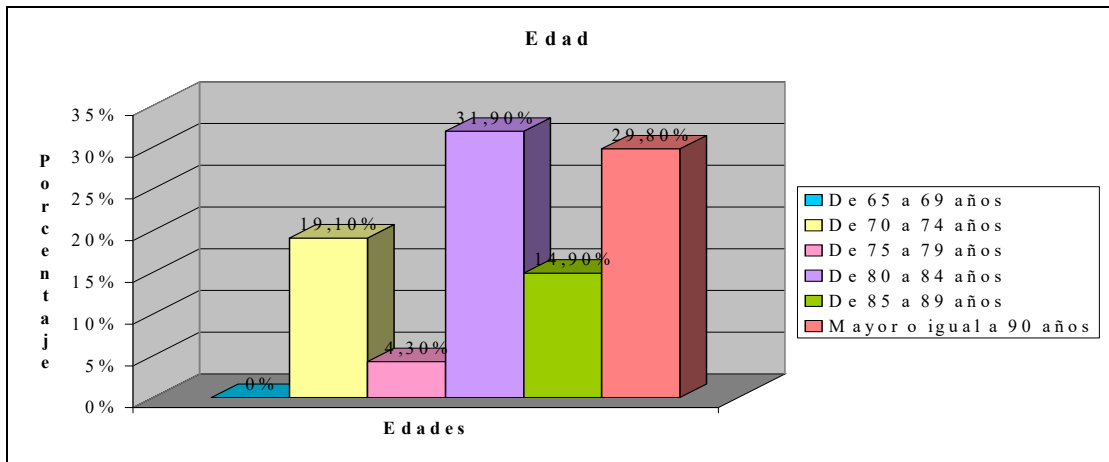
---

#### 4.1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

**Figura N°1:** “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según sexo”



**Figura N° 2:** “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según edad”



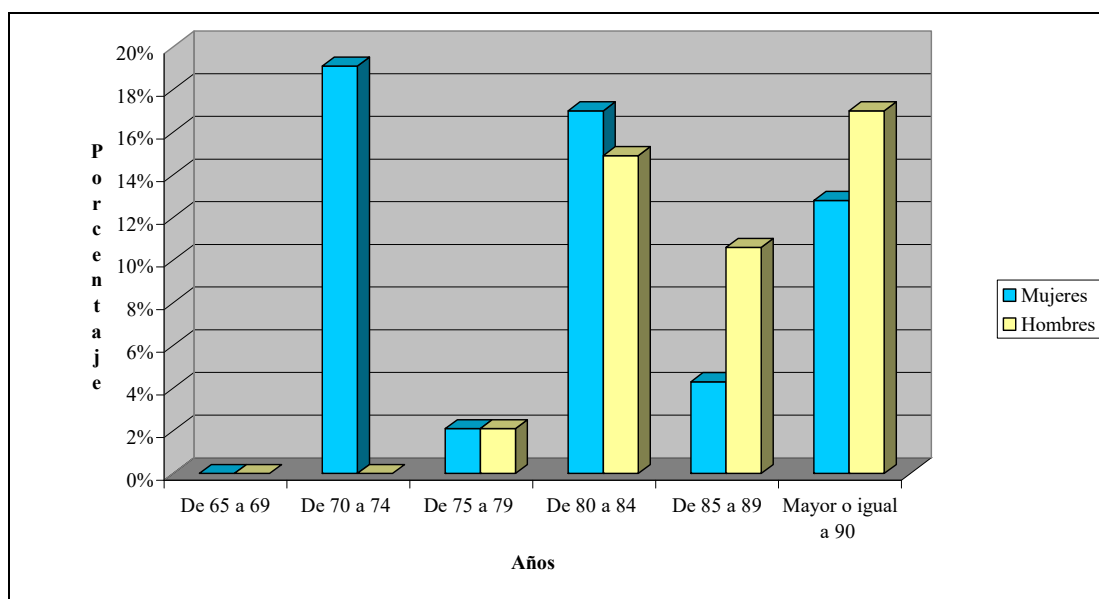
Los resultados del estudio indican que el universo está conformado por 47 adultos mayores, de los cuales un 55,3% corresponden a mujeres y un 44,7% a hombres.

Para el estudio, fueron considerados todos los adultos mayores con restricción física de 65 años y más, sin embargo la edad de los pacientes del estudio fluctúa entre los 70 y 102 años, con un predominio del grupo ubicado entre los 80-84 años y de los mayores de 90 años.

## 4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPLICATIVO DE LOS RESULTADOS

**Tabla y gráfico N°1:** “Total de adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según sexo y edad”

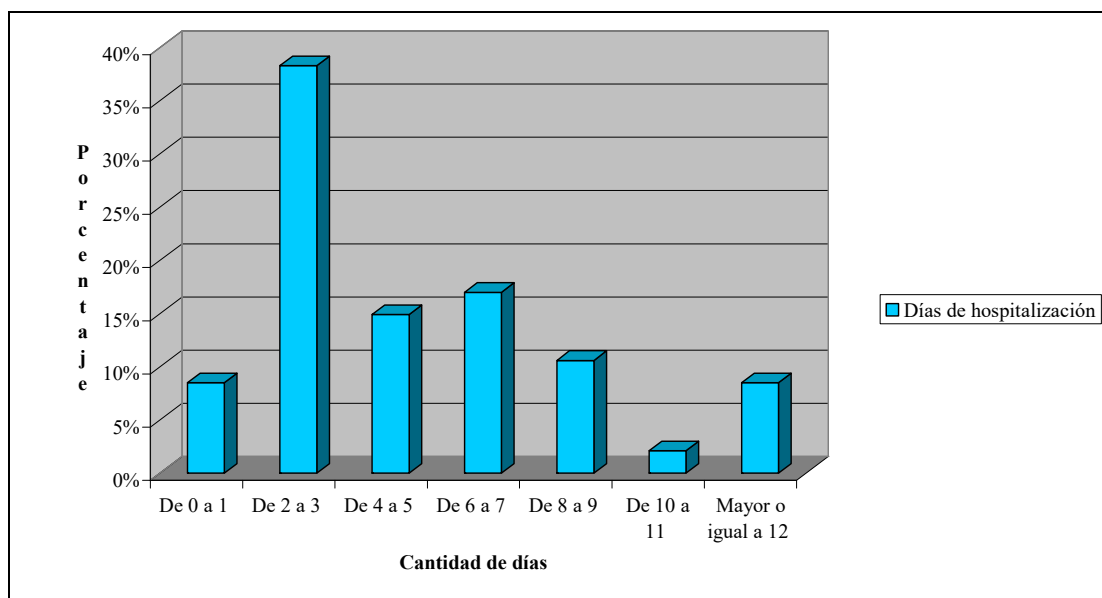
Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
De 65 a 69 años	0	0%	0	0%	0	0%
De 70 a 74 años	9	19,1%	0	0%	9	19,1%
De 75 a 79 años	1	2,1%	1	2,1%	2	4,3%
De 80 a 84 años	8	17,0%	7	14,9%	15	31,9%
De 85 a 89 años	2	4,3%	5	10,6%	7	14,9%
≥ a 90 años	6	12,8%	8	17,0%	14	29,8%
Total	26	55,3%	21	44,7%	47	100,0%



**Análisis:** Podemos observar que no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres que se encuentran con restricción física, lo que indicaría que no se presenta relación entre el género y la utilización de éste dispositivo, concordando con la revisión bibliográfica en donde no se describen antecedentes de esta relación.

**Tabla y gráfico N° 2:** “Número de días de hospitalización de adultos mayores con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

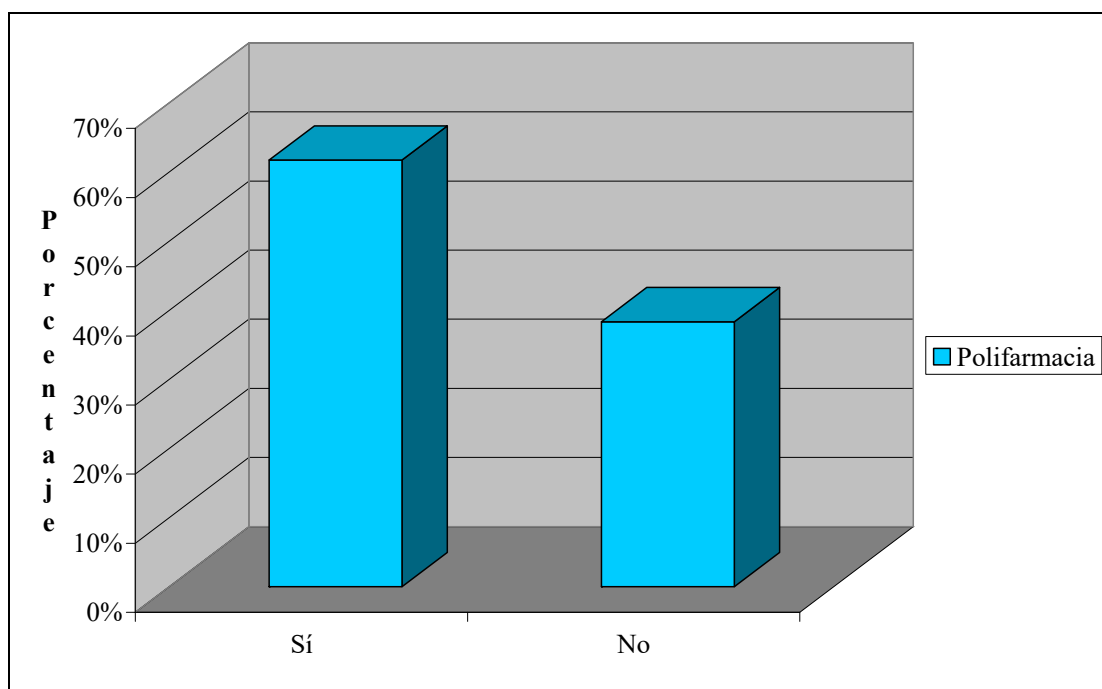
Número de días	Frecuencia	%
De 0 a 1 día	4	8,5 %
De 2 a 3 días	18	38,3 %
De 4 a 5 días	7	14,9 %
De 6 a 7 días	8	17,0 %
De 8 a 9 días	5	10,6 %
De 10 a 11 días	1	2,1 %
≥ a 12 días	4	8,5 %
Total	47	100,0 %



**Análisis:** Podemos observar que existe un mayor número de pacientes con restricción física durante los primeros días de hospitalización, atribuible a que en los adultos mayores los cambios de ambiente ocasionan muchas veces episodios de desorientación. Por otra parte, el proceso de adaptación en los adultos mayores es más lento y se torna más dificultoso, debido a que sus actividades se guían por hábitos y costumbres muy arraigadas.

**Tabla y gráfico N°3:** “Presencia de polifarmacia en adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Polifarmacia	Frecuencia	%
Sí	29	61,7%
No	18	38,3%
Total	47	100,0%



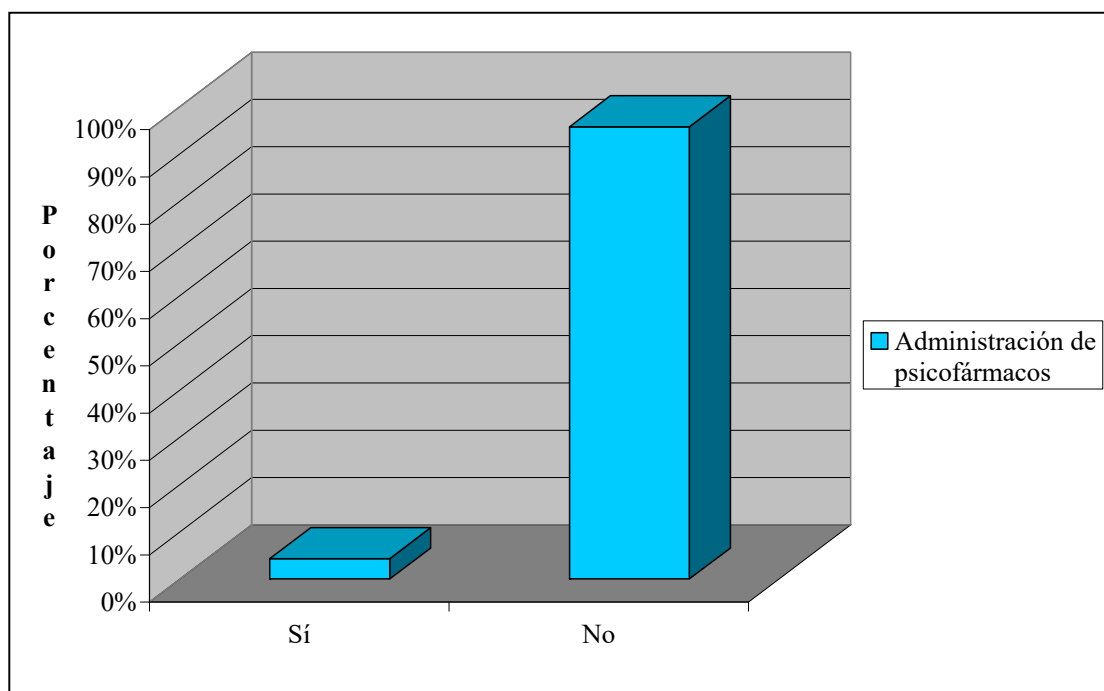
**Análisis:** En la tabla se observa un alto número de pacientes con presencia de polifarmacia durante la hospitalización, es decir, con la administración concomitante de tres o más fármacos. Lo anterior indica un alto riesgo para los adultos mayores, considerando que tanto la interacción de los medicamentos como las reacciones adversas de éstos, aumentan en forma exponencial de acuerdo al número de fármacos ingeridos.



A pesar del alto riesgo al que están expuestos los adultos mayores con polifarmacia, se debe considerar la relación costo beneficio en la que se puede encontrar un paciente hospitalizado, que sin duda por su estado de salud, requerirá posiblemente de un alto número de drogas farmacológicas para tratar su patología crónica, de base u otras complicaciones que pueda presentar durante la hospitalización.

**Tabla y gráfico N° 4:** “Utilización actual de restricción farmacológica en adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Psicofármacos	Frecuencia	%
Sí	2	4,3 %
No	45	95,7 %
Total	47	100,0 %

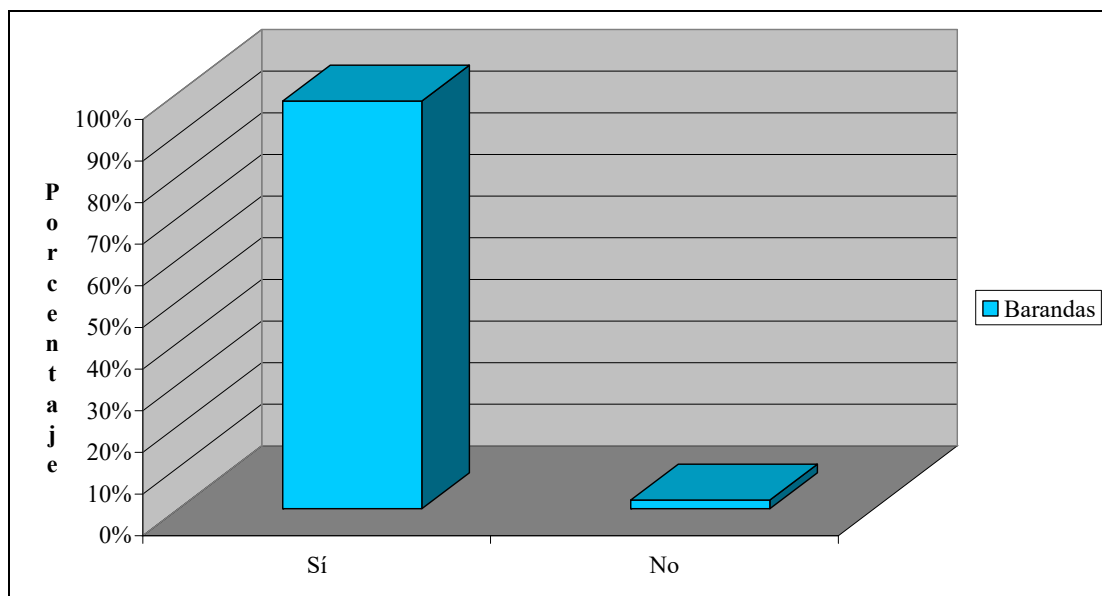


**Análisis:** En esta tabla podemos observar que la mayor parte de los pacientes del estudio no presentan restricción farmacológica, lo cual se contrapone con la revisión bibliográfica, en la cual se especifica que la aplicación de la restricción física debe estar asociada a la utilización de psicofármacos.

Ante una crisis de desorientación o confusión el uso de dispositivo físico actúa como una medida para evitar lesiones y no necesariamente para minimizar las manifestaciones de ésta, efecto que cumple el uso de psicofármacos. La ausencia de restricción farmacológica puede prolongar el estado de confusión o desorientación en las personas, exponiéndolos a un mayor riesgo de presentar lesiones o accidentes.

**Tabla y gráfico N° 5:** “Utilización de barandas en los adultos mayores hospitalizados con restricción física en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

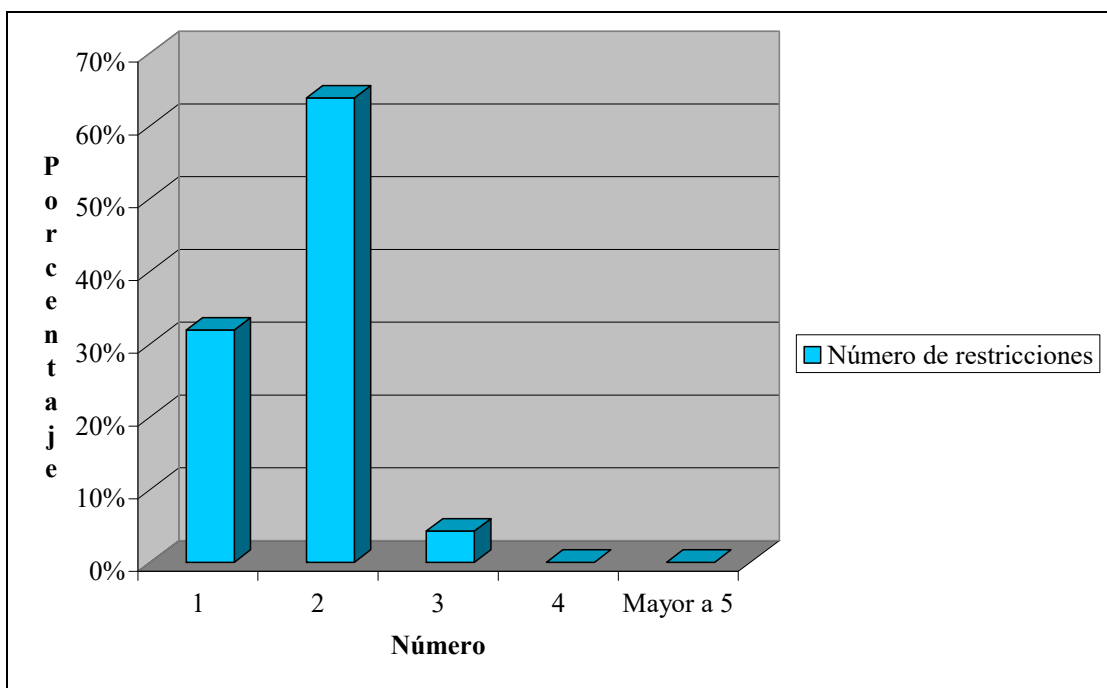
Barandas	Frecuencia	%
Sí	46	97,9%
No	1	2,1%
Total	47	100,0%



**Análisis:** Esta tabla nos muestra que en la mayoría de los adultos mayores con restricción física se utilizan barandas, debido a que generalmente se considera como método para evitar accidentes y caídas, sin embargo, esta creencia, errónea, contribuye a que aumente el número de accidentes, debido a que los adultos mayores al intentar bajar de la cama quedan atrapados entre los barrotes o pasan sobre éstos.

**Tabla y gráfico N° 6:** “Número de restricciones físicas utilizadas en cada adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

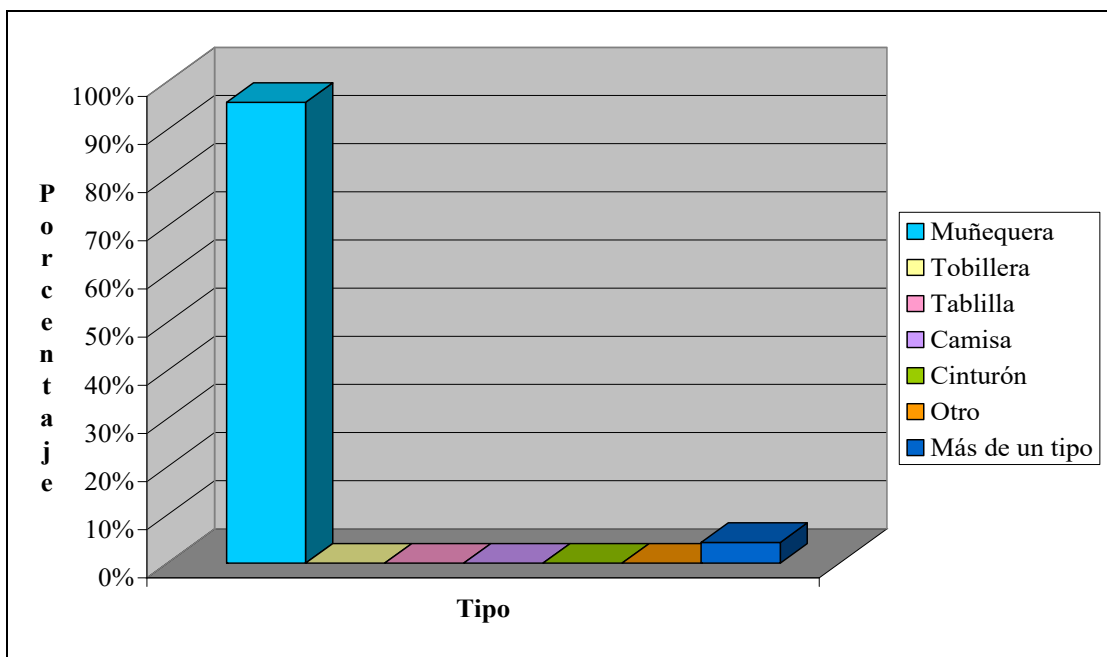
Número	Frecuencia	%
1	15	31,9%
2	30	63,8%
3	2	4,3%
4	0	0%
≥ a 5	0	0%
Total	47	100,0%



**Análisis:** Esta tabla nos muestra que más de la mitad de los adultos mayores considerados para el estudio se encontraban con dos dispositivos que limitaban su movimiento al momento de la valoración, por lo que podemos inferir que este número de restricción es el más utilizado por el personal del servicio. En lo que respecta a la teoría, en ésta no se señala cual es el número adecuado de restricciones que se le deben aplicar a un paciente en caso de requerirla.

**Tabla y gráfico N° 7:** “Tipo de restricciones físicas utilizadas en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr.Gustavo Fricke”

Tipo	Frecuencia	%
Muñequera	45	95,7%
Tobillera	0	0%
Tablilla	0	0%
Camisa	0	0%
Cinturón	0	0%
Otro	0	0%
Más de un tipo	2	4,3%
Total	47	100,0%

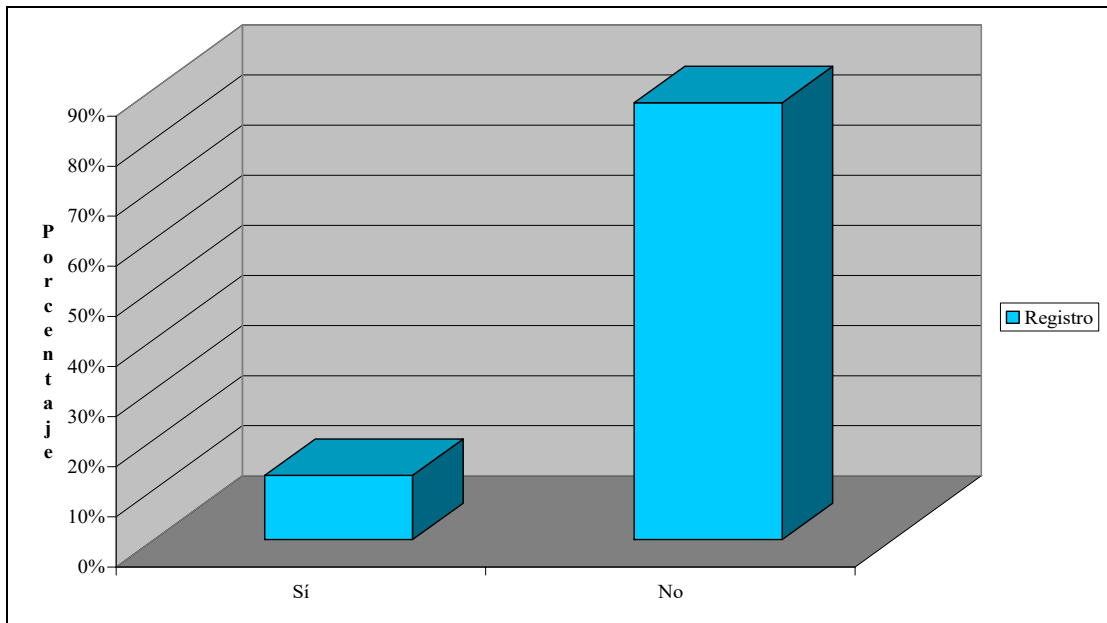


**Análisis:** Se observa que la totalidad de los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina se encuentran con muñequera, debido a que el grupo con más de un tipo en todos los casos incluía la utilización de este dispositivo. De lo anterior, se puede inferir que éste tipo es más factible de elaborar con los recursos disponibles en el Servicio, es más eficaz, fácil de aplicar, menos limitante y que brinda mayor seguridad, en el caso de pacientes que se encuentren cursando un episodio de confusión o desorientación.

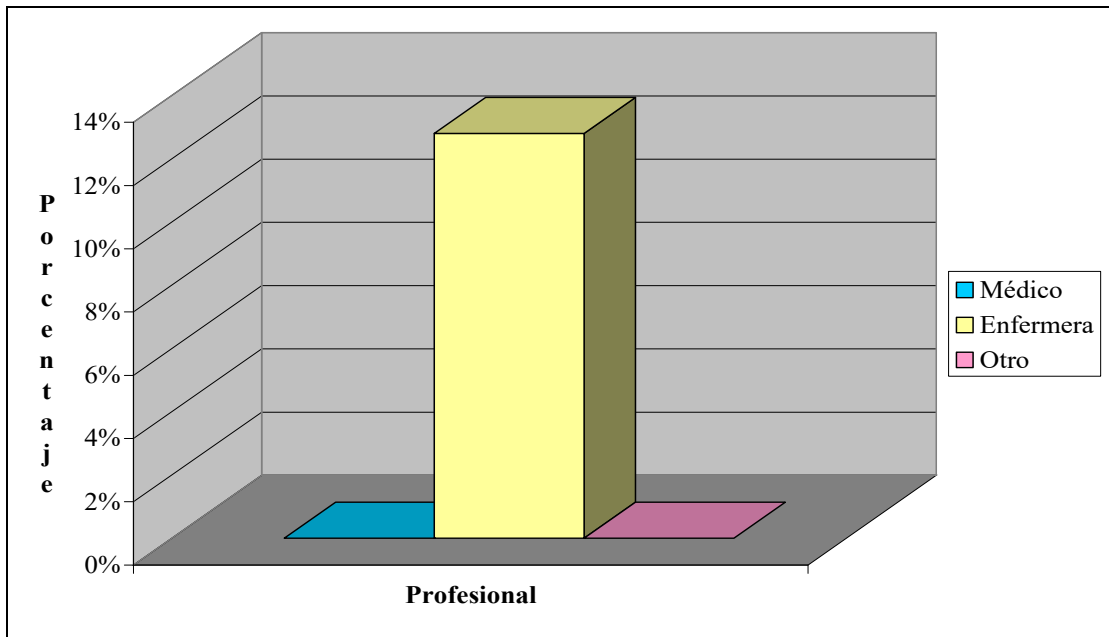
**Tabla y gráfico N° 8:** “Existencia de registro de indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Registro de indicación	Miembro del equipo	Frecuencia	%
Sí	Médico	0	0 %
	Enfermera	6	12,8 %
	Otro	0	0 %
No		41	87,2 %
Total		47	100,0 %

**Gráfico N° 8.1:** “Existencia de registro de indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”



**Gráfico N° 8.2:** “Miembro del equipo de salud que registra la indicación de restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Gustavo Fricke”



**Análisis de tabla 8 y gráficos 8.1 y 8.2:** Esta tabla nos muestra que la mayor parte de los adultos mayores con restricción física no posee registro de indicación para el uso de ésta, lo que refleja constante incumplimiento del protocolo que regula su uso dentro de la institución, esto puede significar que la decisión de su aplicación sea tomada por personal no calificado o que los profesionales que indican la restricción no realicen el registro correspondiente lo que pudiese generar confusión con respecto al motivo, tiempo de aplicación y sus cuidados.

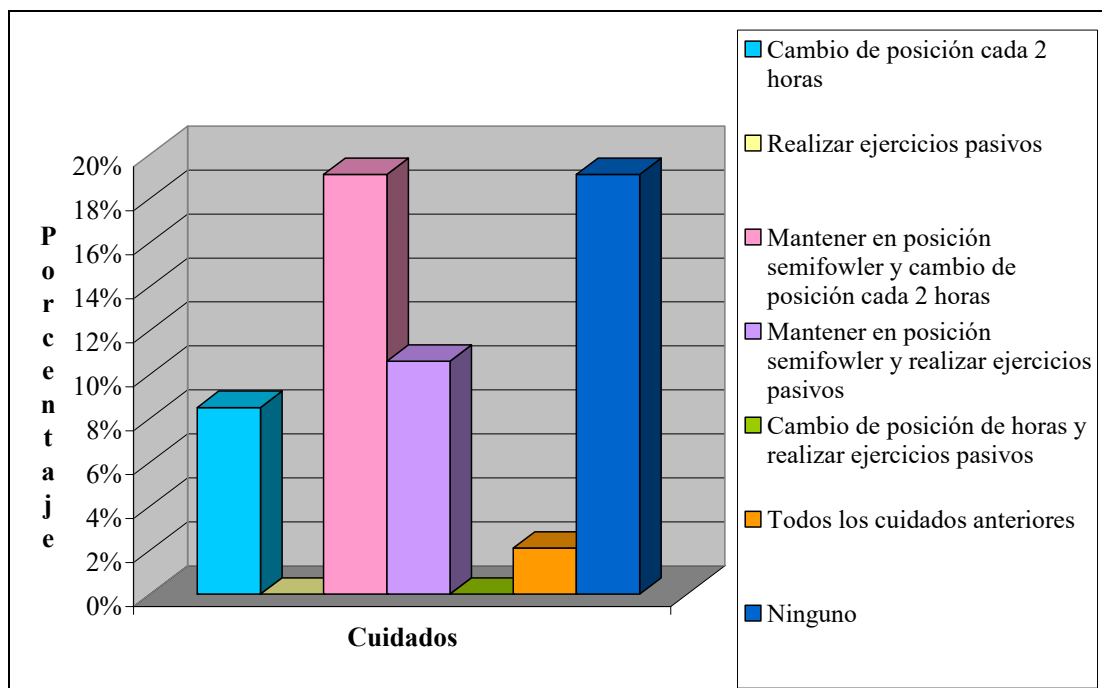
Cabe señalar que dentro de los registros de indicación de restricción física que se encontraron en el estudio, éstos correspondían en un 100% a registros del Profesional Enfermero/a, lo que difiere con el protocolo de aplicación de restricción física utilizado

en la institución en que fue aplicado el estudio, ya que éste señala que la restricción debe ser autorizada por el médico tratante y/o en caso de emergencia por médico de turno, dejando la indicación respectiva en la ficha clínica. Sólo en caso de urgencia y necesidad inminente de restricción, la indicación será realizada por la enfermera con aviso posterior a médico de turno, para registro en hoja de indicaciones.

**Tabla y gráfico N° 9:** “Indicación de cuidados específicos por los profesionales del equipo de salud a los adultos mayores con restricción física hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Cuidados indicados	Frecuencia	%
Mantener en posición semifowler	19	40,4%
Cambio de posición cada 2 horas	4	8,5%
Realizar ejercicios pasivos	0	0%
Mantener en posición semifowler y cambio de posición cada 2 horas	9	19,1%
Mantener en posición semifowler y realizar ejercicios pasivos	5	10,6%
Cambio de posición de horas y realizar ejercicios pasivos	0	0%
Todos los cuidados anteriores	1	2,1%
Ninguno	9	19,1%
Total	47	100,0%





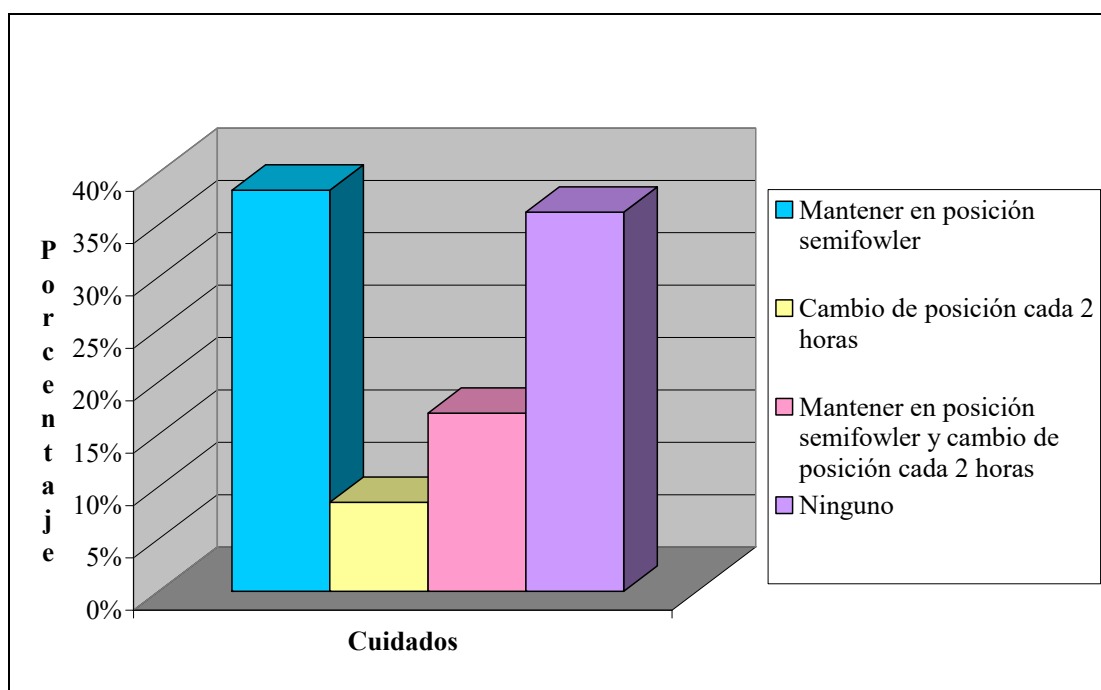
**Análisis:** Existen seis cuidados que son esenciales y que deben ser indicados a todos los adultos mayores con restricción física, los cuales corresponden a: control de signos vitales, cambio de posición, valorar color y sensibilidad en zona de restricción física cada dos horas, mantener en posición semifowler, liberar cada extremidad restringida una vez cada hora y realizar ejercicios pasivos. La indicación de estos cuidados guía la ejecución de las intervenciones a realizar por el equipo de enfermería, por lo tanto, si estos cuidados no son indicados en su totalidad el resultado será un cuidado inadecuado o deficiente.

Al observar la tabla podemos encontrar que la indicación más frecuente es mantener en posición semifowler, mientras que en un menor porcentaje se encuentra el cambio de posición y la realización de ejercicios pasivos, omitiéndose el resto de los cuidados

específicos para la restricción física. Es importante señalar que las indicaciones son escasas y en número importante éstas no están presentes en todos los pacientes.

**Tabla y gráfico N° 10:** “Indicación de cuidados específicos para la restricción física por el Profesional Enfermero/a en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Indicaciones de enfermería	Frecuencia	%
Mantener en posición semifowler	18	38,3%
Cambio de posición cada 2 horas	4	8,5%
Mantener en posición semifowler y cambio de posición cada 2 horas	8	17,0%
Ninguno	17	36,2%
Total	47	100,0%

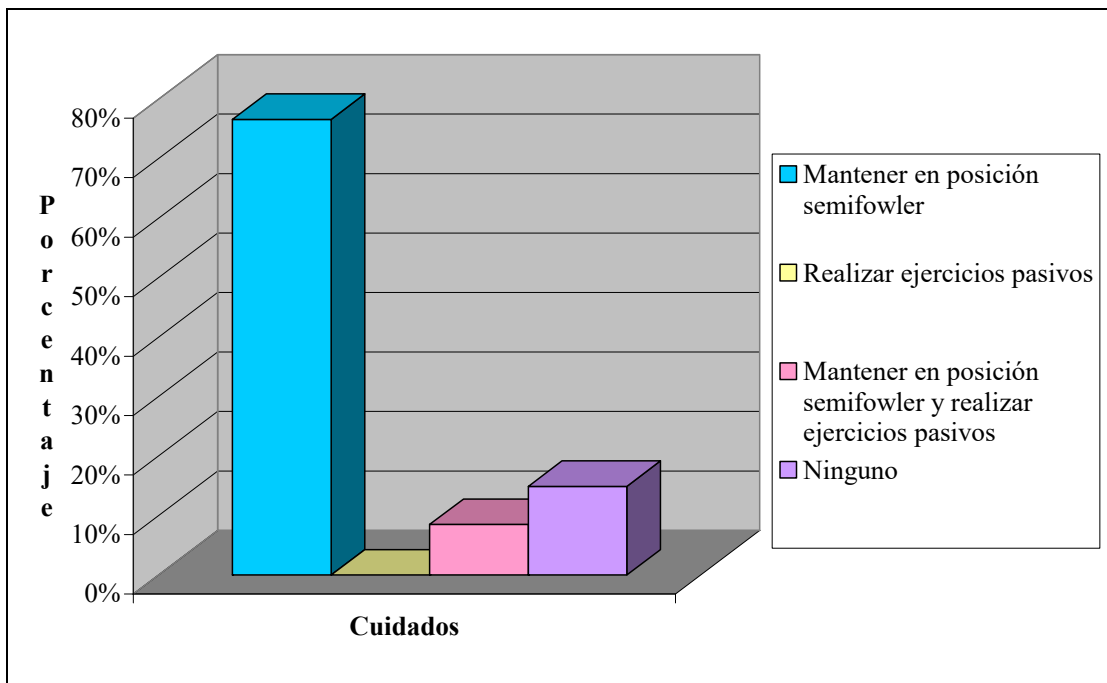


**Análisis:** En la tabla se observa que los dos cuidados indicados con mayor frecuencia por el Profesional Enfermero/a es el de mantener en posición semifowler y el cambio de posición cada dos horas, lo que beneficia a los adultos mayores, ya que con estas

medidas se pueden prevenir complicaciones relacionadas con la respiración y la integridad de la piel. Por otra parte, destaca un alto porcentaje de cuidados que también tienen una directa relación con el uso de la restricción que no son indicados por el Profesional Enfermero/a, a pesar de que es éste el responsable de la gestión del cuidado y se debe preocupar por la prevención de enfermedades o lesiones del paciente.

**Tabla y gráfico N° 11:** “Ejecución de cuidados específicos para la restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

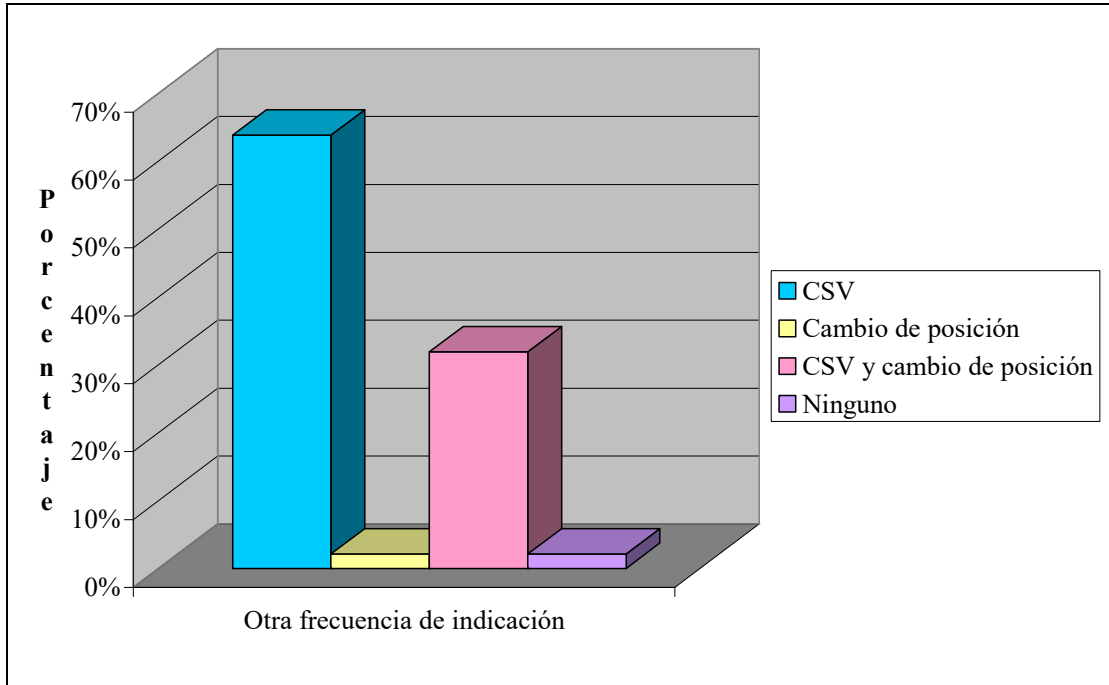
Ejecución de los cuidados	Frecuencia	%
Mantener en posición semifowler	36	76,6%
Mantener en posición semifowler y realizar ejercicios pasivos	4	8,5%
Ninguno	7	14,9%
Total	47	100,0%



**Análisis:** Esta tabla nos muestra que en relación a los cuidados específicos para la restricción física, sólo se ejecutan los nombrados, y de éstos, el más frecuente es mantener en posición semifowler, lo que por si sólo es insuficiente para asegurar un bienestar a la persona restringida, el cual se obtiene mediante la realización de todos los cuidados. Existe un grupo no menor de personas en las que ninguno de los cuidados necesarios se ejecutan, lo que puede traer consigo diversas complicaciones respiratorias, cutáneas y del movimiento. Esta situación puede deberse a la ausencia de registros en la indicación y/o ejecución de los cuidados específicos o porque el personal prioriza la ejecución de otras intervenciones, ya sea por escaso conocimiento o tiempo.

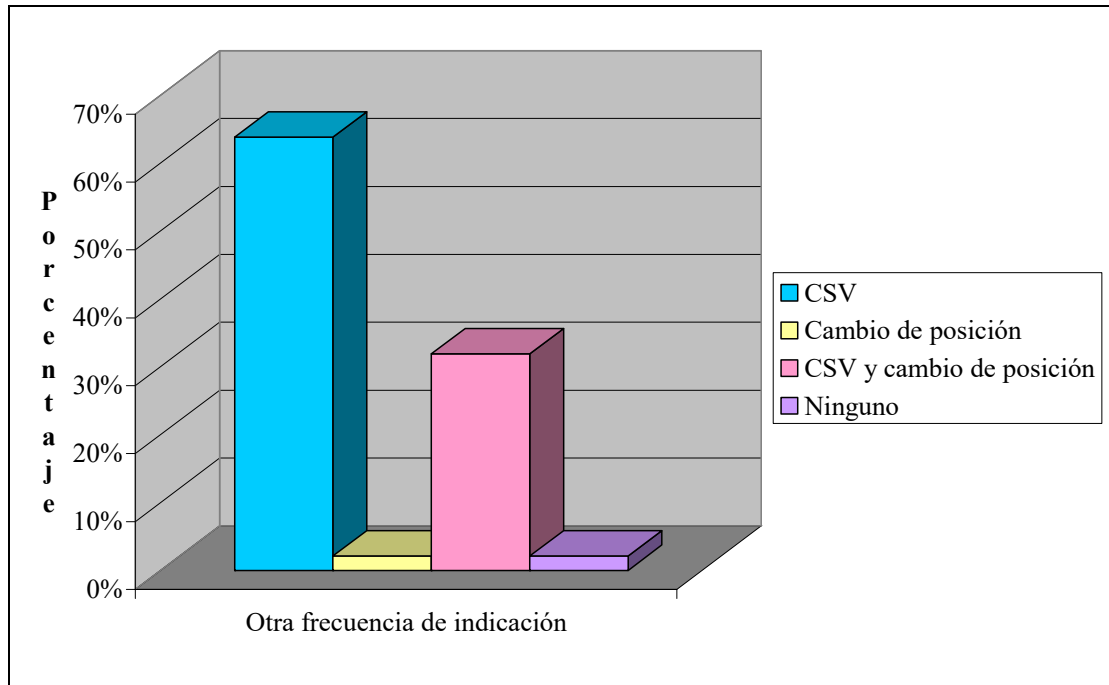
**Tabla y gráfico N° 12:** “Cuidados específicos para la restricción física en otra frecuencia de indicación en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

	Otra frecuencia de <b>indicación</b>	
CSV	30	63,8%
Cambio de posición	1	2,1%
CSV y cambio de posición	15	31,9%
Ninguno	1	2,1%
Total	47	100,0%



**Tabla y gráfico N° 13:** “Cuidados específicos para la restricción física en otra frecuencia de ejecución en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

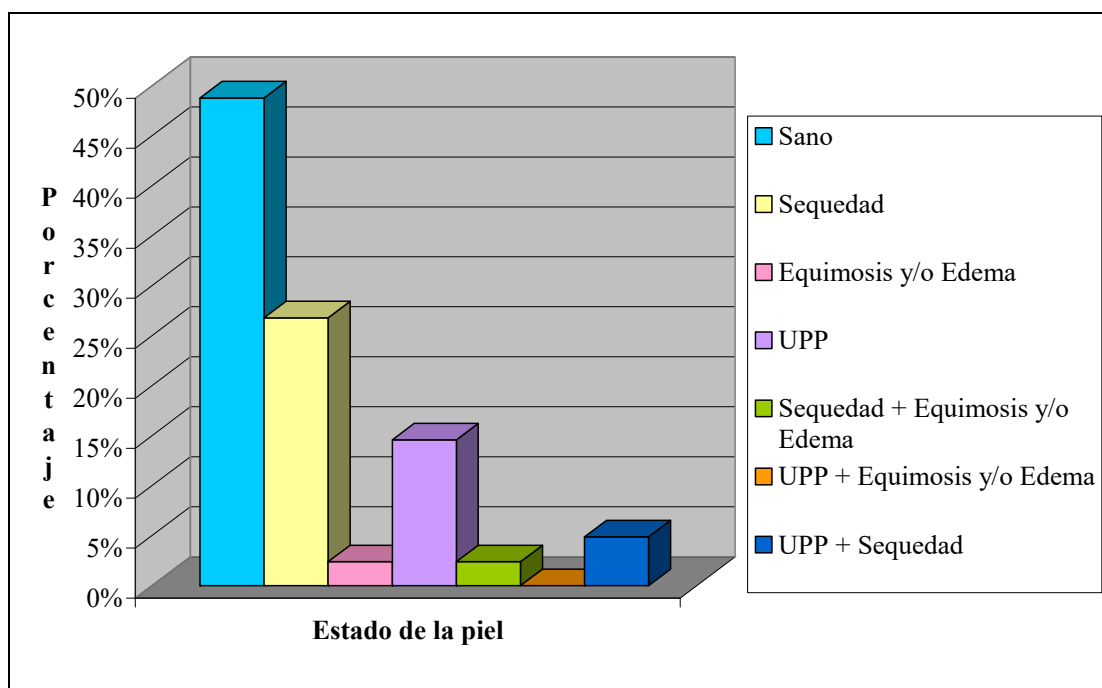
	Otra frecuencia de ejecución	
CSV	19	40,4%
Cambio de posición	1	2,1%
CSV y cambio de posición	27	57,4%
Ninguno	0	0%
Total	47	100,0%



**Análisis de tablas y gráficos 12 y 13:** Se observa en esta tabla sólo los cuidados de las personas con restricción que se encontraron indicados y ejecutados en otro horario. De éstos, el control de signos vitales se encuentra indicado en la mayoría y ejecutado en su totalidad, lo que se debe a que este cuidado se entrega como parte de la rutina del servicio a un horario determinado a todos los pacientes, siempre que no posean alguna indicación especial. El otro cuidado presente en esta situación es el cambio de posición, el que es ejecutado en más de la mitad de las personas estudiadas, pero que al ser en una menor frecuencia, no cumple su objetivo que es evitar alteraciones cutáneas. Cabe destacar, que existen cuidados específicos de la restricción física que no se realizan ni en la frecuencia adecuada, ni en otro horario, lo que podría ocasionar múltiples complicaciones que pueden resultar en un daño grave e irreversible hacia el paciente.

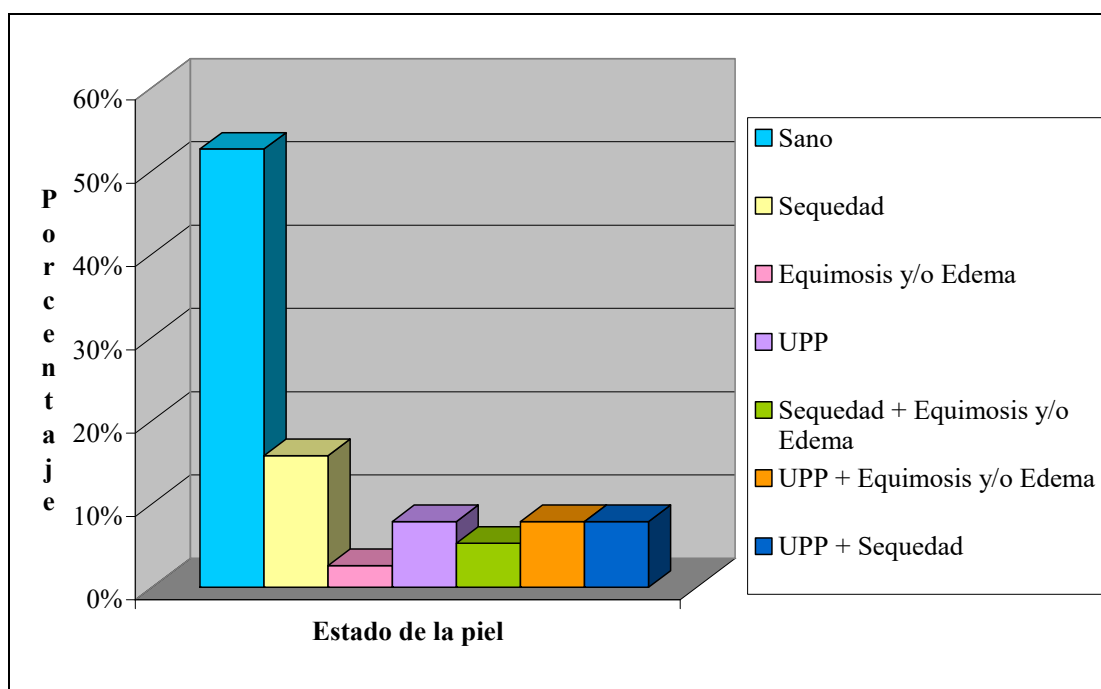
**Tabla y gráfico N° 14:** “Estado de la piel de la muñeca derecha con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

	Muñeca derecha	
	Recuento	%
Sano	20	48,8%
Sequedad	11	26,8%
Equimosis y/o Edema	1	2,4%
UPP	6	14,6%
Sequedad + Equimosis y/o Edema	1	2,4%
UPP + Equimosis y/o Edema	0	0%
UPP + Sequedad	2	4,9%
Total	41	100,0%



**Tabla y gráfico N° 15:** “Estado de la piel de la muñeca izquierda con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

	Muñeca izquierda	
	Recuento	%
Sano	20	52,6%
Sequedad	6	15,8%
Equimosis y/o Edema	1	2,6%
UPP	3	7,9%
Sequedad + Equimosis y/o Edema	2	5,3%
UPP + Equimosis y/o Edema	3	7,9%
UPP + Sequedad	3	7,9%
Total	38	100,0%

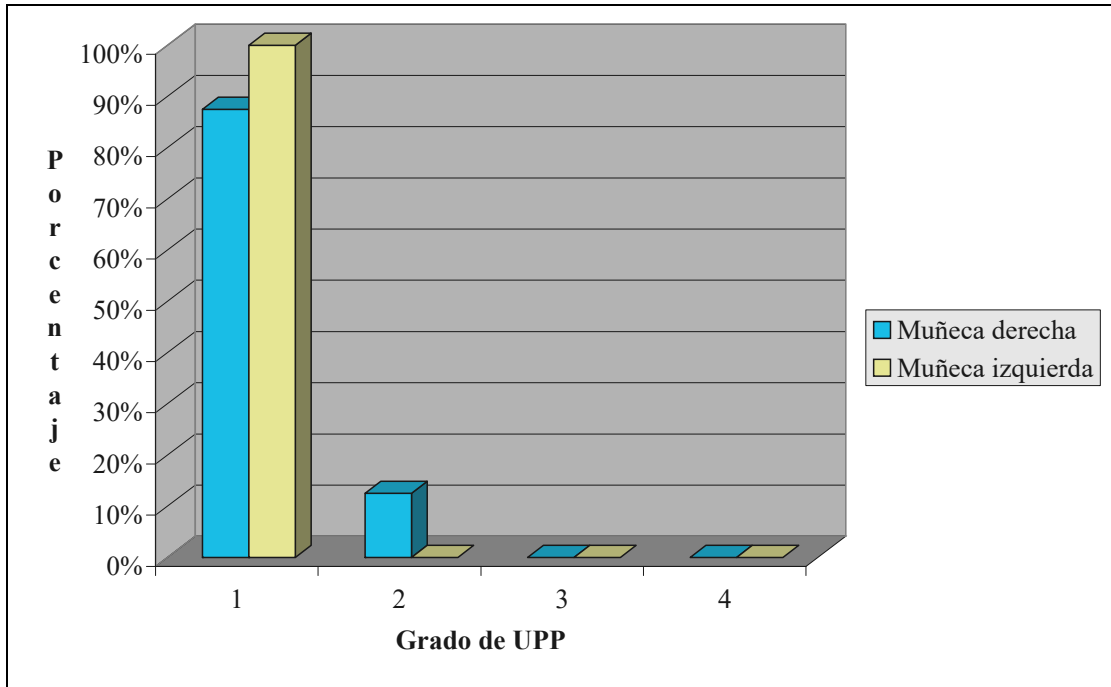




**Análisis de tablas y gráficos 14 y 15:** En las tablas se observa que aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados poseen una piel sana en la zona de restricción, sin embargo, es preciso mencionar que un número importante de pacientes presenta en esta zona sequedad, úlceras por presión, equimosis y en un menor número edema. Es necesario destacar, que la piel de esta zona se puede ver proporcionalmente afectada dependiendo de la agitación psicomotora del paciente, causando lesiones cutáneas, por lo que no se debe asegurar que la causa directa de las alteraciones sea motivo de una restricción física mal ejecutada.

**Tabla y gráfico N° 16:** “Grado de UPP en zonas con restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

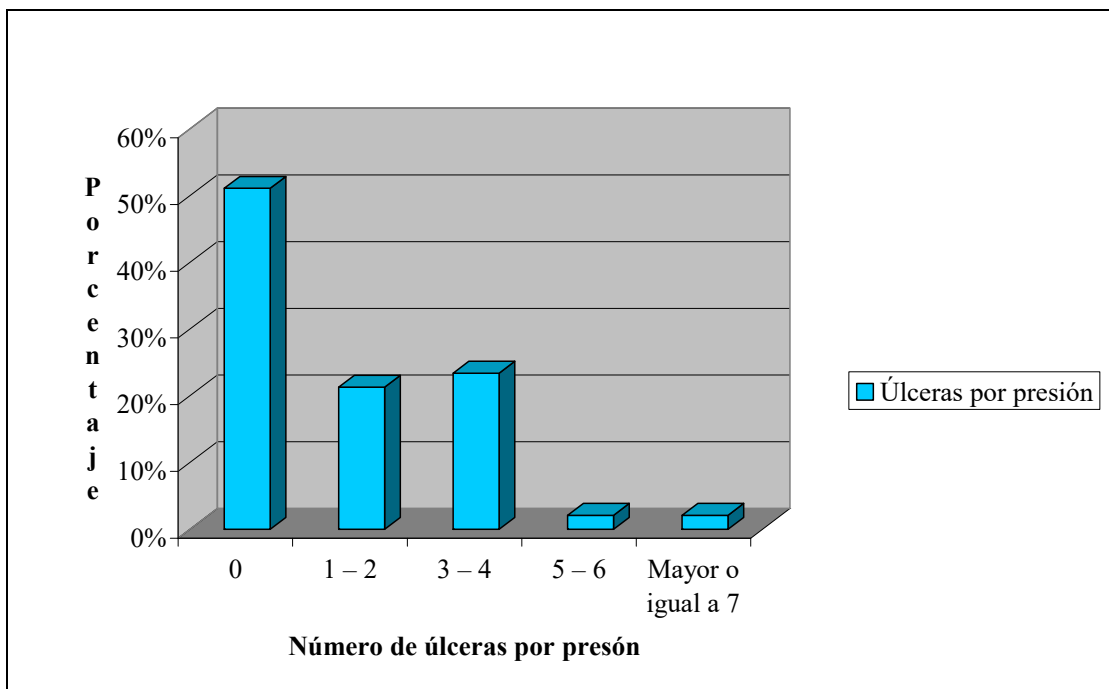
	Muñeca derecha		Muñeca izquierda	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Grado 1	7	87,5%	9	100,0%
Grado 2	1	12,5%	0	0%
Grado 3	0	0%	0	0%
Grado 4	0	0%	0	0%
Total	8	100,0%	9	100,0%



**Análisis:** La tabla muestra que existe un número importante de UPP en pacientes que presentan restricciones físicas. Es importante destacar que la mayoría de éstas se clasifican en grado 1 y su ubicación es más frecuente en las extremidades superiores, específicamente en muñecas. Estos resultados obtenidos en la investigación indican la importancia de otorgar un cuidado adecuado, tanto en la realización de una restricción física como en el manejo de éstas, especialmente en adultos mayores, ya que la lesión de tejidos tisulares en este grupo etáreo provoca finalmente un mayor daño debido a la lenta cicatrización de heridas y su difícil manejo.

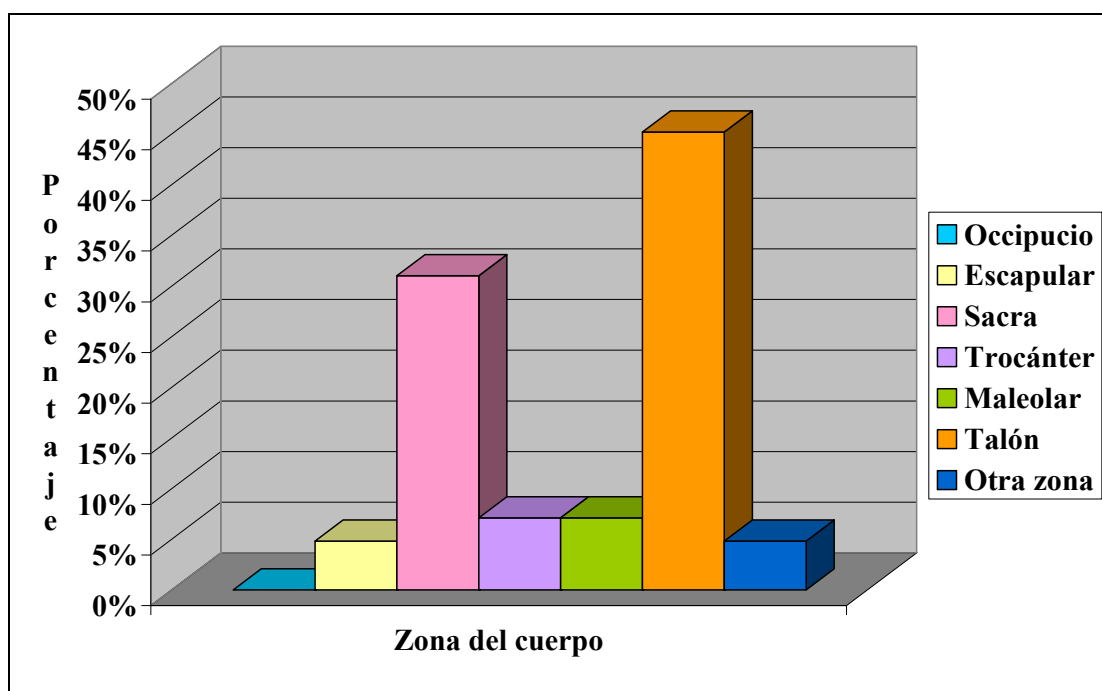
**Tabla y gráfico N° 17:** “Número de UPP en las zonas que no presentan restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Número de UPP	Frecuencia	%
Ninguna	24	51,1%
1 – 2	10	21,3%
3 – 4	11	23,4%
5 – 6	1	2,1%
≥ a 7	1	2,1%
Total	47	100,0%



**Tabla y gráfico N° 18:** “Zona con UPP que no presentan restricción física en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Zona con UPP	Frecuencia	%
Occipucio	0	0%
Escapular	2	4,8%
Sacra	13	31,0%
Trocánter	3	7,1%
Maleolar	3	7,1%
Talón	19	45,2%
Otra zona	2	4,8%
Total	42	100,0%



**Análisis de tablas y gráficos 17 y 18:** Podemos observar que aproximadamente la mitad de las personas estudiadas presentan UPP lo que es importante mencionar, debido a que éstas en su mayoría se producen por el inmovilismo y la falta de cuidados frente a éste,

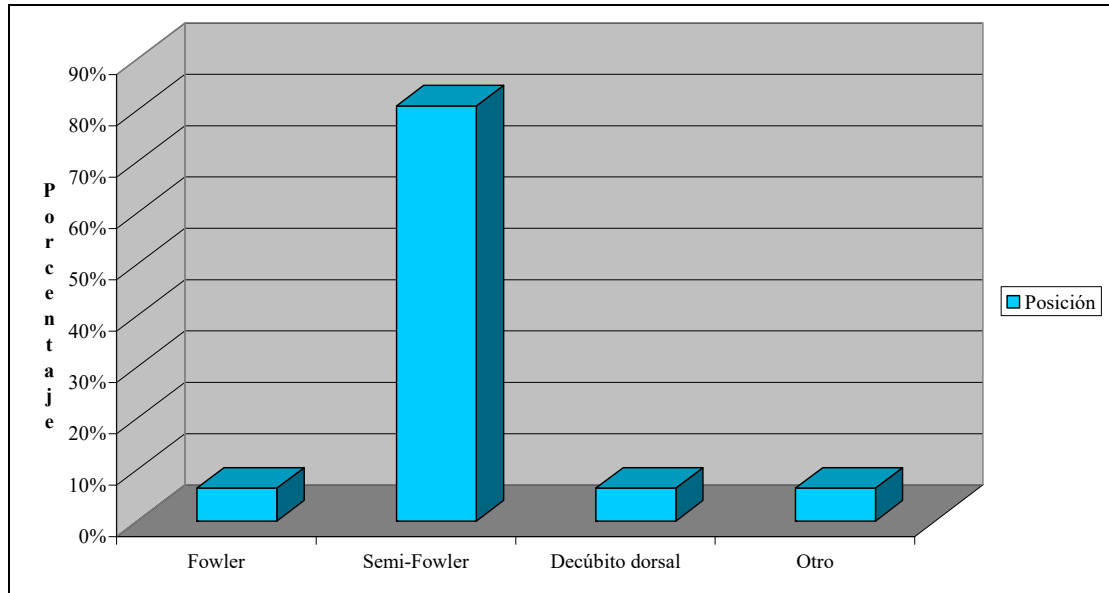
sin embargo, con este tipo de estudio no se puede precisar si la causa es la inmovilidad generada por la restricción o es un problema previo que presentaban éstos pacientes.

La utilización de restricción física, limita más el movimiento de las personas y las predispone a la aparición de nuevas UPP o a una mala evolución de las ya existentes, si no se otorgan los cuidados adecuados.

Debido al alto número de personas con UPP cabe destacar que la zona más frecuente de aparición observada en esta investigación son los talones, lo que corresponde a una prominencia ósea, lugar más frecuente donde se originan. A lo anterior, se puede agregar que esta zona se encuentra en el área más distal del cuerpo, por lo que la irrigación disminuye al encontrarse en posición decúbito dorsal, favoreciendo así la aparición de UPP.

**Tabla y gráfico N° 19:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según posición en cama”

Posición en cama	Frecuencia	%
Fowler	3	6,4%
Semi-Fowler	38	80,9%
Decúbito dorsal	3	6,4%
Otro	3	6,4%
Total	47	100,0%

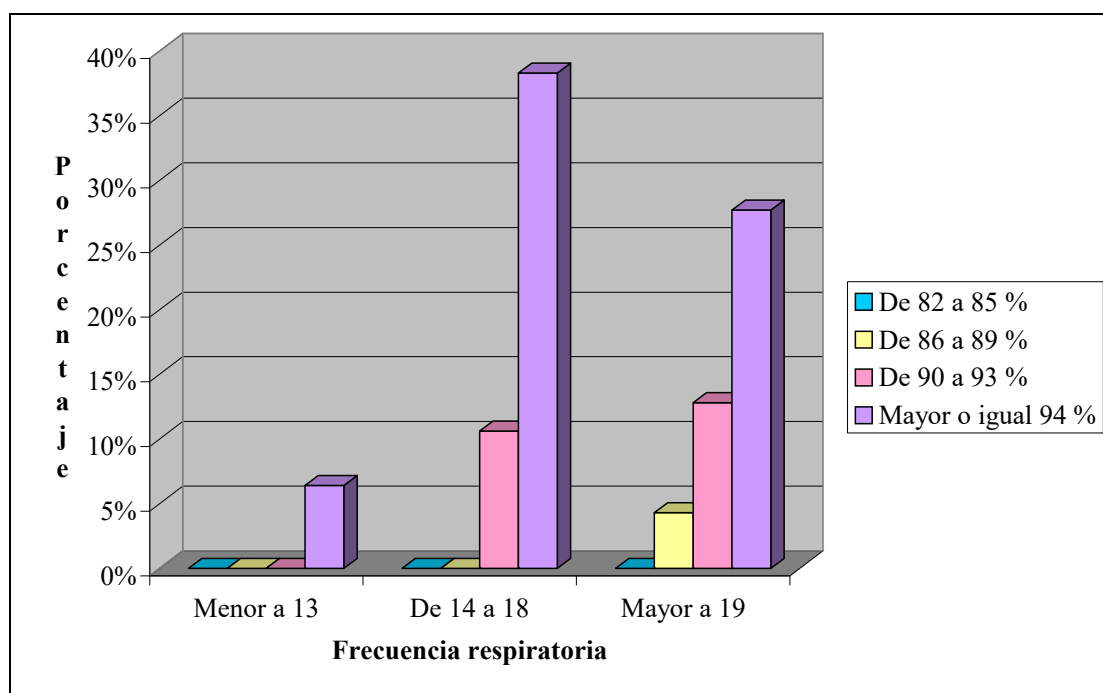


**Análisis:** Podemos observar que existe una mayor prevalencia de reposo en posición semifowler en las personas con restricción física, lo cual significa un beneficio para éstas, ya que permite una mayor expansión pulmonar y por ende, una mejor ventilación. Es por este motivo que el reposo en posición semifowler forma parte de los cuidados específicos para los pacientes restringidos, evitando así complicaciones respiratorias producto del inmovilismo.

Cabe destacar la presencia de pacientes sin dicha indicación, ya que éstos podrían presentar complicaciones respiratorias como atelectasia y acúmulo de secreciones, derivando en patologías infecciosas, especialmente en los adultos mayores por su predisposición.

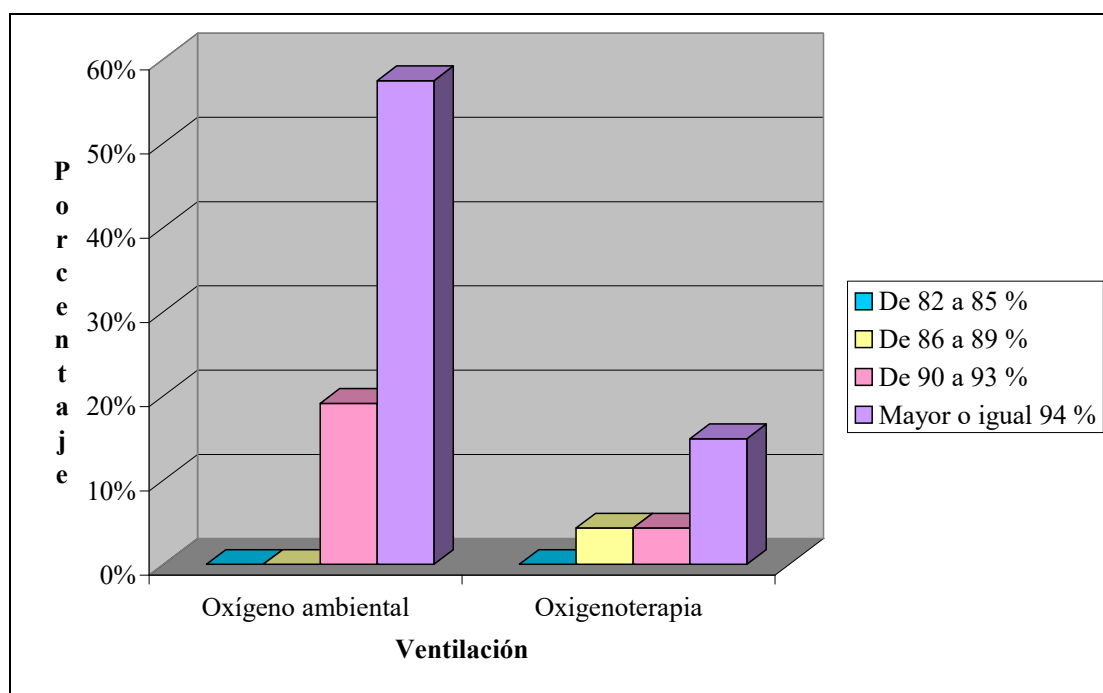
**Tabla y gráfico N° 20:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria”

Frecuencia respiratoria	Saturación de oxígeno								Total	
	De 82 a 85 %		De 86 a 89 %		De 90 a 93 %		≥ a 94 %			
Menor a 13	0	0%	0	0%	0	0%	3	6,4%	3	6,4%
De 14 a 18	0	0%	0	0%	5	10,6%	18	38,3%	23	48,9%
Mayor a 19	0	0%	2	4,3%	6	12,8%	13	27,7%	21	44,7%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>4,3%</b>	<b>11</b>	<b>23,4%</b>	<b>34</b>	<b>72,3%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>



**Tabla y gráfico N° 21:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según saturación de oxígeno y ventilación”

Ventilación	Saturación de oxígeno								Total	
	De 82 a 85 %		De 86 a 89 %		De 90 a 93 %		≥ a 94 %			
Oxígeno ambiental	0	0%	0	0%	9	19,1%	27	57,4%	36	76,6%
Oxigenoterapia	0	0%	2	4,3%	2	4,3%	7	14,9%	11	23,4%
<b>Total</b>	0	0%	2	4,3%	11	23,4%	34	72,3%	47	100 %



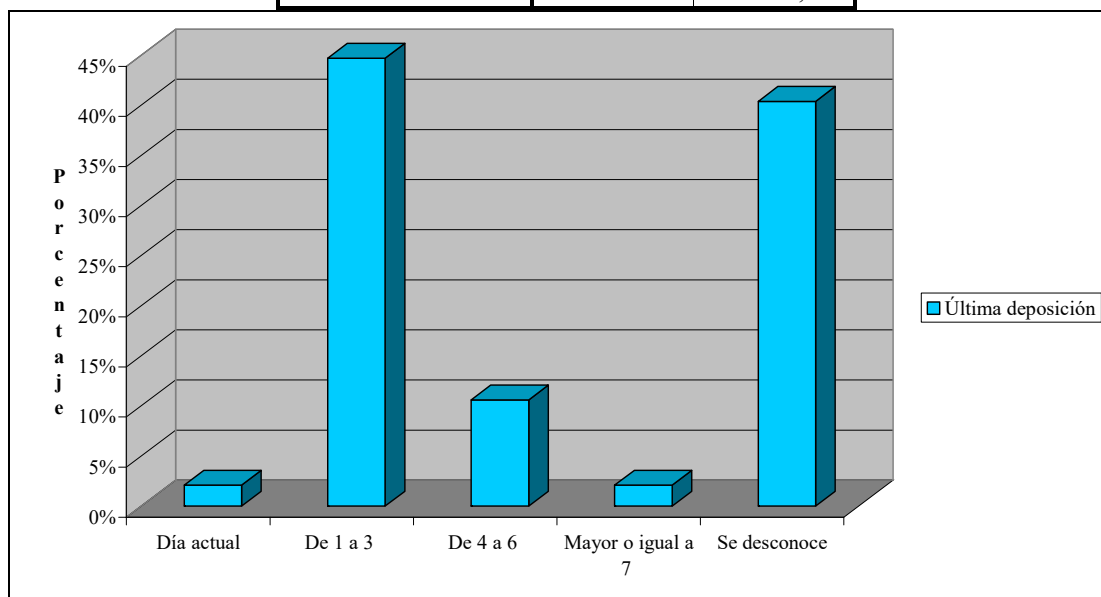
**Análisis de tablas y gráficos 20 y 21:** En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes del estudio se encuentra con una saturación de oxígeno considerada normal, pese a ello se debe destacar que existe un número importante de pacientes con saturación



inferior a lo adecuado y/o con alteración en la frecuencia respiratoria. No es posible determinar si lo anterior es debido a cuidados insuficientes y/o comorbilidad asociada.

**Tabla y gráfico N° 22:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según última deposición”

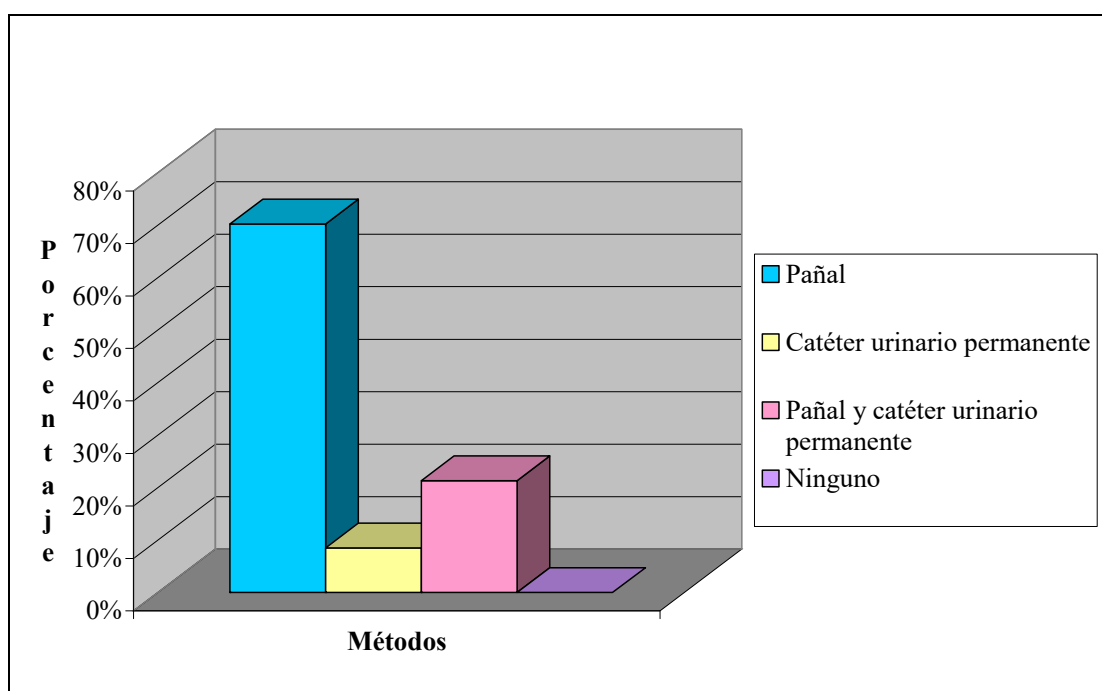
Última deposición	Frecuencia	%
Día actual	1	2,1%
De 1 a 3 días	21	44,7%
De 4 a 6 días	5	10,6%
≥ a 7 días	1	2,1%
Se desconoce	19	40,4%
Total	47	100,0%



**Análisis:** Al analizar la tabla, se desprende que la mayor parte de los pacientes presenta una frecuencia adecuada de eliminación intestinal. Sin embargo, esta cifra no permite realizar conclusiones absolutas con respecto a la satisfacción de esta necesidad, ya que existe un alto porcentaje de pacientes en los que se desconoce dicha información debido a la escasez de registros por parte del equipo de enfermería.

**Tabla y gráfico N° 23:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según métodos para asistir la eliminación intestinal y/o urinaria”

Método para asistir eliminación	Frecuencia	%
Pañal	33	70,2%
Catéter urinario permanente	4	8,5%
Pañal y catéter urinario permanente	10	21,3%
Ninguno	0	0%
Total	47	100,0%



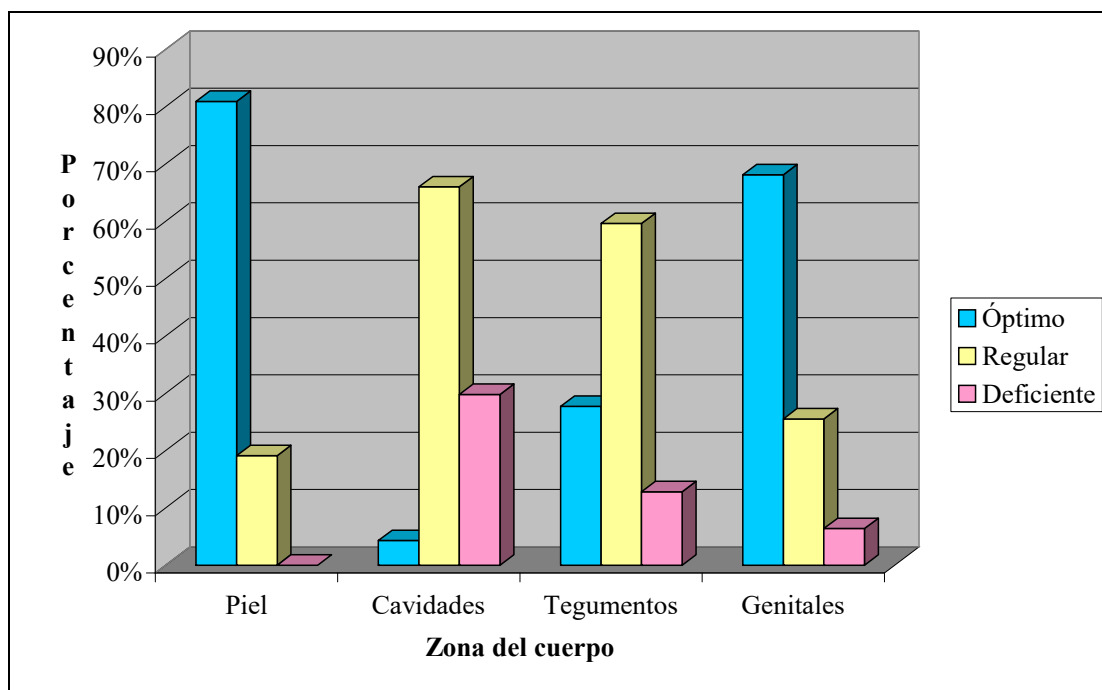
**Análisis:** En la tabla se observa que las personas con restricción física presentan al menos un método para asistir su eliminación, ya sea urinaria o intestinal. Ésto es

importante debido a que los pacientes se encuentran impedidos para satisfacer esta necesidad de forma autónoma.

Sin embargo, no es posible determinar el cuidado de enfermería en la utilización de métodos de eliminación, pues es necesario indagar con mayor profundidad si éstos se acompañan de intervenciones fundamentales asociados a su uso por parte del equipo de enfermería.

**Tabla y gráfico N° 24:** “Total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke distribuidos según estado higiénico de piel, cavidades, tegumentos y genitales”

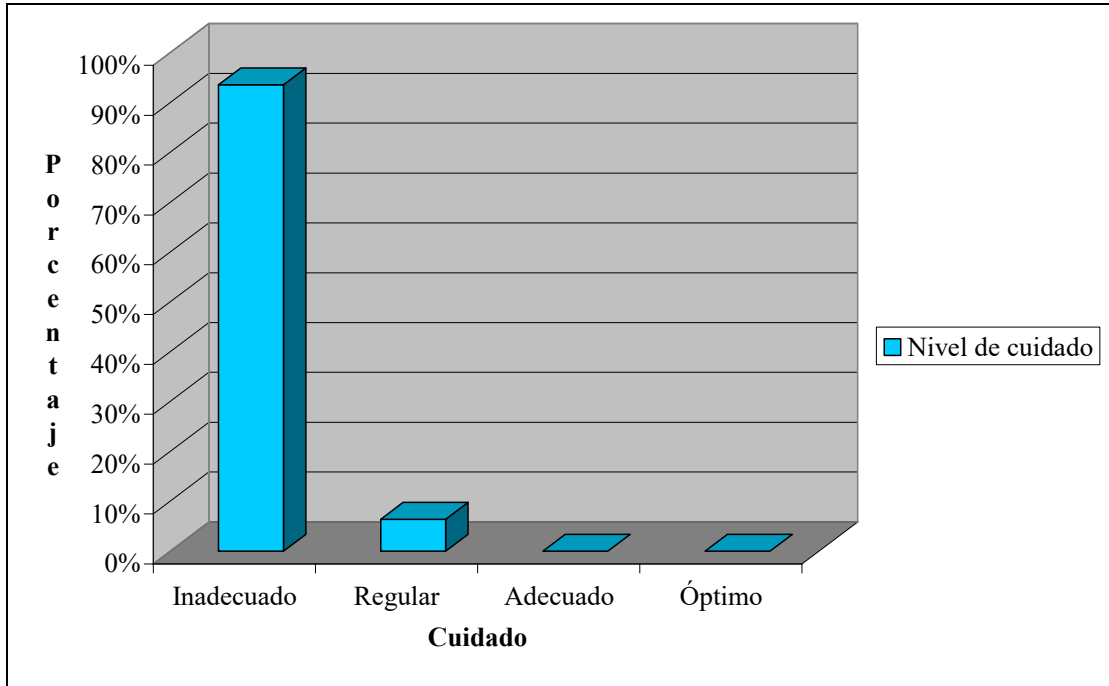
	Estado higiénico							
	Piel		Cavidades		Tegumentos		Genitales	
Óptimo	38	80,9%	2	4,3%	13	27,7%	32	68,1%
Regular	9	19,1%	31	66,0%	28	59,6%	12	25,5%
Deficiente	0	0%	14	29,8%	6	12,8%	3	6,4%
Total	47	100,0%	47	100,0%	47	100,0%	47	100,0%



**Análisis:** En la siguiente tabla se observa que gran parte de las zonas consideradas en este estudio, se encuentran en un estado higiénico deficiente o regular, lo que nos indicaría que la necesidad de higiene se encuentra parcialmente satisfecha en estos adultos mayores. Dentro de las áreas que se encuentran con mayor descuido se encuentran las cavidades y tegumentos, lo que puede traer como consecuencia infecciones bucofaríngeas y oculares.

**Tabla y gráfico N° 25:** “Nivel de cuidado otorgados a los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Gustavo Fricke”

Nivel de cuidado	Frecuencia	%
Cuidado inadecuado	44	93,6%
Cuidado regular	3	6,4%
Cuidado adecuado	0	0%
Cuidado óptimo	0	0%
Total	47	100,0%



**Análisis:** En la siguiente tabla se analiza el cuidado a partir de una clasificación elaborada con los elementos esenciales que según la teoría se debiesen otorgar a todas las personas en las que se utilice restricción física, sin embargo, los resultados obtenidos nos revelan que la mayor parte de los adultos mayores estudiados no reciben dichos cuidados, lo que puede generar complicaciones como úlceras por presión, lesiones traumáticas, neumonía, aumento de la confusión, estrés (físico y psíquico), entre otros.

---

## **CAPÍTULO 5**

## **CONCLUSIONES**

---

## 5.1 CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio, se puede concluir que los objetivos planteados en relación a la descripción de los cuidados para la satisfacción de las necesidades de oxigenación, eliminación, higiene y protección de la piel, sólo se cumplen parcialmente, ya que uno de los factores que obstaculizó nuestro estudio fue la ausencia de registro por parte del equipo de salud, dificultando la recolección de datos con mayor exactitud. Otro factor determinante para el cumplimiento de este objetivo fue el tiempo disponible para el estudio, ya que para entregar una descripción acabada se requiere investigar durante mayor número de meses y horas al día.

Con respecto a la necesidad de oxigenación, se encuentra aparentemente satisfecha en la mayoría de los adultos mayores, ya que un alto porcentaje presenta una saturación de oxígeno considerada normal y la mejor posición para favorecer la ventilación.

En relación a la necesidad de eliminación intestinal/urinaria, ésta se encuentra parcialmente satisfecha, ya que la mayoría de los adultos mayores cumplía satisfactoriamente con uno de los parámetros considerados en nuestro estudio, es decir, con la utilización de métodos para asistir la eliminación. Sin embargo, no es posible precisar con exactitud la ejecución de las intervenciones necesarias para el cumplimiento de esta necesidad, debido a la inexistencia de registro.

En cuanto a la necesidad de higiene y protección de la piel, se cumple parcialmente ya que en la mayoría de los adultos mayores se aprecia una higiene adecuada de piel y genitales, lo que demuestra la asistencia de cuidados para satisfacer esta necesidad. Sin embargo, existen otras áreas en que se observa una higiene regular, ocasionado posiblemente por la falta de tiempo o de personal en el servicio, lo cual fue comprobado

por las tésistas durante la aplicación del instrumento, lo que coincidía con el horario en que se realiza el aseo y confort de los usuarios.

Con respecto a las restricciones físicas utilizadas, podemos concluir que en su mayoría no existía registro de indicación y correspondían a muñequeras de confección artesanal con apósitos, sin embargo, la utilización de este material favoreció a que más de la mitad de los pacientes mantuvieran el estado de la piel sana en la zona de restricción y que el porcentaje restante sólo presentara alteraciones leves, sin pérdida de la integridad.

Para finalizar, podemos señalar que el cuidado otorgado a los adultos mayores con restricción física en el servicio donde realizamos el presente estudio, no se ajusta a lo requerido según la revisión bibliográfica ni al protocolo existente en el servicio, debido a que no se entregan la mayoría de las intervenciones específicas que resguardan la integridad de los pacientes en esta condición.



## 5.2 RECOMENDACIONES

- Entregar una capacitación constante respecto a la restricción física y su utilización en los servicios en donde ésta se aplique, especialmente en donde se realizó el estudio, con el fin de que el equipo de salud entregue los cuidados necesarios a los pacientes que se encuentren en esta situación.
  
- Difundir el protocolo existente en el Servicio de Medicina a todos los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de unificar criterios y que cada cual conozca sus responsabilidades frente al uso de la restricción física.
  
- Confeccionar una hoja específica para los pacientes que se encuentren con restricción física donde se registre la indicación y la ejecución de los cuidados e incluirla en la ficha clínica del paciente.
  
- Registrar los cuidados y las intervenciones específicas con respecto a las restricciones físicas de manera completa y oportuna, ya que esto favorecería la comunicación y el trabajo interdisciplinario efectivo en el servicio, otorgando así, un cuidado continuo y de calidad a los pacientes.
  
- Elaborar una Norma Ministerial para el manejo de pacientes hospitalizados con restricción física, ya que este tema ha sido abordado sólo en el ámbito de la salud mental y de la psiquiatría por parte de las autoridades sanitarias, restando importancia a las consecuencias negativas que puede generar un uso incorrecto de esta medida, las que pueden derivar incluso en sanciones de tipo legal que involucren a un profesional en particular o a toda una institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

### LIBROS

- DU GAS, Beverly Witter. Tratado de enfermería practica. 4º Ed. México, McGraw-Hill, 2000. 203-521 p.
- EL PENSAMIENTO ENFERMERO por Suzanne Kéronac “et al”. España, Elsevier Masson, 1996. 28-29 p.
- HENDERSON, Virginia y col. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra, Colegio Internacional de Enfermeras, 1971. 1-63 p.
- JACOBY, Robin y OPPENHEIMER, Catherine. Psiquiatría en el Anciano. Barcelona, España, Masson, 2005. 531-547 p.
- KOZIER, Bárbara y cols. Fundamentos de Enfermería. 7ª ed. España, McGraw Hill Interamericana, 2005. Vol. 1.
- LANDERFERD, Seth. PALMER, Robert y col. Diagnóstico y Tratamiento en Geriatría. México, El Manual Moderno, 2005. 63-65 p.
- LUIS, María Teresa y cols. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. España, Elsevier Masson, 2005, 52-53 p.

- MARRINER Ana. Virginia Henderson, Definición de la enfermería clínica. En su: Modelos y teorías en enfermería. 5º ed. España, Mediterráneo, 2003. pp. 98 a 111
- MARTHEZ y MARRINER. Introducción a la teoría de la enfermería: historia, terminología y análisis. En su: Modelos y teorías en enfermería. 5º ed. España, Mediterráneo, 2003. pp. 3-13
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Norma técnica: Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora. Chile, Julio 2003.
- RAILE y MARRINER. Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. En su: Modelos y teorías en enfermería. 5º ed. España, Mediterráneo, 2003. pp. 14-31
- SALGADO, Alberto y GUILLÉN, Francisco. Manual de Geriatria. España, Elsevier España, 2002. 284-286 p.

## **REVISTAS**

- ALARCÓN T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o Falta de Formación? Revista española de geriatría y gerontología, 36(1): 46-50, Marzo 2001.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Programa de Salud del Adulto. Serie de guías clínicas. Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras. 2000(1)

- NAPIERKOWSKY, D. Restringir la Utilización de Sujeciones. Nursing, 21: 19-22, Mayo 2003.
- ZUNZUNEGUI MV. Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones. Revista española de Geriatria y Gerontología, 40: 4-6, Febrero 2005.

### **INTERNET (WEB)**

- **COLEGIO DE ENFERMERAS.** La importancia de un reconocimiento legal [En línea] disponible en:  
<<http://www.colegiodeenfermeras.cl>>. [Fecha de búsqueda: 22-08-2007].
- **COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL.** Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización [En línea] disponible en:  
<[http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2004/01\\_175\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_04.htm)> [Fecha de búsqueda: 05-10-2006].
- **COMUNIDAD ACTIVA DE ARTICULOS EXCLUSIVOS.** Trastornos del sueño en un adulto mayor [En línea] disponible en:  
< <http://www.categoriageneral.com/transtornos-del-sueno-en-un-adulto-mayor/>>. [Fecha de búsqueda: 29-02-2008].

- **DEL RIO SEVILLA, MERCEDES Y COLS.** Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados perfiles de pacientes y motivos de su uso. [En línea] disponible en:

<[www.profei.com/Centre\\_doc\\_2006/GESTI%D3%20DE%20CENTRES/Documents\\_gestio\\_residencias/Restricciones\\_fisicas.pdf](http://www.profei.com/Centre_doc_2006/GESTI%D3%20DE%20CENTRES/Documents_gestio_residencias/Restricciones_fisicas.pdf)> [Fecha de búsqueda: 24-01-2008].

- **ESCUELA DE MEDICINA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.** Manual de patología general [En línea] disponible en:

<<http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/ManualPatologiaIndice.html>>. [Fecha de búsqueda: 21-01-2008].

- **EROSKI.** Como atender a nuestros mayores [En línea] disponible en:

<[http://mayores.consumer.es/documentos/mayores/atender\\_necesidades/movilizacion\\_imprimir.php](http://mayores.consumer.es/documentos/mayores/atender_necesidades/movilizacion_imprimir.php)>. [Fecha de búsqueda: 29-02-2008].

- **ESCUELA DE MEDICINA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.** Cuadernos de Neurología [En línea] disponible en:

< <http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/Indice.html> >. [Fecha de búsqueda: 21-01-2008].

- **FUNDACION LAS ROSAS.** Tercera edad en Chile [En línea] disponible en:

<[http://www.flrosas.cl/prontus4\\_flrosas/site/artic/20050509/pags/20050509095656.html](http://www.flrosas.cl/prontus4_flrosas/site/artic/20050509/pags/20050509095656.html)>. [Fecha de búsqueda: 24-06-2007].

- **HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.** Descripción de la institución [En línea] disponible en:  
<[http://www.hospitalfricke.cl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=174&Itemid=134](http://www.hospitalfricke.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=134)>. [Fecha de búsqueda: 01-02-2008].
  
- **JULIO JOFRÉ MORENO.** La importancia de un reconocimiento legal [En línea] disponible en:  
<<http://www.colegiodeenfermeras.cl>>. [Fecha de búsqueda: 05-08-2007].
  
- **MEDLINE PLUS.** Medicina, hierbas y suplementos [En línea] disponible en:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginformation.html>>. [Fecha de búsqueda: 21-01-2008].
  
- **MINISTERIO DE SALUD (MINSAL).** Departamento de Estadísticas e información de salud [En línea] disponible en:  
<<http://www.minsal.cl/>> [Fecha de búsqueda: 21-05-2007].
  
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** Temas de salud [En línea] disponible en:  
<<http://www.who.int/topics/es/>>. [Fecha de búsqueda: 21-01-2008].
  
- **PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS GERONTOLOGICOS (Morales Maria Eugenia).** CHILE ENVEJECE: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario [En línea] disponible en:  
<<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/morales.pdf>> [Fecha de búsqueda: 19-10-2007].

- **SCIELO CUBA.** La enfermería como disciplina profesional holística legal [En línea] disponible en:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000200007&script=sci_arttext)>.

[Fecha de búsqueda: 17-07-2007].

- **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA.** Documento técnico nº 3 de la SEGG-julio 2003 hacia una cultura sin restricciones físicas en ancianos institucionalizados [En línea] disponible en:

<<http://www.arrakis.es/~seegg/>> [Fecha de búsqueda: 08-10-2006].

- **SUPERINTENDENCIA DE SALUD.** Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 – 2020 [En línea] disponible en:

<<http://www.supersalud.cl/documentacion/569/article-3517.html>> [Fecha de búsqueda: 03-06-2007].

- **VADEMECUM.** [En línea] disponible en:

<<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/indicea.htm>>. [Fecha de búsqueda: 21-01-2008].

---

## **ANEXOS**

---



---

## **INSTRUCTIVO “VALORACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON RESTRICCIÓN FÍSICA”**

El instrumento será aplicado por las estudiantes de 4° año de la carrera de enfermería que llevan a cabo esta investigación a los adultos mayores hospitalizados que presenten restricción física, desde las 7:00 hasta las 9:00 am aproximadamente.

Para responder este instrumento se debe utilizar lápiz pasta completando la información solicitada con letra imprenta y legible.

El instrumento consta de 56 preguntas que se distribuyen en tres ítems y a continuación se entregarán las instrucciones específicas para cada uno:

### **A) Revisión de documentos:**

Para completar este ítem se debe revisar los siguientes documentos correspondientes a la actual hospitalización del paciente:

- \* Hojas de evolución médica
- \* Hojas de enfermería
- \* Hoja de ingreso
- \* Hoja de ingreso de enfermería
- \* Registro de las indicaciones de enfermería según el sistema de la institución o servicio, por ejemplo cartolas, tarjetones o tarjetas.

Este segmento cuenta con dos sub ítems, el primero busca recoger los aspectos generales del paciente y el segundo los aspectos específicos.

I.- Aspectos Generales, cuenta con 9 preguntas abiertas.

II.- Aspectos Específicos, posee 21 preguntas de selección donde se debe marcar con una X el(los) casillero(s) contiguo(s) a la(s) respuesta(s) correspondiente(s). Si es necesario, especificar algún aspecto que se solicita.

- En la pregunta número 3 de este sub ítem se deben clasificar las enfermedades que posee el adulto mayor durante la hospitalización. La clasificación se realizará de la siguiente manera:
  - \* Enfermedades respiratorias: Edema pulmonar aguda (EPA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia respiratoria
  - \* Enfermedades respiratorias de origen infeccioso: Neumonía, influenza y bronconeumonía.
  - \* Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión Arterial (HTA), colesterol elevado, hipotensión, Accidente Vascular Encefálico (AVE), cardiopatías, Fibrilación Auricular (FA), Arritmia Completa por Fibrilación Auricular (AC x FA), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) y Hemorragia Intracraneana (HIC)
  - \* Enfermedades digestivas: Dolor abdominal, síndrome emético, síndrome diarreico, diverticulitis, TIA, gastroenterocolitis aguda y hemorragias digestivas.
  - \* Enfermedades endocrinas: Diabetes, hipo/hipertiroidismo.
  - \* Enfermedades metabólicas: Deshidratación y déficit de VEC.
  - \* Enfermedades genitourinarias: Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y vejiga neurogénica.
  - \* Enfermedades genitourinarias de origen infeccioso: Infección urinaria, Pielonefritis y sepsis urinaria.
  - \* Neoplasias: Tumores, linfoma y carcinoma.
  - \* Enfermedades hematológicas: Anemia.
  - \* Enfermedades inmunológicas: Artritis reumatoide.

- \* Trastornos mentales y del comportamiento: Síndrome confusional, demencia vascular y demencia orgánica cerebral.
  - \* Enfermedades del SNC: Alteración de conciencia
  - \* Traumatismos: Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
  - \* Otros: Dermatoceulitis, sepsis de catéter, pie diabético y alcoholismo.
- 
- En la pregunta número 4, se debe clasificar la respuesta según las alternativas de la pregunta N° 3.
  - En las preguntas número 7 y 8 se considerara como psicofármacos los siguientes tipos:
    - \* Antidepresivos: Amitriptilina, Fluoxetina, Citalopram.
    - \* Antipsicóticos o Neurolépticos: Clorpromazina, Haloperidol, Clozapina.
    - \* Estabilizadores del ánimo: Ácido Valproico, Carbamazepina, Gabapentina.
    - \* Ansiolíticos: Alprazolam, Diazepam, Lorazepam.
    - \* Hipnóticos: Zolpidem, Zolpiclona.
  - En la pregunta número 9 Polifarmacia, según la OMS, se considera más de tres medicamentos simultáneamente.

**B) Valoración física:**

Para completar este ítem se debe realizar un examen físico general y segmentario al paciente, con énfasis en los aspectos solicitados y según lo observado marque con una X el(los) casillero(s) contiguo(s) a la(s) respuesta(s) correspondiente(s). Igualmente, si es necesario, se debe especificar algún aspecto que se solicita en el instrumento.

- En la pregunta número 29 se debe indicar el estado higiénico de tegumentos, lo que incluye valorar cabello y uñas de extremidades superiores e inferiores.
- En la pregunta número 30 se debe indicar el estado higiénico de la piel, lo que incluye valorar toda el área corporal exceptuando los tegumentos, cavidades y genitales.
- En la pregunta número 31 se debe indicar el estado higiénico de las cavidades, lo que incluye valorar el pabellón auricular, cavidad bucal, fosas nasales y ojos.
- En la pregunta número 32 se debe indicar el estado higiénico de los genitales, por lo que se debe valorar el estado de toda la zona genito-anal.
- Para clasificar el estado higiénico en las preguntas 29, 30, 31 y 32 se considerará como:
  - \* Óptimo: Cuando la zona indicada se encuentre limpia, es decir, sin rastros de suciedad, ni mal olor.
  - \* Regular: Cuando la zona indicada se encuentre parcialmente limpia.
  - \* Deficiente: Cuando la zona indicada se encuentre sucia y/o de mal olor.
- Desde la pregunta 38 a la 45, indique el estado de la piel y el grado de UPP sólo si presenta restricción física en la zona señalada.
- En las preguntas 39, 41, 43, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55 se solicita especificar el grado de la úlcera por presión correspondiente, para lo cual se debe utilizar la siguiente clasificación:

Grado 1: Eritema cutáneo que no presenta pérdida de continuidad de la piel. Hay cambios de coloración y temperatura, edema, sensibilidad e induración.

Grado 2: Pérdida de epidermis, dermis o ambas. Se presenta como un orificio tapizado con tejido de granulación o fibrina, sin infección.

Grado 3: Pérdida completa de la epidermis, dermis y daño del tejido subcutáneo, el que puede llegar hasta la fascia, provocando, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.

Grado 4: Completa pérdida del espesor de la piel con extensa destrucción, necrosis de tejidos, daño muscular, ósea o de estructuras de soporte y, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.

- En la pregunta 46 se debe preguntar a la persona respecto del dolor en la (s) zona (s) que se encuentra con restricción.

### **III) Clasificación del cuidado**

Para completar este ítem se debe analizar desde la pregunta número 15 a la pregunta número 20, asignando valores a cada una de las alternativas seleccionadas de la siguiente manera:

- \* En la preguntas número 15, 16 y 17 se asignará dos puntos a cada alternativa, en el caso de que una de las alternativas se repita se le asignará puntaje solo una vez.
- \* En la pregunta numero 18, se asignará tres puntos a cada alternativa
- \* En la pregunta numero 19, se asignará un punto a cada alternativa
- \* En la pregunta numero 20, se asignará dos puntos a cada alternativa.

Una vez obtenido el puntaje total se debe clasificar el cuidado en:

\* Cuidado inadecuado (0 a 15 pts) Corresponderá a expectativas, objetivos y un plan de atención de cuidado para pacientes con restricción física, no acordes a la situación del paciente y por ende acciones de enfermería no bien delimitadas.

\* Cuidado regular:(16 a 21 pts.) Corresponderá a expectativas, objetivos y un plan de atención de cuidado para pacientes con restricción física con un tiempo límite fijado inadecuadamente y por ende sólo algunas acciones de enfermería bien definidas.

\* Cuidado adecuado:(22 a 28 pts.) Corresponderá a expectativas y objetivos de un plan de cuidados para pacientes con restricción física con un tiempo fijado adecuadamente para cumplir dicho plan, además las acciones de enfermería estarán bien delimitadas.

\* Cuidado óptimo:(29 a 30 pts) Corresponderá a expectativas y objetivos de un plan de cuidados para pacientes con restricción física que se adelanta a los hechos considerando la satisfacción de sus necesidades, con acciones de enfermería delimitadas y ejecutadas en un tiempo apropiado.

Al finalizar este instrumento se deja espacio para agregar, sólo si es necesario, alguna observación relevante respecto del paciente en estudio, según el juicio de quien aplique éste instrumento.

Abreviaturas especiales:

CSV: Control de Signos Vitales.

EVA: Escala Visual Análoga.

SNC: Sistema Nervioso Central

UPP: Úlcera Por Presión.

## VALORACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON RESTRICCIÓN FÍSICA

### A) REVISIÓN DE DOCUMENTOS

#### I.- Aspectos Generales:

Hora y fecha:		
Nombre completo del paciente:		
Unidad:	Sala:	Cama:
Fecha de ingreso:	Procedencia:	
Fono:		
Nombre(s) encuestador(es):		

#### II.- Aspectos Específicos:

1.  Edad:

1) 65 a 69 años	
2) 70 a 74 años	
3) 75 a 79 años	
4) 80 a 84 años	
5) 85 a 89 años	
6) ≥ 90 años	

2.  Sexo:

1) Femenino	
2) Masculino	

3.  Diagnóstico de ingreso

1) Respiratorio	
2) Respiratorio de origen infeccioso	
3) Cardiovascular	
4) Digestivo	
5) Endocrino	
6) Genito urinario	
7) Genito urinario de origen infeccioso	
8) Neoplasia	
9) Hematológico	
10) Metabólico	
11) Inmunológico	
12) Trastornos mentales y del comportamiento	
13) SNC	
14) Traumatismos	
15) Otro	

4.  Diagnóstico actual:

(Según alternativas de la pregunta N° 3)

5.  Días de hospitalización:

1) 0 a 1 día	
2) 2 a 3 días	
3) 4 a 5 días	
4) 6 a 7 días	
5) 8 a 9 días	
6) 10 a 11 días	
7) $\geq$ 12 días	

6.  Intervención quirúrgica durante hospitalización

1) Sí	
2) No	

7.  Psicofármacos previos a la hospitalización:

1) Sí	
2) No	

8.  Indicación actual de psicofármacos:

1) Sí	
2) No	

9.  Polifarmacia actual:

1) Sí	
2) No	

10.  Vínculo persona responsable

1) Familiar	
2) Cuidador (a)	
3) Se desconoce	

11.  Última deposición

1) Día actual	
2) De 1 a 3 días	
3) De 4 a 6 días	
4) $\geq$ a 7 días	
5) Se desconoce	



12.  Si la última deposición es  $\geq$  a 7 días, indique las intervenciones realizadas para favorecer la eliminación intestinal:

1) Masajes en zona abdominal	
2) Aumento en la ingesta de líquido	
3) Dieta rica en fibras	
4) Vaselina vía oral	
5) Enema	
6) Proctocclisis	
7) Ninguna de las anteriores	

13.  Existe registro en la ficha clínica de indicación de la restricción física del paciente:

1) Sí	
2) No	

14.  Si la respuesta a la pregunta 12 es sí, señale el miembro del miembro del equipo de salud que indicó la restricción:

1) Médico		Cual:
2) Enfermera(o)		
3) Otro		

15.  Existe algún registro de indicación médica en la ficha clínica, de los siguientes cuidados:

1) CSV cada 2 hrs	
2) Liberar cada extremidad restringida 1 vez cada hora	
3) Mantener en posición semifowler	
4) Cambio de posición cada 2 hrs	
5) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción cada 2 hrs	
6) Realizar ejercicios pasivos	
7) Ninguno	

16.  Existe algún registro de indicación del profesional enfermera/o en la ficha clínica de los siguientes cuidados:

1) CSV cada 2 hrs	
2) Liberar cada extremidad restringida 1 vez cada hora	
3) Mantener en posición semifowler	
4) Cambio de posición cada 2 hrs	
5) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción cada 2 hrs	
6) Realizar ejercicios pasivos	
7) Ninguno	

17.  Existe algún registro de indicación de otro profesional o miembro del equipo en la ficha clínica de los siguientes cuidados:

1) CSV cada 2 hrs	
2) Liberar cada extremidad restringida 1 vez cada hora	
3) Mantener en posición semifowler	
4) Cambio de posición cada 2 hrs	
5) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción cada 2 hrs	
6) Realizar ejercicios pasivos	
7) Ninguno	

18.  En relación a los cuidados anteriormente nombrados indique cuales se ejecutan:

1) CSV cada 2 hrs	
2) Liberar cada extremidad restringida 1 vez cada hora	
3) Mantener en posición semifowler	
4) Cambio de posición cada 2 hrs	
5) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción cada 2 hrs	
6) Realizar ejercicios pasivos	
7) Ninguno	

19.  Señale si existe otra frecuencia de indicación del cuidado otorgado:

1) CSV	
2) Liberar cada extremidad restringida	
3) Cambio de posición	
4) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción	

20.  Responda si existe otra frecuencia de ejecución del cuidado otorgado:

1) CSV	
2) Liberar cada extremidad restringida	
3) Cambio de posición	
4) Valorar color y sensibilidad en zona de restricción	

21.  En relación a los cuidados otorgados, indique quien los ejecuta:

1) Médico		Cual:
2) Enfermera		
3) Técnico paramédico		
4) Otro		

**B) VALORACIÓN FÍSICA:**

22.  Posición en cama:

1) Fowler	<input type="text"/>	
2) Semi-Fowler	<input type="text"/>	
3) Decúbito Dorsal (180°)	<input type="text"/>	
4) Otro	<input type="text"/>	Cual:

24.  Ventilación con:

1) Oxígeno ambiental	<input type="text"/>
2) Oxigenoterapia	<input type="text"/>

26.  Saturación de oxígeno:

1) 82 a 85 %	<input type="text"/>
2) 86 a 89 %	<input type="text"/>
3) 90 a 93 %	<input type="text"/>
4) $\geq$ 94 %	<input type="text"/>

28.  Frecuencia cardiaca por minuto:

1) $\leq$ a 59	<input type="text"/>
2) 60 a 90	<input type="text"/>
3) $\geq$ a 91	<input type="text"/>

30.  Indique el estado higiénico de piel:

1) Óptima	<input type="text"/>
2) Regular	<input type="text"/>
3) Deficiente	<input type="text"/>

23.  Frecuencia respiratoria por minuto:

1) $\leq$ a 13	<input type="text"/>
2) 14 a 18	<input type="text"/>
3) $\geq$ a 19	<input type="text"/>

25.  Si presenta oxigenoterapia, indique los litros por minuto con los que se encuentra al momento de la valoración:

1) 1 a 3 litros	<input type="text"/>
2) 4 a 6 litros	<input type="text"/>
3) 7 a 9 litros	<input type="text"/>
4) 10 a 12 litros	<input type="text"/>
5) 13 a 15 litros	<input type="text"/>

27.  Señale si presenta los siguientes signos:

1) Disnea	<input type="text"/>	Características:
2) Tos	<input type="text"/>	
3) Cianosis	<input type="text"/>	
4) Expectoración	<input type="text"/>	
5) Ninguno	<input type="text"/>	

29.  Indique el estado higiénico de tegumentos:

1) Óptima	<input type="text"/>
2) Regular	<input type="text"/>
3) Deficiente	<input type="text"/>

31.  Indique el estado higiénico de cavidades:

1) Óptima	<input type="text"/>
2) Regular	<input type="text"/>
3) Deficiente	<input type="text"/>

32.  Indique el estado higiénico de genitales:

1) Optima	
2) Regular	
3) Deficiente	

34.  Número de restricciones:

1) 1	
2) 2	
3) 3	
4) 4	
5) $\geq$ a 5	

36.  Tipo de material de la restricción:

1) Metálico	
2) Tela	
3) Plástico	
4) Apósito	
5) Otro	

38.  Estado de piel de muñeca derecha:

1) Sano	
2) Sequedad	
3) Equimosis	
4) Edema	
5) UPP	

40.  Estado de piel de muñeca izquierda:

1) Sano	
2) Sequedad	
3) Equimosis	
4) Edema	
5) UPP	

33.  Señale si presenta alguno de los siguientes métodos para asistir la eliminación:

1) Pañal	
2) Catéter urinario permanente	
3) Estuche peneal	
4) Ninguno	

35.  Tipo de restricción:

1) Muñequera	
2) Tobillera	
3) Tablilla	
4) Camisa	
5) Cinturón	
6) Otra	Cual:

37.  Se encuentra con barandas:

1) Si	
2) No	

39.  Si la respuesta a la pregunta anterior es UPP especifique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

41.  Si la respuesta a la pregunta anterior es UPP especifique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

42.  Estado de piel de zona maleolar del pie derecho:

1) Sano	
2) Sequedad	
3) Equimosis	
4) Edema	
5) UPP	

44.  Estado de piel de zona maleolar del pie izquierdo:

1) Sano	
2) Sequedad	
3) Equimosis	
4) Edema	
5) UPP	

46.  Dolor en zona de restricción según la Escala de EVA:

1) Sin dolor	
2) 1 a 3 – Leve	
3) 4 a 6 – Moderado	
4) $\geq$ a 7 – Intenso	
5) No Responde	

48.  Si presenta UPP en pregunta 46 señale la(s) zona(s):

1) Occipucio	
2) Escapular	
3) Sacra	
4) Trocánter	
5) Maleolar	
6) Talón	
7) Otra zona	Especifique:

43.  Si la respuesta a la pregunta anterior es UPP especifique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

45.  Si la respuesta a la pregunta anterior es UPP especifique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

47.  Número de UPP en zona sin restricción:

1) 0	
2) 1 – 2	
3) 3 – 4	
4) 5 – 6	
5) $\geq$ a 7	

49.  Si presenta UPP en Occipucio indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

50.  Si presenta UPP en Escápulas indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

52.  Si presenta UPP en Trocánter indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

54.  Si presenta UPP en Talón indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

51.  Si presenta UPP en Sacro indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

53.  Si presenta UPP en Maleolos indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

55.  Si presenta UPP en otra(s) zona(s) indique:

1) Grado 1	
2) Grado 2	
3) Grado 3	
4) Grado 4	

**C) CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO:**

56.  Nivel de cuidado otorgado  
Indique a que cuidado corresponde:

1) 0 a 15 puntos – Cuidado inadecuado	
2) 16 a 21 puntos – Cuidado regular	
3) 22 a 28 puntos – Cuidado adecuado	
4) 29 a 30 puntos – Cuidado óptimo	

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_