



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



DEMANDA DE CUIDADOS ENFERMEROS DE LOS RESIDENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOGAR DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE SALTO

Autor:

Lic. Enf. Miriam Raquel Díaz Martínez

Tutor:

Prof. Mg. Miriam Costabel

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Centro de Posgrado



Demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en un Hogar de
Adultos Mayores de la ciudad de Salto.

Autor:

Lic. Enf. Díaz Martínez, Miriam Raquel

“Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de los Servicios de Salud, en
el marco del Programa de la Maestría año 2009”

Tutor de tesis: Prof. Mg. Miriam Costabel

Salto, mayo 2017

Ficha catalográfica: incorpora la información requerida para su indexación en bases de datos. Se realiza por personal de Biblioteca.

Hoja de aprobación

Agradecimientos

A mi tutora, Prof. Mg. Miriam Costabel, por su orientación y apoyo brindado para la realización de esta tesis.

A la Dirección del Hospital Salto, que autorizaron la realización de este estudio, especialmente a la Dra Carolina Lluberas, por su disponibilidad y contribución para lograr los mejores resultados.

Al personal de enfermería del hogar en estudio, que colaboró constantemente y con gran disposición.

A las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Romina López, e interna Carolina Izaguirre, por su cooperación en la etapa de recolección de datos, y a Renzo Rottini y Leticia Bottaro, por su colaboración en el procesamiento de la información recabada.

A los adultos mayores participantes, por su gran disposición y apertura, sobre todo de su esfera afectiva, muchas veces tan guardada dentro de cada uno.

A mi gran compañero Juan José que siempre me está motivando y contribuyendo para que pueda seguir creciendo en la profesión.

Lista de abreviaturas y de siglas

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

B.P.S: Banco de Previsión Social

ENC: Encuesta Continua de Hogares.

ENHA: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada

DINEM: Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo.

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

INMAYORES: Instituto Nacional del Adulto Mayor

MIDES: Ministerio de Desarrollo y Acción Social

MSP: Ministerio Salud Pública

NIEVE: Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PRONAM: Programa Nacional del Adulto Mayor

SIVE: Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento

UDELAR: Universidad de la República

Resumen

La demanda de cuidados de enfermería en la persona mayor representa un aspecto trascendental en los escenarios demográficos actuales y futuros del país, en una etapa actual de implementación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

El que se presenta es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado a sesenta y seis personas de un Hogar de Adultos Mayores de la ciudad de Salto. El objetivo era determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en el Hogar de Adultos Mayores del prestador público de salud, de la ciudad de Salto; en base a su Valoración Geronto- Geriátrica Integral, y a la identificación de sus catorce Necesidades Humanas Básicas, según el Modelo de Enfermería de Virginia Henderson, en el período diciembre del año 2016. Se aplicó un instrumento, compuesto por variables socio- demográficas- epidemiológicas; de Valoración Geronto- Geriátrica Integral; y de Necesidades Humanas Básicas/Fundamentales. Los hallazgos mostraron que la mayoría de los residentes eran hombres, y mayores de 80 años (57.8%). El promedio de edad fue 85 años para las mujeres, y de 78 años para los hombres. El 66,7% de los adultos mayores presentaron algún grado de dependencia para el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria, siendo la dependencia grave, moderada y total, las más frecuentes en las personas mayores de 80 años. La prevalencia de posibles deterioros cognitivos fue de 59,1%; y el 39% de la población poseía síndrome demencial diagnosticado. Los hombres presentaron mayor incapacidad funcional. El 91% de los residentes tenían síndromes geriátricos. En relación a las necesidades humanas identificadas, las que mayor porcentaje de insatisfacción presentaron fueron la número 2, de comer y beber de forma adecuada; la numero 9 de evitar peligros del entorno y no dañar a los demás; la numero 8 de mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física; la

numero 4 de moverse y mantener una postura adecuada; la numero 12 de actuar de manera que la persona se sienta satisfecha consigo misma; y la numero 13 de participar y disfrutar de diversas actividades recreativas. Las necesidades básicas identificadas como insatisfechas en los residentes, presentaron coherencia con las actividades de la vida diaria más afectadas, como fueron la dependencia para el baño o higiene, para subir o bajar escaleras, para vestirse, para deambular. En una persona mayor institucionalizada debe sensibilizarnos, y movilizarnos, la identificación de una elevada, y variada demanda de cuidados enfermeros, determinada por la insatisfacción de necesidades humanas fisiológicas, de seguridad y de auto-realización. Todas las demandas de cuidados que se identificaron, son susceptibles de la intervención de enfermería. Conocer la demanda de cuidados de los adultos mayores institucionalizados debe ser el punto de partida para la gestión del cuidado de esta población. Podría ser un aporte para la toma de decisiones y ejecución de acciones, adecuando las intervenciones a las necesidades de las personas mayores. Facilitaría la estandarización de los procesos, planificando estrategias de diferentes modalidades, sin perder de vista la individualidad de cada persona, y con el último fin de mejorar la calidad de vida de los residentes. Permitiría una mejor administración, con criterios de eficiencia y calidad, de los recursos disponibles, sobre todo los humanos, en términos cuantitativo y cualitativo.

Summary:

The demand for nursing care in the elderly represents a transcendental aspect in the current and future demographic scenarios of our country, at a current stage of implementation of a National Integrated System of Care.

The present study is a descriptive, cross-sectional study of sixty-six people from a Home for the Elderly in the city of Salto. It aims to determine the demand for nursing care of residents institutionalized in the Home for Older Adults of the public health provider, in the city of Salto; In relation to its Geronto-Geriatric Integral Assessment, and the identification of its 14 Basic Human Needs, according to the Virginia Henderson Nursing Model, in the period December 2016. An instrument was applied, composed of socio-epidemiological variables; Of Geronto-Geriatric Comprehensive Assessment; and Basic / Fundamental Human Needs. The findings showed that the majority of the residents are men, and the elderly (57.8%). The average age was 85 years for women, and 78 years for men. 66.7% of older adults present some degree of dependence for compliance with the basic activities of daily living, being the severe, moderate and total dependence more frequent in people over 80 years of age. The prevalence of possible cognitive impairments was 59.1%, and 39% of the population had diagnosed dementia syndrome. Men have greater functional disability. 91% of residents have geriatric syndromes. Regarding the identified human needs, those that presented the highest percentage of dissatisfaction were the number 2, of Eating and drinking adequately; Number 4 to move and maintain proper posture; The number 5 to sleep and rest; The number 8 to maintain the corporal hygiene, to protect the skin and to have good physical appearance; The number 9 to avoid hazards of the environment and not to harm the others; The number 12 to act so that the person is satisfied with himself, and the number 13 to participate and enjoy various recreational activities. This study evidences that the nursing care demand of the majority of the residents of this Home originates from the non-fulfillment of their basic activities of daily life, first in food and nutrition, then in dependence for hygiene or Bath, up and down stairs, dressing and walking, among others. The identification of a high demand for nursing care,

determined by the dissatisfaction of human needs of esteem, belonging and self-fulfillment, all demands susceptible to nursing intervention, must be sensitized, mobilized and transformed. It is hoped that the results obtained will represent a contribution to possible rethinking of nursing interventions, directed towards the real demands of the institutionalized population, thus addressing substantial aspects for the quality management of health services, which care for the elderly adult population.

Palabras Clave: Adulto Mayor Institucionalizado, Necesidades Humanas Básicas, Cuidados, Enfermería

Keywords: Institutionalized Elderly, Basic Human Needs, Care, Nursing

Tabla de contenidos

Introducción	12
Objetivos.....	14
Antecedentes.....	15
Marco teórico.....	25
Metodología.....	55
Resultados.....	75
Discusión.....	112
Conclusiones.....	132
Recomendaciones.....	134
Referencias Bibliográficas.....	137
Anexos.....	157

Introducción

La población mundial está envejeciendo y Uruguay es parte de esa realidad. La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011 .¹ Estos cambios demográficos, implican nuevos desafíos en salud, brindando cuidados de calidad y de largo plazo a los adultos mayores. Es momento de analizar en el lugar donde se están brindando estos cuidados, en la vivienda propia o en instituciones. El cuidado institucional forma parte de nuestra realidad y el número de residencias u hogares para adultos mayores se ha incrementado notoriamente en las últimas décadas. De acuerdo a datos del censo 2011, mencionados por Richero Aguirre M,² se contabilizan 843 residencias en todo el país con un total de 13.817 camas, haciéndose referencia a las residencias registradas y censadas. La pérdida en las capacidades de las personas mayores, sobre todo en la funcionalidad, es lo que muchas veces justificaría la institucionalización.^{op cit 2}

Es prioridad en la agenda política de Uruguay, la implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, y para ello es fundamental incrementar la generación de conocimientos acerca de la situación actual de cuidados en los adultos mayores. La Ley N° 19353, sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, promulgada en noviembre del año 2015, tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia. Pretende abordar el conjunto de acciones públicas y privadas, que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia.³

La valoración geronto- geriátrica integral, y la identificación de la satisfacción/ insatisfacción de las necesidades básicas humanas en los adultos mayores, son puntos

de partida que contribuyen a la implementación de un sistema de cuidados sustentado en la realidad de las personas adultas mayores.

El problema planteado en esta investigación será determinar cuál es la demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en un Hogar de Adultos Mayores de un prestador público de salud, de la ciudad de Salto, en el mes de diciembre del año 2016.

La población de estudio serán los adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Adultos Mayores de un prestador público de salud, de la ciudad de Salto.

El diseño del estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Se espera que esta investigación permita identificar la situación de salud/ enfermedad de los adultos mayores institucionalizados en este Hogar, y así poder determinar que cuidados de enfermería necesitan. Representará un aporte para posibles replanteos de intervenciones, dirigidas hacia las demandas reales de la población institucionalizada, abordando así aspectos sustanciales para la gestión de calidad de los servicios de salud que cuidan a la población adulta mayor.

Objetivo General

- Determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en el Hogar de Adultos Mayores del prestador público de salud, de la ciudad de Salto, con base en su Valoración Geronto- Geriátrica Integral, y a la identificación de sus Necesidades Humanas Básicas del Modelo de Virginia Henderson, en el período diciembre del año 2016.

Objetivos Específicos

- Determinar las características socio – demográficas - epidemiológicas de la población adulta mayor institucionalizada en un Hogar de Adultos Mayores de la ciudad de Salto.
- Describir el área funcional, mental, física y social, de la población adulta mayor en estudio, a través de la aplicación de la valoración geronto- geriátrica integral.
- Enunciar las necesidades humanas básicas en la población de estudio según el modelo de Virginia Henderson.
- Identificar las demandas de cuidados necesarias para satisfacer las necesidades de la población.

Antecedentes

Desde marzo del año 2005 se desarrolla desde el Ministerio de Salud Pública, el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM)⁴, que tiene el propósito de favorecer un envejecimiento activo y saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años. Desde este programa se planifica desarrollar acciones a nivel interinstitucional e intersectorial dirigidas a establecer políticas de estado específicas para el adulto mayor. Se hace mención a que la ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias - casas de salud, hogares de ancianos). ^{op cit 4} Se señala como un problema a los establecimientos que alojan personas mayores en número creciente, y que no brindan una adecuada calidad de atención, de acuerdo a criterios contemplados en la normativa de la Ley 17066, Decreto 320/99⁵. En el PRONAM se plantea como objetivo hacer de la normativa vigente un instrumento útil y actualizado, para los procesos de mejora continua de la calidad de atención de los Adultos Mayores institucionalizados. ^{op cit 4}

En la publicación “Envejecimiento y Personas Mayores”, realizada en el año 2016, se hace mención que “los hogares particulares concentran el 97% de la población con 65 años y más; y el restante 3% habita mayormente en residenciales de ancianos”.⁶

La investigación titulada "Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas", hace referencia que “si bien la proporción de personas mayores que viven en residenciales de ancianos se ha mantenido en estos últimos años, en términos absolutos ha aumentado de 9.000 a más de 13.000 personas mayores” - de acuerdo a datos extraídos de censo 2004- Hace mención así mismo que estos adultos

mayores necesitan de cuidados, atención y apoyo puesto que no cuentan con la ayuda directa de un familiar.⁷

A nivel internacional se recomienda la instalación de centros diurnos como una alternativa a la institucionalización y como una manera de contribuir con las familias en la dispensación de cuidados. De acuerdo a lo mencionado en el Proyecto de Ley del Código del Adulto Mayor de diciembre del 2016, los Centros Diurnos tienen por finalidad evitar la institucionalización del adulto mayor de modo que no se desvincule de su familia, que constituye su principal apoyo material y emocional.⁸ En siete hogares de ancianos del departamento de Colonia y en cuatro hogares del departamento de Soriano funcionan centros diurnos. El Ministerio de Salud Pública cuenta con un centro diurno que funciona en el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, con 45 plazas.⁹

En Uruguay se encuentran las instituciones de larga estadía que son administradas por una organización sin fines de lucro (Hogares), y las con fines de lucro (Residencias). Las primeras son gestionadas por organizaciones sociales, pudiendo recibir aportes o exoneraciones por parte del Banco de Previsión Social (B.P.S) o de gobiernos departamentales. La regulación, habilitación y fiscalización desde enero del año 2014, le corresponde al Ministerio de Desarrollo Social. Al Ministerio de Salud Pública le compete la fiscalización y evaluación en criterios de salud sobre los referidos establecimientos.¹⁰ Según datos de censo 2011, y en base al trabajo elaborado por Thevenet en el año 2013, en el país “hay un total de 844 residencias de larga estadía, siendo unas 396, las radicadas en Montevideo y unas 448 en el interior del país”. Las instituciones sin fines de lucro son aproximadamente 90, entre ellos los 80 Hogares de ancianos en convenio con el BPS; el Hospital Hogar Dr. Piñeyro del Campo, en la órbita del MSP; la Red de Hogares de ASSE en el interior; y algunos otros promovidos por

Intendencias Departamentales. La Red de Hogares de ASSE en el interior cuenta con siete hogares, que desarrollan servicios de larga estadía. Dos de ellos están gestionados directamente por ASSE (Salto y Trinidad/Flores) y 5 mediante convenios con asociaciones civiles (Paso de los Toros, Durazno, Minas, Florida, Treinta y Tres).¹¹

Con respecto a las características de los servicios de cuidado, analizado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) entre setiembre de 2012 y diciembre de 2013 para los 18 departamentos del interior del país, se relevaron en todo el país 1.256 centros, de los cuales 1.243 son considerados centros de cuidado. Por otro lado, se identificaron 64 centros que no fueron encuestados (porque se negaron a responder el formulario –en la mayoría de los casos–, o bien no se pudo coordinar la entrevista). De estos 64 centros, 34 son residencias de larga estadía para personas mayores. En cuanto a los servicios para personas mayores, se observa que gran parte de los servicios identificados y relevados son residencias de larga estadía, que representan aproximadamente el 89% de los centros relevados para esta población. Aproximadamente el 90% de las personas que cuidan en los centros de cuidado relevados son mujeres. Estas realizan mayoritariamente las tareas de cuidados, mientras que los hombres están más representados en las demás tareas de los centros. Otro dato a destacar es que el 43,19% del personal de los centros tiene formación profesional. El personal con mayor calificación se observa en los centros para primera infancia y para las personas con discapacidad en situación de dependencia, observándose porcentajes menores de trabajadores con formación, en centros de cuidados para personas mayores.¹²

En relación a la formación de los recursos destinados al cuidado de personas mayores dependientes, con la puesta en marcha de la Estrategia de Formación del Sistema Nacional de Cuidados, se está trabajando actualmente en el diseño, planificación,

implementación y seguimiento de la formación de las trabajadoras para la atención y cuidado de personas en situación de dependencia.¹³

Una encuesta nacional de gastos e ingresos realizada en 2005-2006 permite realizar una primera aproximación a la oferta privada de cuidados aunque en forma muy imperfecta e insuficiente.¹⁴

Con respecto a la población que vive en residencias de larga estadía (según Censo 2011), ascendía en 2011 a 13.817 personas, de las cuales 11.560 son mayores de 65 años (84%). El resto se compone el 16,5% de personas menores de 30 años, 20,4% entre 30 y 45 años, 23,5% entre 46 y 59 años, y casi 40% entre 60 y 64 años. El 73,8% de las personas mayores que residen en instituciones son mujeres, mientras esa proporción es del 60% para el total de la población adulta mayor. En este trabajo se hace referencia que en Montevideo se censaron 416 centros de larga estadía, con un promedio de 15,7 personas por centro; mientras que en el interior hay 448 centros lo que significa con un promedio de 15,1 personas. Las edades de las personas que viven en los centros promedian los 76,1 años, observando importantes diferencias por sexo, siendo el promedio de edad de las mujeres de 79,7 años mientras que en los hombres es de 70,4. Se concluye que la población que reside en las instituciones de larga estadía se caracteriza por ser fuertemente feminizada y levemente envejecida.^{op cit 11}

Existe información limitada en relación a otros indicadores del perfil de los adultos mayores institucionalizados en Uruguay, presentándose algunos datos extraídos del Atlas de Envejecimiento y Personas Mayores en Uruguay publicado en 2016^{op cit 6,} que procesa datos del Censo 2011, y que aporta a las características demográficas de la población adulta mayor en general. Se constató que hay algo más de 16.000 personas mayores que no sabían leer ni escribir (3% del total de personas de estas edades). Con la

excepción de Paysandú, los varones mayores residentes en los departamentos del norte del país enfrentan situaciones de mayor vulnerabilidad asociados al déficit en sus habilidades básicas de lecto-escritura. Montevideo presenta los niveles departamentales más bajos de analfabetismo (1,5% o menos, dependiendo del sexo de las personas mayores). Se identificó un importante déficit de logro escolar de las personas mayores, casi 6 de cada 10 mayores de 64 años no superó el nivel de primaria (266.000 de las 457.662) y apenas el 11% alcanzó el Ciclo Básico (algo más de 50.000 adultos mayores). Con respecto a indicadores de seguridad económica y social de las personas mayores, se menciona el importante peso de la inactividad y la escasa incidencia del desempleo a estas edades. Contrariamente, el 20% de las personas entre 65 y 74 años mayores continúa desempeñándose en el empleo. Las divergencias entre varones y mujeres mayores ocupados son relativamente marcadas en favor de los primeros (28% versus 14%). El 90% de los mayores entre 75 y 84 años cobra jubilación o pensión. La proporción entre los 65 y 74 años resulta bastante inferior (78%) a la observada a partir de los 85 años (87%). Los varones presentan proporciones de cobertura en seguridad social más ventajosas respecto a las mujeres, siendo más marcadas las diferencias para las personas de 85 años y más (91% versus 85%). Si se analizan las preguntas dirigidas a identificar dificultades permanentes para ver, oír, caminar o entender que las personas pueden tener para realizar ciertas actividades habituales, cerca del 50% de los varones mayores residentes en Salto, Rivera, Tacuarembó y Cerro Largo poseen una dificultad permanente; mientras Montevideo y Colonia presentaron proporciones inferiores al 40%. Geográficamente, las mayores proporciones de mujeres con dificultades están fuertemente concentradas en el norte de Uruguay. Como es predecible, las proporciones de las dificultades permanentes aumentan con las edades de las personas mayores (85 años y más); particularmente, para Salto y Rivera (75%-78%) en el caso de los varones,

y Tacuarembó y Rocha (81%-87%) para las mujeres mayores. Montevideo posee los valores mínimos del indicador ^{op cit 6}

Continuándose con datos de caracterización de la población adulta mayor, se puede decir que en relación a su situación de dependencia, puede realizarse solamente una aproximación a la población que posee alguna limitación moderada o severa según el Censo de Población y Vivienda de 2011.

De los resultados de la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, realizada en 2012 en el marco del convenio NIEVE (Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento) y MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), surge que un 16% de la población adulta mayor tendría algún tipo de dependencia, quedando el análisis de la información bastante limitado por la falta de representatividad de la muestra. Similar observación presentó la Encuesta de Uso del Tiempo, realizada en 2013, por el Instituto Nacional de Estadística, evaluándose dificultades para poder identificar el cuidado de adultos mayores en situación de dependencia, debido a que las muestras fueron pensadas para el análisis de un conjunto más amplio de la población ^{(op}

^{cit 11)} En la encuesta de Detección de población adulta mayor dependiente, el universo de referencia de la encuesta fueron todos los hogares particulares con teléfono fijo donde resida alguna persona de 65 años o más. El diseño de la muestra fue aleatorio estratificado por región. De la población encuestada un 16.3% declaran tener algún tipo de dependencia en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. El 10% presenta dependencia leve y el 6,3% dependencia severa a moderada. Las situaciones de dependencia afectan mayoritariamente a mujeres y a grupo de mayor edad: el 22,8% del total de mujeres entrevistadas y el 6,5% de los hombres manifiestan tener algún tipo de dependencia. Asimismo refieren dependencia el 10,3% de las personas en las edades de 65-74 años, contra el 23,1% de las edades de 75 y más. El apoyo que reciben las

personas mayores en estas situaciones reside básicamente en las redes familiares. En esta encuesta también se relevaron aspectos vinculados a las configuraciones familiares de las personas mayores, su inserción en la vida social y su integración a través de la participación y la realización de diversas actividades.¹⁵

De la Encuesta de Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado en Uruguay, en relación a las tasas de participación en el trabajo de cuidados de personas dependientes, la proporción de personas que dedica tiempo al cuidado de personas con discapacidad y adultos mayores es menor al 4% de la población.¹⁶

De la Encuesta Longitudinal de Protección Social realizada por el BPS en 2013, surge que en Uruguay el 14% de las personas de 65 y más años de edad manifiestan tener dificultad para realizar al menos una actividad de la vida diaria. El 9% de las personas de 65 años y más tienen dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria. Tal como lo marcan los antecedentes, los niveles de dependencia y la severidad de la misma se incrementan exponencialmente con la edad.¹⁷

De la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2004, se evidencia el aumento de la discapacidad con el avance de la edad, sobre todo a partir de los 65 años. La cuarta parte de la población adulta mayor posee alguna discapacidad, proyectándose que la cantidad de adultos mayores de 60 años con alguna discapacidad que requiera cuidados socio-sanitarios se duplicará desde la actualidad a 40 años (cerca de 200.000 personas).¹⁸

La Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) del año 2006, informa que la incidencia de discapacidad en la población uruguaya es de 8.4%, estableciendo la presencia de al menos una limitación. Entre los menores de 65 años, el 5,6% presenta al menos una discapacidad, aumentando dicho porcentaje a un 18,3% en las personas de

65 a 74 años. En este último grupo puede observarse como la prevalencia de limitaciones alcanza a casi 1/3 de las personas de 75 años y más. La discapacidad aumenta con la edad, afectando predominantemente a los grupos de mayores edades. ^{op}

cit 14

Como aporte también se realizó revisión de un estudio denominado “Demanda de Intervenciones de Enfermería en Complejos Habitacionales de BPS”, donde se identificaron las necesidades de cuidados de enfermería, implementando la teoría de Virginia Henderson. En este estudio se buscaba identificar la demanda de intervenciones de enfermería en base a las necesidades de los adultos mayores residentes en tres Complejos Habitacionales, con el fin de justificar la importancia y necesidad del personal de enfermería. Se visualizó una carencia en la atención brindada por parte del sistema de salud, resultando contradictorio a las políticas promulgadas.¹⁹

Las referencias actuales disponibles en Uruguay “no permiten dimensionar directamente los niveles de dependencia de la población adulta mayor”. ^{Op cit 14} Para generar servicios y propuestas dirigidas para esta población, es necesario implementar instrumentos efectivos que midan las necesidades de apoyo o que valoren los cuidados requeridos por estas personas. Dentro de las Propuestas para Personas Adultas Mayores que residen en instituciones de larga estadía, se hace necesario diseñar e implementar protocolos de intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.²⁰

Es así que esta investigación basa su objeto de estudio en conocer la demanda de cuidados de las personas mayores. Estos deberán ser planificados y ejecutados en un marco de un Sistema Nacional de Cuidados. Pretende ser un aporte al conocimiento existente, desde la disciplina enfermería y que incluya aspectos relacionados a las demandas de cuidados de los Adultos Mayores Institucionalizados en un Hogar del

Adulto Mayor de la ciudad de Salto, partiendo desde la valoración Geronto - Geriátrica Integral, y de la identificación de sus necesidades básicas humanas. Se aspira que pueda representar un insumo para lograr gestionar los cuidados, diseñando planes estandarizados o de intervenciones.

A nivel departamental se cuenta con estudios de descripción de perfiles socio - epidemiológicos de residentes institucionalizados, realizados por estudiantes de grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, en el Hogar del Adulto Mayor dependiente de la Intendencia de Salto. Con respecto al Hogar del Adulto Mayor del prestador público de salud - Dependiente de ASSE- de la ciudad de Salto, se cuenta con estudios de los perfiles de los adultos mayores institucionalizados, realizados por los responsables de dicha institución, y de estudiantes internos de la Facultad de Enfermería.

En lo concerniente a “residencias privadas”, a nivel departamental, de acuerdo a lo expresado por la Directora Departamental de Salud de Salto, Dra. Cristina González, no se cuenta con información referida a demandas de cuidados ni a perfiles socios epidemiológicos de los adultos mayores institucionalizados.

Ámbito de estudio: El Hogar del Adulto Mayor se ubica en la ciudad de Salto, intersección entre calles Piedras y Varela. Fue inaugurado como Hogar de Ancianos el 16 de mayo de 1964, por el Sr. Ramón J. Vinci, en ese momento, intendente de la ciudad de Salto.

Son algunos de los criterios de ingreso al hogar: ser adultos mayores de 65 años, sin enfermedades asociadas al consumo problemático de sustancias, y ser jubilado o pensionista. El aporte de los residentes, representa una fuente de financiamiento del Hogar. Para poder ingresar al mismo se requerirá del consentimiento informado del

adulto mayor interesado, o de su responsable legal. Se respetarán los requisitos de ingreso, recepción y absorción del residente contemplados en ley 17066. ⁵

Referido a Recursos Humanos disponibles, se cuenta con un Directora Técnica del Hogar, Medica Geriatra; con una Licenciada en Enfermería, que cumple horarios en el turno en la mañana, y 2 auxiliares de enfermería por turno, cubriendo los cuatro turnos, con sus respectivos suplentes y turnantes. La dotación del recurso humano de enfermería es organizada desde el Departamento de Enfermería del Hospital Salto. Una Licenciada en Nutrición realiza sus funciones en el hogar, referenciada desde Hospital Salto. Los servicios de cocina, limpieza y de vigilancia se encuentran tercerizados. No se dispone de Técnico en Podología desde el año 2015. La Licenciada en Trabajo Social referente es la que presta servicios en Hospital Salto. En este Hogar se desarrollan experiencias prácticas de estudiantes avanzados de Licenciatura en Trabajo Social, Psicología e internos de la Facultad de Enfermería. La atención odontológica es brindada en Hospital Salto, para lo cual los adultos mayores deberán ser trasladados para ser atendidos.

En lo que refiere a capacidad instalada del Hogar se corresponde con 80 camas, y la planta física está organizada en dos salas para mujeres, y cuatro salas para hombres. La ubicación de los residentes en las salas se realiza por niveles de dependencia.

Con respecto al financiamiento del Hogar, se realiza a través de ASSE. Las normativas son las vigentes en este prestador público de salud. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, se establecen con Hospital Salto, buscando asegurar la continuidad de atención y cuidado de los adultos mayores cuando lo requieren.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propician que todos los gobiernos de los países impulsen una fuerte campaña nacional de promoción y prevención en salud, destinada a “lograr un envejecimiento que tenga las características de ser participativo, saludable, productivo y activo”. Para lograrlo es necesario analizar desde que concepto de salud se parte, si es entendida “como una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad que condiciona niveles de bienestar físico, mental y social; y que permite desarrollar una actividad social económicamente productiva que está relacionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad”.²¹ Se agrega además si es entendida como “un estimable bien social y su atención es un derecho humano fundamental” Op cit

²¹. El concepto de proceso salud-enfermedad “constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación de salud-enfermedad en que se encuentre”.²² La salud puede ser también analizada como “un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”. Op cit ²²

Según datos aportados por la OMS, en el siglo XXI, la salud está determinada por los grandes cambios sociales. “Las economías se están globalizando, las estructuras familiares están cambiando y la tecnología evoluciona rápidamente. Una de las transformaciones sociales más importantes es el envejecimiento de la población”²³

El envejecimiento se define como un proceso fisiológico que ocasiona cambios – positivos, negativos o neutros- característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Es un proceso normal y ocurre en todos los seres vivos, comienza en el momento de nacer, y se acentúa en los últimos años. Es un proceso universal, diferente de un individuo a otro, continuo, e irreversible, determinado por una pérdida progresiva en la capacidad de adaptación.²⁴ La vejez o el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad ni dependencia.

El envejecimiento poblacional muestra un avance en el desarrollo humano, las personas viven más tiempo, sin embargo representa un desafío que una mayor longevidad se acompañe de mejores condiciones de vida en las personas mayores. Esto determina que las políticas públicas deberán garantizar las condiciones económicas, sociales y sanitarias para que este alargamiento de la vida pueda llevarse a cabo respondiendo a los derechos de los adultos mayores. ^{op cit 15} Es “importante que todos los países vigilen la salud y el modo de vivir de las poblaciones que envejecen para poder entender las tendencias de salud y confeccionar programas que satisfagan las necesidades específicas determinadas”.²⁵

Las tendencias poblacionales nos dicen que habrá más personas mayores que niños y que “el número de personas de edad muy avanzada (octogenario y nonagenario) alcanzará niveles sin precedentes. Entre 2000 y 2050, el número de personas mayores de 80 años prácticamente se habrá cuadruplicado y alcanzará los 395 millones”. ^{op cit 23}

En el período 1963-2011 se observa “un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar el 28,2% de la población en 1963 a constituir el 21,8% en 2011”. ^{op cit 1} Anuncia la OMS que en el año 2050, “habrá más personas mayores de 65 años que niños menores de 14 años. Entre 2000 y 2050, la

población mundial de más de 60 años se duplicará”, pasando de aproximadamente del 11% al 22%. Se espera que “el número absoluto de personas mayores de 60 años pase de 605 millones a dos mil millones, durante el mismo periodo”. ^{op cit 23}

Los resultados del Censo 2011 confirman la agudización del proceso de envejecimiento de la población en Uruguay, país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados. Las pirámides poblacionales evidencian una disminución en el porcentaje de niños menores de 10 años, debido al descenso de la fecundidad observado en los períodos intercensales. Se destaca en el 2011 un aumento en la proporción de personas mayores de 50 años con respecto al año 2004, con un ensanchamiento de la parte superior de la pirámide poblacional. Este fenómeno responde en parte al aumento de la esperanza de vida. Las personas de 65 o más años pasaron de representar el 7,6% del total en el censo de 1963, al 14,1% en el Censo 2011. Esto representa un total de 463 mil personas mayores de 65 años en una población total de 3.286.314 personas. ^{op cit 1}

En la ciudad de Salto de acuerdo a datos aportados en Censo 2011, ^{op cit 1} el porcentaje de población mayor a 65 años se corresponde con un 11.8% (14.735 personas) de un total de población de 124.878 personas. Presentando otros datos extraídos del Atlas de Envejecimiento y Personas Mayores en Uruguay publicado en 2016, que procesa datos del Censo 2011, se menciona que “Artigas, Maldonado, Salto, Rivera y Río Negro, son los departamentos donde la población de personas mayores tiene menor peso relativo. Con la excepción de Maldonado, este subgrupo de departamentos combina una menor proporción de personas mayores con un alto porcentaje de niños”. ^{op cit 6}

El entorno social constituye un determinante fundamental para el proceso continuo y dinámico del envejecimiento. La estructura familiar ha cambiado, han aumentado el

número de hogares unipersonales entre los mayores de 65 años, y son cada vez más las personas que llegan a la vejez sin descendencia o en soledad. El rol de la cuidadora principal, que tradicionalmente ha sido la mujer, ha cambiado por su inserción al mundo laboral, modificándose el patrón de la institución familiar tradicional. Si analizamos la relación entre lo anterior y el creciente fenómeno de la dependencia secundaria al aumento de la longevidad, surge uno de los grandes problemas a los que actualmente deben enfrentarse muchas familias, el ingreso de la persona mayor en una residencia. Ha aumentado la necesidad de prestar cuidados de forma prolongada. Se estima que en los países en desarrollo “el número de adultos mayores que haya perdido su autonomía se habrá cuadruplicado en el 2050”. ^{op cit 23} Muchas personas mayores no pueden vivir solas porque ya poseen algún grado de dependencia, necesitando atención y cuidados de forma prolongada, tales como la atención domiciliaria o comunitaria, la vivienda asistida, la atención residencial y las estancias hospitalarias prolongadas”. ^{op cit 23}

Según un estudio publicado en España en el 2016, casi la mitad de las personas mayores prefiere seguir viviendo en su propio hogar, “el 42,3% de las personas mayores encuestadas prefiere vivir en su propio hogar, mientras que el 4,5 % rechaza de pleno vivir en casa de los hijos”. ²⁶

La creación de centros diurnos ha sido una estrategia para evitar o retardar el ingreso a una institución de larga estadía, pero pesar de ello, el cuidado brindado en residencias es una realidad y su número se incrementa cada año en todos los países.

Muchas de las personas de mayor edad pierden su capacidad de vivir de forma independiente debido a sus limitaciones funcionales u otros problemas de la esfera mental o social, siendo frecuentemente los motivos de ingresos a los centros de larga estancia.

De acuerdo a lo mencionado por Papadópulos y Falkin,^{op cit 14} la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye dentro de las situaciones de riesgo o vulnerabilidad de los adultos mayores a aquellos personas que viven institucionalizados.

Los impactos de los cambios demográficos, y la creciente demanda en servicios de larga duración para el cuidado de las personas mayores, exigen disponer de servicios sociales y de salud, destinados a promover un envejecimiento activo y saludable, a prevenir, retardar o disminuir los problemas que pudieran afectar su capacidad de autonomía e independencia.

A nivel mundial se conocen en torno a cuarenta servicios diferentes para personas mayores, dirigidos a realización de actividades cotidianas, lúdicas o culturales, hasta los más especializados en cuidados a personas con demencias y cuidados paliativos. Uruguay tiene un modelo de servicio establecido; las residencias hogares o casas de salud, los “otros treinta y nueve modelos o no satisfacen las necesidades o, en la mayoría de los casos, no están ni siquiera incorporados a la oferta pública o privada”²⁸

Como ya fue mencionado en Uruguay la situación de las instituciones de larga estadía es diversa y compleja, disponiéndose de las instituciones que son administradas por organizaciones sin fines de lucro (Hogares), y las que brindan respuestas al mercado (Residenciales).²⁹

En una realidad conocida de envejecimiento poblacional; y en el marco de los avances políticos que se han dado ante la creación e implementación de un sistema de cuidados y de una mayor centralización y coordinación de las políticas de vejez, se hacen necesarios profundizar o complementar conocimientos sobre la población de personas mayores.^{Op cit 15} Es un desafío social y político lograr una mejor calidad de vida de la población, lo que conlleva a pensar y desarrollar conocimientos sobre el grupo de

personas mayores, recordando desde la nominación que los sujetos que están institucionalizados no pierden su condición de personas.

En el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013 - 2015, en referencia a la caracterización de la población adulta mayor en Uruguay, en sección referida a salud y bienestar, se plantea la dificultad de un análisis completo debido a que los “datos disponibles se basan en auto reportes por encuestas, y solo permiten obtener una aproximación al tema. La información basada en datos clínicos es escasa y fragmentaria”.³⁰

En el Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2016- 2019), se evidencia la centralidad que tiene la protección de los derechos de todas las personas mayores, teniendo en cuenta también de los compromisos asumidos por el estado uruguayo en la reciente ratificación de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Se mencionan aspectos relacionados a la necesidad de cuidados que se presenta durante todo el ciclo de vida de una persona, “siendo los actores proveedores de cuidados fundamentalmente las familias, el estado y el mercado”. En cada sociedad se configuran diferentes escenarios en lo que tiene que ver con la organización o dotación de cuidados, dependiendo de factores políticos, económicos y culturales. El sector de cuidados (de niños, personas con discapacidad y personas mayores) “ocupa aproximadamente a 60 mil personas para el año 2014, de las cuales 27 mil (44%) se dedican al cuidado de personas mayores y de personas con discapacidad”.³¹

En Uruguay se ha avanzado bastante reconociendo el derecho al cuidado de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19353.³² La creación e implementación del Sistema

Nacional Integrado de Cuidados, ha implicado un rol más comprometido por parte del Estado, en el contralor de los costos que significa asumir el cuidado de las personas.

La reforma sanitaria establecida en nuestro país debe concretarse desde un nivel de macrogestión, empezando por la identificación de las necesidades de salud de la población que se va atender y organizando seguidamente la respuesta del sistema a dichas necesidades, y como parte de ellas, definiendo el papel de las instituciones destinadas a la atención a los adultos mayores.

Una política pública que tenga como propósito intervenir en el área del cuidado, debe tener conocimiento acerca de cómo viven las personas mayores en su contexto, así como cuáles son sus necesidades y sus demandas de cuidados, y cuáles son las prestaciones que les son brindadas para garantizar una adecuada calidad de vida.

Actualmente se ha implementado la identificación y caracterización de las situaciones de dependencia en personas mayores, con la aplicación de un Baremo de Dependencia, mencionado en el Plan Nacional de Cuidados 2016- 2020.³³

El Hogar en estudio, de un prestador público de salud, de la ciudad de Salto, forma parte de los sistemas sanitarios, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como un “conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud”.³⁴ Estos sistemas sanitarios deberán ser universales brindando cobertura a toda la población; con atención integral hacia las personas, tanto en higiene y salud mental, medicina preventiva, asistencia primaria, asistencia terciaria de todas las patologías agudas y crónicas; debe tener equidad en la distribución de los recursos; debe ser eficiente, flexible,

reestructurándose para poder responder a nuevas necesidades; con la participación del equipo involucrado en la planificación y gestión del sistema. ^{op cit 34.}

Según Nuñez I ³⁵, los Hogares de Adultos Mayores son instituciones, “sin fines de lucro, con personería jurídica, que tienen como misión brindar una asistencia integral al adulto mayor residente, tanto en lo relacionado con alojamiento, alimentación, cuidados médicos, enfermería, como con actividades recreativas y sociales”. En Uruguay estas instituciones están reglamentadas por la Ley sobre “Hogares de ancianos”, (17.066) aprobada en 1998 y el Decreto 320/999 sobre “Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores”. ^{op cit 5}

Para hablar de sistema sanitario es necesario mencionar la calidad asistencial. Avedis Donabedian, definió en 1980 la calidad de la atención como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”³⁶. Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta: el componente técnico, con la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, con el máximo beneficio y los menores riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, que se fundamenta en que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que poseen todos los individuos en general. “Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual” ^{op cit 36}. El tercer componente lo constituyen “los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable”.

Op cit 36

La calidad con la que se brinda un servicio no puede separarse de los términos eficacia como de eficiencia. Eficacia en el sentido de relacionar los efectos o resultados previstos con los alcanzados, que en el caso de la atención sanitaria, son el correcto diagnóstico y tratamiento. La eficiencia es la expresión que mide la capacidad de un sistema relacionándola con el coste obtenido para lograrla.³⁷

En un mundo globalizado, donde la tecnología, la información y la ciencia están al alcance de muchos, las profesiones, y específicamente la enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo y así garantizar cuidados de calidad a las personas que cuida. Lograr la aplicación de “un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados”³⁸, es el sustento de la gestión de los cuidados en Enfermería. El propósito es lograr cuidados “oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos”^{op cit 38}.

La gestión sanitaria de los Adultos Mayores ha sido y es un desafío para Uruguay; implementar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados implica “asumir corresponsabilidades en relación al cuidado de personas dependientes”,^{op cit 14} fundamentado en responder a un real envejecimiento demográfico del país, a un cambio social de la figura femenina hacia el cuidado, y a “los problemas de calidad que presenta la provisión de cuidados por parte del mercado”.^{Op cit 20}

La Enfermería, se define como “la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano”.^{op cit 22} Esta capacidad estará determinada por la tendencia continua de la persona por mantener su equilibrio con el medio; “es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención

a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención”. ^{op cit 22}

El método científico que utiliza el profesional de enfermería para el abordaje de las personas, es el Proceso de Atención de Enfermería. Es un “método sistemático, organizado, interactivo, y dinámico, de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico”, ³⁹ y con un enfoque holístico. La valoración es la primera etapa de este proceso y en ella se realiza la evaluación del proceso de salud/enfermedad de la persona, y tiene como propósito recoger, organizar y sistematizar la información. Esta etapa es la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La segunda etapa o de diagnóstico de enfermería consiste en emitir un juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. En la siguiente etapa de planificación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. La etapa de ejecución o de intervención, es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, y en la última etapa, la de evaluación, se comparan las repuestas de la persona, y se determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

La Enfermería Gerontológica, es una especialidad dirigida a la valoración de las necesidades de las personas adultas mayores, planificación y gestión de los cuidados para satisfacer sus necesidades; así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de salud acorde con el proceso normal del envejecimiento. Es fundamental el empleo de una metodología de trabajo e instrumentos de valoración geriátrica integral para poder planificar cuidados/intervenciones en la atención del adulto mayor, en todos los niveles asistenciales que garanticen el cuidado integral del adulto mayor. Dentro de los sistemas

sanitarios a largo plazo usados para designar los ámbitos de cuidados no agudos, la enfermería gerontológica tiene su oportunidad de ejercicio de su profesión. Los cuidados a largo plazo abarcan las prácticas relacionadas con mantener la calidad de vida, preservar la dignidad del adulto mayor y satisfacer las preferencias en sus estilos de vida.⁴⁰

La primera variable a analizar en este estudio serán las características socio-demográficas- epidemiológicas de la Población Adulta Mayor Institucionalizada en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto, entendida como el conjunto de particularidades biológicas, sociales, económicas, y de frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes, presentes en una población determinada en un momento dado.

Dentro de esta variable se incluyen dimensiones como la edad, sexo, procedencia, tiempo de institucionalización, motivo de ingreso, estado civil, ocupación anterior, situación laboral actual, nivel de instrucción, cobertura de salud, cobertura de emergencia móvil, servicio de acompañante, viudez en el último año, hospitalizaciones en el último año, antecedentes personales, déficit sensoriales, uso de auxiliares de la marcha, tipo de calzado que utiliza, controles odontológicos en el último año, uso de prótesis, problemas en la masticación, presencia de focos sépticos, abastecimiento de alimentos, consumo de frutas y verduras, etc.

Dentro de los hábitos o conductas saludables de las personas mayores, se contempló la realización de actividad física, con la finalidad de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, osteo-musculares y funcionales. También reduce el riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo.⁴¹

Forma parte de las conductas saludables el considerar también el uso adecuado del calzado en las personas mayores, no solo porque el calzado es el reflejo del pie en movimiento, sino por los riesgos potenciales que pueden representar sobre la movilidad y la independencia en el adulto mayor.⁴²

La salud bucal no solo es importante mencionarla por su efecto sobre la autoimagen del adulto mayor, sino por su afectación en la calidad de vida de los mismos. Los problemas dentales no tratados pueden causar molestias que interfieran con la capacidad de alimentación, y afecten la nutrición. En las personas mayores con focos sépticos no tratadas, las infecciones parenquimatosas pulmonares pueden ser frecuentes.⁴³

La Valoración Geriátrica Integral, fue conceptualizada por Rubinstein en el año 1987, como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.⁴⁴ Es multidimensional, porque analiza las diferentes áreas o esferas que integran a la persona (funcional, mental, física y social), y un proceso interdisciplinar, en donde participan diferentes profesionales del conocimiento humano, por lo que se la denomina “valoración gerontológica integral”.

Este proceso incluye muchos más aspectos que la detección de dependencia en la población adulta mayor, por lo que permite evaluar la potencial demanda en el contexto de un sistema de cuidados. Esta herramienta o metodología es practicada a través de escalas de valoración validadas internacionalmente, logrando así obtener una visión integral del adulto mayor y que es dinámica, ya que permite evaluar y observar los cambios de la persona en el tiempo (seguimiento).

Aplicar la Valoración Geronto Geriátrica Integral permite realizar diferentes clasificaciones, tipologías o categorizaciones de personas mayores, como será detallado mas adelante.

Existen aspectos fundamentales al abordar a las personas mayores: la heterogeneidad de esta población, las peculiaridades de las enfermedades: presentaciones atípicas de las enfermedades, y comorbilidades/ pluripatologías. Otros aspectos son la fragilidad como marcador de vulnerabilidad en las personas mayores. Con respecto a las pluripatologías, en las personas de 60 años y más son particularmente prevalentes, las patologías crónicas no transmisibles - las patologías cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias- el deterioro sensorial tanto auditivo como visual, las afecciones osteoarticulares, y los síndromes demenciales, particularmente la Enfermedad de Alzheimer. Las pluripatologías pueden afectar a distintos sistemas relacionados o no entre sí. Estas se ven favorecidas por algunos factores como la alteración de homeostasis, interacción de unos sistemas con otros, largos períodos de latencia de enfermedades hasta hacerse sintomáticas, iatrogenia, alteraciones inmunitarias, etc.⁴⁵

Frente a estas posibles alteraciones inmunitarias en las personas mayores, la vacunación seguirá siendo considerada una de las estrategias más efectiva de prevención primaria, para prevenir cualquier tipo de enfermedad. Según lo establecido por el Programa Nacional de Vacunaciones del Ministerio de Salud Pública, a la población adulta mayor se le recomienda, la vacuna antigripal que debe realizarse cada año (desde mediados de marzo); la vacuna antineumocócica al menos una vez, y la vacuna antitetánica, que se repite una dosis cada 10 años.⁴⁶

Las enfermedades en las personas mayores tienden a la cronicidad y frecuente incapacidad o dependencia, determinando una alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que originan dependencia y alto porcentaje de institucionalización. Existe un pronóstico menos favorable de las enfermedades, ya que asientan en una persona con menor reserva funcional y de capacidad de adaptación a demandas externas. Desde una perspectiva funcional, es importante resaltar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982) ⁴⁷.

La valoración de la funcionalidad en el adulto mayor se realiza a través de la escala de Barthel, instrumento utilizado para evaluar grado de independencia para el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como: capacidad para alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, ir al baño (control de esfínteres), subir/bajar escaleras, deambular (o manejar una silla de ruedas), transferencias y subir y bajar escaleras. Se asignan valores a las puntuaciones que pueden ser 15, 10, 5 o 0. (Anexo N°8)

Al conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en las personas mayores y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población, se les denominan síndromes geriátricos. Pueden ser manifestaciones o causales de muchas enfermedades, por lo es importante su detección para establecer estrategias de prevención de los mismos. Existen pocos estudios epidemiológicos en la literatura referidos a la prevalencia de los mismos. Los síndromes geriátricos son: La inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, demencia y síndrome confusional agudo, depresión, malnutrición, alteraciones sensoriales, polifarmacia, insomnio, úlceras por presión. ⁴⁸

La inmovilidad se define como una disminución de la capacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Es un síndrome generalmente multifactorial, potencialmente reversible y prevenible. Aproximadamente un 18% de las personas mayores de 65 años presentan dificultades para moverse sin ayuda. Asimismo, un 50% de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio.⁴⁹ Ante la declinación funcional inicial se hace necesaria realizar una valoración geronto - geriátrica integral lo más precozmente posible para determinar las causas, la posible reversibilidad y la prevención o tratamiento de las complicaciones asociadas.^{op cit 49} Se pueden describir dos tipos de inmovilidad, la relativa que es aquella en la que el adulto mayor es sedentario, pero es capaz de moverse con mayor o menor independencia, y la absoluta que implica estar inmovilizado en forma crónica, con muy limitada variabilidad postural.

Una de las causas más frecuentes de la inmovilidad son las caídas, definidas según la O.M.S, como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad”.⁵⁰ Son una de las principales causas de lesiones, dependencia, institucionalización e incluso de muerte en las personas mayores, y por este motivo se consideran un factor de fragilidad o vulnerabilidad. Con respecto a la epidemiología de las caídas, Villar San Pío T. et col⁵¹, hacen mención que el riesgo de caer y reincidir en las caídas, aumenta con la edad. Alrededor del “30% de las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas, tienen una caída una vez al año. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80 años”.^{op cit 51} La tasa de mortalidad por caídas aumenta de forma exponencial con la edad en ambos sexos. Las caídas son más frecuentes en las mujeres, aunque en edades más avanzadas, la tendencia es similar. De igual referencia bibliográfica se rescata que dos

terceras partes de las personas mayores que se caen, tendrán una nueva caída en los siguientes seis meses, siendo la caída un factor de riesgo para nuevas caídas.^{op cit 51}

La frecuencia de “incidentes por caídas en residencias y hospitales es casi tres veces superior al que se da en personas mayores de 65 años que viven en la comunidad”.⁵² Se estima que “más del 50% de los adultos mayores institucionalizados se caen cada año, y cerca de la mitad de los que caen lo hacen repetidamente, llegando a una densidad de incidencia aproximada de 1,5 caídas por residente al año en España”.⁵³

Como se ha mencionado las caídas representan uno de los síndromes geriátricos con mayor incidencia, y se asocian a una elevada morbi- mortalidad y declinación funcional de las personas mayores. Las caídas no se pueden predecir, pero se pueden disminuir sus riesgos; no forman parte del proceso normal del envejecimiento. Poniendo el foco en su prevención se puede estar disminuyendo la declinación funcional entre los adultos mayores institucionalizados. Lo importantes es identificar los factores de riesgo ambientales que influyen en las caídas y trabajar sobre ellos, para modificarlos. Entre sus causas existen factores intrínsecos, que son los relacionados directamente con la persona y factores extrínsecos, vinculados al entorno. El “22% de las caídas están relacionadas con factores de riesgo extrínsecos”,^{op cit 53}, en su mayoría evitables, que causan o agravan dicha caída. Es decir, los factores ambientales adversos representan factores de riesgos modificables, que afectan la adopción de un entorno propicio que favorezca una movilidad segura.

El instrumento utilizado en este estudio para valorar el riesgo de caídas, es la escala Downton, (Anexo N°11), de la cual los estudios que hacen referencia a su sensibilidad y especificidad, expresan que tiene de acuerdo al contexto donde se aplique una sensibilidad del 0,58; y una especificidad de 0,62.⁵⁴

Otro síndrome geriátrico es la incontinencia urinaria que se caracteriza por la pérdida o escape de orina en forma involuntaria, y que provoca malestar o incomodidad en la persona. Es importante resaltar sobre sus repercusiones que pueden afectar las diferentes esferas del adulto mayor (funcional, física, mental, y social). Es un síndrome que deteriora la calidad de vida de la persona que la posee.⁵⁵ Aproximadamente “el 50% de los adultos mayores institucionalizados poseen pérdidas de orina, el doble que en la comunidad, debido a las comorbilidades y al propio proceso de atención en salud”⁵⁵ por ejemplo al tratamiento farmacológico, problemas nutricionales, reducción en la movilidad, sobrecarga de trabajo en cuidadores entre otros. ^{Op cit 55}

La incontinencia fecal es definida como la incapacidad de retener el contenido intestinal, sin considerar la consistencia de la materia fecal, causada por incompetencia de los esfínteres anales externo e interno. Constituye otro de los síndromes geriátricos que repercute más en la calidad de vida de las personas mayores, y de mayor sobrecarga al cuidador. Produce un gran impacto psicosocial, ocasionando un deterioro progresivo en las relaciones personales y sociales de las personas afectadas. Con respecto a su epidemiología, estudios describen prevalencias mayores del 10% en mayores de 65 años que viven en la comunidad, y de aproximadamente un 50% en los ancianos institucionalizados.⁵⁷

El estreñimiento es de muy difícil definición debido a la subjetividad de lo que se entiende por ritmo deposicional normal. Se conceptualiza como “la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana)”.^{op cit 57} Su prevalencia aumenta significativamente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Constituye uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su incidencia en la calidad de vida de las personas mayores. ^{op cit 57}

La demencia es un cuadro de deterioro cognitivo que determina una pérdida en las funciones del pensamiento, la cual es irreversible. Se caracteriza por el deterioro progresivo en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria. Los síntomas que prevalecen son alteraciones de la memoria a corto y largo plazo, dificultades en el lenguaje como las anomias, o en actividades motoras a pesar de tener intacta su capacidad física para su función. Con respecto a la epidemiología de la demencia, Gil Gregorio P,⁵⁸ hace referencia a estudios realizados por Roca y cols, que recaban datos sobre seis países europeos y se obtiene una prevalencia del 0,3% en el grupo de población entre 60-69 años, 3,2% entre 70- 79 años y se llega al 10,8% en el grupo etario de más de 80 años. Los estadios severos “suponen alrededor del 4% del total de la distribución global”.^{op cit 58} En otro estudio Toledo, realizado en España, la prevalencia de demencia “fue del 8%, aumentando con la edad, siendo del 1% en el grupo de 65-69 años; 3% en 70-74; 9% en 75-79; 16,5% en 80-84; y 23,5% en la población de más de 85 años”.^{op cit 58}

En relación a la prevalencia de demencia en personas mayores institucionalizadas, se menciona un estudio que da cuenta que la demencia encontrada fue del 61,7%. El género femenino se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia de demencia. Se evidencio una mayor prevalencia de esta afección a medida que aumentaba la edad. En conclusión se menciona que “dos terceras partes de las personas mayores que viven en residencias de ancianos en España presentan demencia”.⁵⁹

En este estudio se evaluarán posibles deterioros cognitivos a través del Cuestionario de Pfeiffer, (Anexo N°9), test sencillo, breve y de aplicación rápida que explora orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo. Presenta una “sensibilidad del 68%,

especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92%, valor predictivo negativo del 82%”.⁴⁴

El Síndrome Confusional Agudo o Delirium es una entidad clínica que se caracteriza por alteraciones fluctuantes de la atención, conciencia y cognición que se presenta con alta prevalencia en los adultos mayores, y en los diferentes niveles asistenciales. Un artículo publicado en el 2016 en Uruguay⁶⁰, hace referencia a estudios realizados en Inglaterra en el año 2006, donde la “prevalencia del Delirium en los servicios de emergencia era del 14-24%, durante la hospitalización en servicios de medicina era de hasta un 50%, en postoperatorios 15-53%, en Centros de Terapia Intensiva 70-87% y en residencias de ancianos sobrepasaba el 60%”.^{op cit 60} Representa una forma de presentación de enfermedades que deben ser detectadas y tratadas en forma inmediata. Determina un aumento de la mortalidad intrahospitalaria, siendo muchas veces causa de institucionalización.^{op cit 60}

La depresión es un trastorno afectivo muy frecuente en el adulto mayor, siendo un ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. La presentación clínica puede ser diferente, enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, anomias, menor iniciativa), disminución de interés por las actividades, anhedonia. El ánimo triste no debe formar parte del envejecimiento normal, la depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida de la persona mayor, y puede determinar algún grado de dependencia. Parece claro que la declinación funcional pueda determinar en una persona mayor un estado de ánimo transitoriamente deprimido, pero es inadmisibles los síntomas depresivos puedan interferir en el tratamiento y recuperación de algunas enfermedades.⁶¹

Según datos publicados por la OPS y la OMS⁶², la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en las personas mayores de 60 años, afectando la depresión a nivel mundial al 7% de ellas.

La prevalencia de depresión en las personas mayores institucionalizadas es muy alta, existiendo muchos estudios pero no tan recientes. En uno de ellos publicado en el año 2012, de los adultos mayores participantes del estudio, 49,0% presentaba depresión: 36,3% de leve a moderada, 12,7% depresión severa. La depresión es más frecuente en mujeres.⁶³

Las personas con demencia asocian depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre las demencias. Luego de un deterioro subjetivo de memoria, la sintomatología depresiva, provocada por la propia conciencia de enfermedad, puede aparecer inicialmente como la única clínica destacable.^{op cit 61}

El instrumento utilizado para el screening de la depresión en personas mayores de 65 años es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, (Anexo N°10) con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión”⁶⁴

La malnutrición es un síndrome geriátrico que su presencia contribuye a aumentar la morbilidad, la estadía hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades asociadas. Se define como “la alteración de la composición corporal por deprivación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75”.⁶⁵ La prevalencia de malnutrición cambia según el nivel de atención, “2% en anciano sano en residencia pública española, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados”^{op cit 65}

La etiología de la malnutrición en el adulto mayor es compleja y multifactorial, se incluyen los cambios producidos por el proceso de envejecimiento, la dependencia para el cumplimiento en actividades instrumentales (incapacidad para comprar, preparar o servirse comidas adecuadas), la presencia de enfermedades crónicas, y las tan frecuentes alteraciones bucales en el adulto mayor entre otras. Son algunas de las consecuencias de la malnutrición, la pérdida de peso y masa magra, la alteración de la respuesta inmune, la mayor incidencia de infecciones, pérdida de fuerza muscular, el riesgo de úlceras por presión, etc. ^{op cit 65}

Para determinar el riesgo nutricional en el adulto mayor se utiliza la escala de Determine o Conozca su salud nutricional. (Anexo N°12), a la cual de la cita como instrumento de cribaje muy sensible, pero no específico.⁶⁶ Se complementó la valoración nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) según la clasificación del estado nutricional para el adulto mayor de: delgadez ($IMC \leq 23,0$), normal ($IMC > 23$ a < 28), sobrepeso ($IMC \geq 28$ a $< 32,0$) y obesidad ($IMC \geq 32$).⁶⁷ El déficit nutricional es particularmente frecuente entre las personas con demencia, siendo ésta una causa del síndrome de malnutrición, ^{op cit 65} con pérdida importante de peso, a menudo precediendo el comienzo de la demencia y aumentando en las distintas etapas de la enfermedad.

Las alteraciones sensoriales en las personas mayores constituyen un síndrome geriátrico no sólo por su alta prevalencia, sino por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el adulto mayor. Lo limitan funcionalmente, en las actividades de la vida diaria, aumentando la dependencia, reduciendo la actividad y aumentando el riesgo de caídas. Desde el punto de vista cognitivo y social, dificultan la comunicación y las relaciones sociales, favoreciendo el aislamiento.⁶⁸

De un estudio que describía las alteraciones visuales como factor de riesgo para la independencia, en personas mayores institucionalizadas, surge una prevalencia de la baja visión en un 25,6% de los residentes, similar a la que encuentran otros autores en estudios similares. El 68,6% de los que poseen trastornos visuales afirman que tienen pequeños problemas para realizar actividades habituales y el 26% dicen no saber si su problema tiene tratamiento. El 70,9% emplea las gafas. La baja visión aumenta progresivamente con la edad, de 0% en el grupo de edad de 60 a 69 años hasta el 57,1% en el grupo de mayor edad, no se observan diferencias significativas en relación con el sexo. De las patologías estudiadas la más frecuente es la catarata; la presentan el 46,8% de los residentes, seguida de la degeneración macular asociada a la edad, con un 38%, la retinopatía diabética con un 5% y, la hipertensión ocular con un 3,8%.⁶⁹

De un estudio del estado auditivo de personas mayores en residencias de la tercera edad de Galicia, surge que el 58% de los residentes presenta hipoacusia, siendo mayor su prevalencia en los hombres (63,9%) que en mujeres (54,7%). A su vez, el porcentaje de mayores con hipoacusia crece entre los grupos de más edad.⁷⁰

Con respecto a la polifarmacia o polifarmacoterapia, la OMS la describe que como “la administración simultánea de más de 3 fármacos no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios”.⁷¹ Las pluripatologías conllevan en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o a una automedicación por el propio adulto mayor, con un elevado número de fármacos. ^{Op cit 71} Según la OMS, ⁷² del 65 al 90% de los adultos mayores consume más de tres medicamentos en forma simultánea.

Son diversos los mecanismos por los cuales los fármacos pueden provocar efectos adversos, por ejemplo se conoce que en el adulto mayor prevalece la gastritis atrófica y por lo tanto, estados de hipo o aclorhidria, que producen cambios en la capacidad de

absorción y transporte parietal intestinal de variados medicamentos.⁷³ Sumado a la comorbilidad presente en el adulto mayor, y a los síndromes nutricionales ya mencionados, puede sumarse como problema frecuente la anemia, que “no es un hecho fisiológico del envejecimiento sino que es indicativa de una o más enfermedades subyacentes”,⁷⁴ y que se asocia con muchas complicaciones.

Continuando con los síndromes geriátricos se menciona el insomnio como el trastorno del sueño más prevalente en la práctica clínica, constituye un síntoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño. Las alteraciones en la calidad del mismo (sueño no reparador) y en la duración (despertares precoces) también se incluyen en la definición de insomnio.⁷⁵

En relación con las úlceras por presión (UPP), constituyen un síndrome geriátrico prevenible y tratable, que puede presentar cualquier persona con algún grado de inmovilidad. Se definen de acuerdo a García Fernández, et al ⁷⁶ del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), como “una lesión localizada en la piel o en el tejido subyacente, como resultado de la presión, o en combinación con las fuerzas de cizalla. Puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa, por diferentes materiales o dispositivos”. ^{op cit 76} El deterioro de la integridad cutánea y tisular, se puede presentar en diferentes ámbitos, instituciones cerradas como en el ámbito domiciliario, y su aparición constituye un evento adverso y por lo tanto está relacionada a la seguridad del paciente, y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería. La situación de vulnerabilidad a la que se exponen los adultos mayores con úlceras por presión es mucho mayor en las personas institucionalizadas. Según estudios sobre la epidemiología de las úlceras por presión realizados en España en 2013, las cifras de prevalencia

obtenidas son para los centros socio-sanitarios, que incluyen las residencias de mayores; del 13,4%.⁷⁷

Para la detección del riesgo de aparición de úlceras por presión se aplicó la escala de Braden, (Anexo N° 13). Este instrumento de valoración tiene una sensibilidad de 85,4%, y una especificidad de 63,2%.⁷⁸ En este estudio se aplicó a personas que presentaban síndrome de inmovilidad, absoluta o relativa.

Luego de nombrar los diferentes síndromes geriátricos es también oportuno mencionar que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida en óptimo estado de salud, por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad cronológica. La población mayor de 65 años no es una población homogénea; todos los adultos mayores envejecen de forma diferente. Así que luego de realizada una exhaustiva valoración geronto- geriátrica- integral, se podrán realizar diferentes clasificaciones, tipologías o categorizaciones de personas o adultos mayores. De acuerdo a lo establecido por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se define al adulto mayor sano, como una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud. El adulto mayor enfermo, es aquella persona sana pero con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

Continuando con la clasificación de la personas mayor, el adulto mayor geriátrico es aquella de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe dependencia en forma evidente. Estas personas son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), necesitan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. Es el adulto mayor en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y la persona se ha vuelto dependiente.

Finalmente el adulto mayor frágil es aquella que conserva su independencia de manera limitada, y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas le permiten mantener su independencia básica. En estas personas frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El adulto mayor frágil es independiente, pero tiene alto riesgo de volverse dependiente.⁷⁹

Para la identificación de adultos mayores frágiles, se utilizó la escala de Barber (Anexo N°14), y que los define de acuerdo a 9 ítems: si vive solo, dificultades visuales, dificultades auditivas, hospitalización en el último año, necesita de alguien que le ayude a menudo, le impide su salud salir a la calle, 2 días a la semana no come alimentos calientes, no tener nadie a quien recurrir, problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo. El cuestionario de Barber como prueba diagnóstica, es de muy bajo valor predictivo positivo. Barber et al en sus trabajos, consideraban una sensibilidad del 95% y una especificidad del 68%.⁸⁰

Dentro de la Valoración Geronto- Geriátrica Integral la esfera social fue evaluada a través de la escala de los Recursos Sociales- OARS. (Anexo N°15). Este instrumento permite conocer la relación entre la persona mayor y su entorno. Aspectos relacionados con el apoyo familiar, social, y de capacidad de ser cuidados en cantidad de personas y en el tiempo. Las observaciones encontradas para este instrumento son que requieren experiencia, entrenamiento y entrevista estructurada, ya que para clasificar a una persona en una categoría u otra se requiere haber obtenido la información de una manera fiable y organizada. Es una escala “diagnóstica multidimensional adaptada por Grau en población anciana española comprobando su fiabilidad y viabilidad” ⁴⁴

Para la identificación de las necesidades humanas de los adultos mayores, se aplicará en este estudio el Modelo de Virginia Henderson, que permite comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado de enfermería, ayudando a organizar, analizar e interpretar los datos de las personas para enunciar un diagnóstico de enfermería, facilita la toma de decisiones y favorece la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. Con los modelos teóricos, la enfermera garantiza un lenguaje común entre profesionales y garantiza paradigmas similares respecto a los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería.⁸¹ Las necesidades humanas de los adultos mayores en este estudio serán analizadas desde un hogar de larga estancia.

Los valores filosóficos del modelo determinan que enfermería tienen una función propia, independiente, aunque comparta actividades con otros profesionales de la salud, pero que “la sociedad espera un servicio de enfermería, que no pueda darle otro profesional”. ^{op cit 81} La teorista Henderson define que “la función de una enfermera es ayudar- asistir al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario”.

El modelo de Virginia Henderson se integra en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. La persona asistida o atendida es un todo complejo, con catorce necesidades básicas o fundamentales de orden bio- psicosocial- espiritual, y que quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. ^{op cit 81}

La enfermera estadounidense Virginia Henderson (1897 – 1996), en 1960 establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, ⁸² las 14 necesidades humanas básicas o fundamentales. Definidas dentro del modelo teórico como “todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar”. ^{op cit 81} Son un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo. Las siete primeras necesidades están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª, con la seguridad, la 10ª con la autoestima, la 11ª, con la pertenencia, y desde la 12ª a la 14ª, con la autorrealización.

En este estudio para cada una de las catorce necesidades, se establecieron subdimensiones, extraídas de “datos más relevantes que deben valorarse” ^{Op cit 81}

Los valores filosóficos del modelo determinan que enfermería tienen una función propia, independiente, aunque comparta actividades con otros profesionales de la salud, pero que “la sociedad espera un servicio de enfermería, que no pueda darle otro profesional”. ^{op cit 81} La teorista Henderson define el cuidado de una enfermera como el de “ayudar- asistir al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría

sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario”. El objetivo de los cuidados es “ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, y a ganar independencia de la forma más rápida posible”. ^{op cit 81}

La demanda de cuidados enfermeros en este estudio se define como la suma de las medidas de cuidados necesarias en momentos específicos, para satisfacer las necesidades fundamentales de una persona. Consiste en una serie de intervenciones de enfermería que tienen la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive su proceso de salud/ enfermedad. Implica la necesidad de elaborar un plan de cuidados enfermeros, basándose en la identificación de la satisfacción/ insatisfacción de las 14 necesidades básicas, y así lograr cuidados individualizados. ^{op cit 81}

La serie de intervenciones de enfermería para cada necesidad encontrada como insatisfecha serán extraídas de la Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería. ⁸³

Describir la necesidad de cuidados de enfermería profesional que demandan los adultos mayores residentes en la institución de estudio, será resultado en este estudio, de la valoración de los adultos mayores, donde la enfermera investigadora aplica la Valoración Geronto- Geriátrica Integral, e identifica las necesidades básicas humanas desde un modelo conceptual de enfermería.

Teniendo presente los escenarios demográficos actuales y futuros de Uruguay, las acciones en salud que se dirijan al campo del envejecimiento y la vejez, van a tener un fuerte impacto en la población y en la sociedad toda. Realizar investigaciones no solo contribuye a la estructura del conocimiento existente, sino que representa un sustento o antecedente para el desarrollo de las políticas públicas, en este caso aportando en la

actual implementación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados. A partir del Decreto 356/016, vigente desde el mes de noviembre 2016, los centros de larga estadía para personas mayores se incorporan al Sistema de Cuidados. Esta reglamentación especifica derechos y obligaciones, define las competencias institucionales del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud Pública, y apuesta a la implementación progresiva de planes de mejora de la calidad en todos los centros.⁸⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, afirmó que “los entornos estimulantes para las personas de edad y adaptados a sus necesidades pueden contribuir a aumentar su autonomía y participación activa, permiten una vida más plena y maximizan su contribución a la sociedad”.^{op cit 27}

Se busca que esta investigación represente un insumo innovador que aporte a la disciplina enfermería, desde el entendido que el futuro en el cuidado enfermero, depende del conocimiento de las realidades estudiadas desde esta profesión.

Como ya fue mencionado la Gestión del Cuidado de Enfermería consiste en la aplicación de un “juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”^{op cit 38} En este sentido, este estudio podría representar un antecedente para el desarrollo de un proyecto de modelos de cuidados para la práctica asistencial de este hogar de adultos mayores. El mismo tendría como objetivo la recuperación, y el mantenimiento de la independencia y autonomía, y/o la satisfacción de las necesidades de las personas institucionalizadas. Implicaría diseñar planes estandarizados e individualizados de cuidados, y elaboración y seguimiento del cumplimiento de guías y protocolos.

El uso de modelos de cuidados enfermeros permite reforzar la disciplina enfermería, y el uso de un lenguaje común en la práctica clínica, para asegurar la calidad del cuidado que se brinda a los residentes.⁸⁵

Los beneficiarios de este trabajo serán las personas que reciben los cuidados, sabiendo que estos dependen en gran medida de la calidad de los prestadores de cuidados. La calidad en los servicios de salud “beneficia al que recibe el servicio como al que lo brinda, se trata de la percepción de la excelencia por el usuario, y de nuestra respuesta a esa percepción”.^{Op cit 21}

Metodología

Tipo de estudio: cuantitativo, descriptivo, transversal.

Área de estudio: Hogar de Adultos Mayores del prestador público de salud - Dependiente de ASSE -, ubicado en calle Piedras entre los límites de calles Varela y Rivera, en la ciudad de Salto.

Población: Residentes del Hogar de Adultos Mayores dependiente de ASSE de la ciudad de Salto.

Muestra no probabilística por conveniencia.

Criterios de inclusión: residentes del Hogar en estudio, mayores de 60 años que se encuentren al momento del corte en la Institución, y que hayan brindado su consentimiento o decisión de participar en el estudio o se cuente con el consentimiento del representante legal de la persona directamente incluida en la situación estudiada.

Criterios de exclusión: residentes del Hogar del Adulto Mayor menores de 60 años, y aquellos que teniendo la autonomía de decisión no acepten participar de la investigación.

Unidad de análisis: demanda de cuidados enfermeros de los residentes adultos mayores.

Variables de estudio:

Características socio- demográficas- epidemiológicas de la Población Adulta Mayor Institucionalizada en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto

Valoración Geronto- Geriátrica Integral de la Población Adulta Mayor encontrada.

Necesidades Humanas Básicas/Fundamentales del modelo de Virginia Henderson identificadas en la población de estudio.

Demandas de cuidados enfermeros de la Población Adulta Mayor Institucionalizada en el Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto.

Definición de variables:

Características socio- demográficas - epidemiológicas de la Población

Adulta Mayor: Conjunto de características biológicas, sociales, económicas y de frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes, presentes en de una población determinada en un momento dado.

Dimensiones: 1.a) Edad: Tiempo en el que una persona ha vivido desde el nacimiento hasta el momento actual, medido en años cumplidos. Indicadores: 60

años - 79 años, 80 años y más **1.b) Sexo:** Conjunto de características genéticas, morfológicas y funcionales que distinguen el hombre y la mujer .Indicadores:

Femenino, Masculino **1.c) Procedencia:** designar el origen de una persona y del cual entonces procede. Indicadores: área urbana, suburbana y rural. **1d) Tiempo**

de institucionalización: periodo de tiempo transcurrido desde el momento de la institucionalización hasta la fecha. Indicadores: Menor a un año

Entre 1- 3 años, y Mayor a 3 años **1.e) Motivo de Ingreso:** razón por la cual la persona ha ingresado a la Institución. Indicadores: falta de domicilio, problemas

económicos, problemas de salud, voluntad propia. **1.f) Estado Civil:** situación jurídica de una persona en la familia y en la sociedad. Indicadores: Soltero/a,

Casado/a, Divorciado/a, Unión libre, Viudo/a **1.g) Ocupación anterior:**

Participación de las personas mayores en el mercado laboral antes de su ingreso al hogar. Indicadores: Gastronomía; ama de casa, trabajador rural, construcción,

empleado público, empleado doméstico, trabajador temporal, otros.

1.h) Situación Laboral Actual: Participación de las personas mayores en el mercado laboral y/o goce del aporte económico por los años trabajados.

Indicadores: Activo y con apoyo social, Activo y sin apoyo social. Jubilado, Pensionista, Sin aportes **1.i) Nivel de Instrucción:** Nivel o estudios formales

más alto conseguido por una persona. Indicadores: Analfabeto, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa,

Estudios Terciarios, Otros. **1.j) Cobertura de salud:** Refiere al prestador de servicios de atención a la salud que presentan los adultos mayores. Indicadores:

Pública, Privada. **1.k) Servicio de Acompañante:** Refiere si el adulto mayor cuenta con este servicio. Indicadores: si, no **1.l) Cobertura de emergencia**

móvil: Refiere si el adulto mayor cuenta con un servicio de asistencia en situaciones de emergencia. Indicadores: si, no. **1.m) Viudez en el último año:** refiere si el adulto mayor ha quedado viudo en el último año. Indicadores: si no.

1.n) Ingreso económico: cantidad de dinero o cualquier otra ganancia o rendimiento de naturaleza económica que recibe el adulto mayor. Expresado en relación al Salario Mínimo Nacional (en el momento del estudio equivalente a \$11.150. Indicadores: menor, igual, o mayor que el Salario Mínimo Nacional.

1.o) Satisfacción del ingreso económico: Percepción subjetiva de los adultos mayores en relación con sus ingresos económicos para lograr satisfacer sus necesidades básicas. Subdimensiones; Alcanza y puede ahorrar, Alcanza sin grandes dificultades, Alcanza Justo, No alcanza, tiene dificultades. Indicadores:

Sí/No. **1.p) Hospitalizaciones en el último año:** ingreso en un servicio de salud a causa de un proceso agudo de enfermedad o por patologías crónicas.

Indicadores: si no. **1.q) Antecedentes Quirúrgicos recientes:** refiere si ha sido

intervenciones quirúrgicas en los últimos tres años. Indicadores: Sí/No.

Mencionar cuales. **1.r) Antecedentes Patológicos Personales:** alteraciones en la salud que presenta/presentó el adulto mayor. Indicadores: Cardiovasculares: Sí/No, Respiratorios: si/no, Metabólicos: Sí/No, Osteoarticulares: Sí/No, Oncológico: Sí/No, neurológicos: Sí/No, Urológicos/renales: Sí/No, Digestivo: Sí/No. **1.s) Inmunizaciones:** administración de un agente u organismo para generar una respuesta inmune. Indicadores: Antitetánica: Sí/No, AntiAntigripal: Sí/No, Antineumocócica: Sí/No **1.t) Déficit sensoriales:** pérdida parcial o total de la función visual o auditiva y en algunos casos la ausencia de ambas funciones. Indicadores: déficit visual: Sí/No, déficit auditivo: Sí/No, usa lentes Sí/No, si son recetados Sí/No, si usa audífono Si/no. **1.u) Controles Oftalmológicos en el último año:** evalúa la concurrencia del adulto mayor al control oftalmológico. Indicadores: si/no **1.v) Uso de auxiliares de la marcha:** dispositivo utilizado por el adulto mayor para trasladarse. Indicadores: si/no y cuales: bastón, muletas, andador, trípode, silla rueda. **1.w) Tipo de calzado que habitualmente usa:** describe el calzado usado habitualmente por el adulto mayor. Indicadores: cerrado si/no, con suela antideslizante, si/no. **1.x) Alteraciones podológicas:** patologías o presencia de lesiones ubicadas en el pie del adulto mayor. Indicadores: si/no cuales: hallus valgus, pie plano, dedos en martillo, hiperqueratosis, micosis, onicocriptosis, uñas largas.**1.y) control odontológico en el último año:** evalúa la concurrencia del adulto mayor al control odontológico. Indicadores: si/no **1.z) Presencia de focos sépticos:** se valora la presencia de infecciones a nivel de la cavidad bucal. Indicadores: si/no. **1.a.a) Uso de Prótesis dental:** evalúa la presencia de prótesis dentales. Indicadores: si/no. Parciales, totales, fijas, removibles, adecuados inadecuados.

1.a.b) Problemas en la masticación: se valora dificultades para el proceso de masticación. Indicadores: si/no. **1.a.c) Abastecimiento de Alimentos:** se refiere al origen de los alimentos que recibe el adulto mayor. Indicadores: del hogar, del exterior, de ambos. **1.a.d) Consumo de frutas:** hace referencia a la ingesta de frutas frescas. Indicadores si/no. Frecuencia de consumo: 1 vez por semana, 3 veces por semana, diariamente. **1.a.e) uso de tabaco:** refiere al hábito no saludable de fumar. Indicadores: si/no, tipo: criollo, cigarrillo y cantidad. **1.a.f) exfumador:** refiere al abandono del hábito de fumar. Indicadores: si/no. **1.a.g) Ingesta de alcohol:** refiere al hábito de beber alcohol etílico o sus derivados. Indicadores: si/no, tipo, cantidad al día: menos de 200cc, 200- 500, 500- 1000, ms de 1000cc. Frecuencia de consumo: todos los días, fines de semana, eventos sociales. **1.a.h) Actividad física:** acciones en las que la persona realiza ejercicios, generando un determinado gasto de energía. Definida la actividad física cuando la realiza más de tres veces por semana superior a 30 minutos. Indicadores: si/no, cual: caminatas, tratar, yoga, bicicleta, deporte, otros. **1.a.i) participación en actividades recreativas, sociales y/o de grupo:** valora la concurrencia e interacción del adulto mayor con otras personas. Indicadores: si/no, cuales: religiosas, recreativas/salón/ culturales, reuniones vecinales, club/ asoc. Jubilados, otros. **1.a.j) Le interesaría participar en alguna actividad recreativa:** Indicadores: si/no, cuales. **1.a.k) automedicación:** hace mención si el adulto mayor consume algún fármaco no prescrito. Indicadores: si/no, cuales fármacos. **Consumo de fármacos:** Indicadores: si/no, para que sistema: Cardiovascular, Respiratorio, Endócrino, músculo-esquelético, Renal/ urológico, Neurológico, Digestivo, Tegumentario.

Valoración Geronto- Geriátrica Integral: Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, mentales y sociales que pueda presentar el adulto mayor, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos, para lograr el mayor grado de independencia. Analiza las diferentes esferas que integran a la persona (física, funcional, mental y social). A través de la aplicación de esta herramienta de abordaje se podrá determinar la tipificación o clasificación del adulto mayor.

Dimensiones: 1- Área Funcional: es el proceso dirigido a evaluar la capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades habituales o de la vida diaria y a mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Subdimensión: Escala de **Barthel:** mide las actividades básicas de la vida diaria: comer; lavarse; vestirse; arreglarse; usar el retrete, deposición; micción; traslado del sillón a la cama; Deambulación; subir y bajar escaleras.

Indicadores: < 20 puntos Dependencia Total; 20-40 puntos Dependencia Grave; 45- 55 puntos Dependencia Moderada; >O igual a 60 puntos Dependencia Leve; 100 puntos Independencia (Persona en silla de ruedas 90 puntos)

2.Área Mental: Evalúa las funciones cognitivas y emocionales de las personas.

Sub-dimensiones:

Cuestionario Pfeiffer: evalúa ubicación temporal y espacial; memoria reciente y memoria pasada. **Indicadores:** De 0 a 2 errores: no hay deterioro cognitivo,

De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual. De 5 a 7 errores: deterioro cognitivo moderado. De 8 a 10 errores: deterioro cognitivo grave.

Escala de abreviada de depresión geriátrica de Yesavage: valora la esfera afectiva/ emocional. Se aplicará para identificar posibles cuadros depresivos. No podrá ser aplicada en personas con deterioro cognitivo severo. Indicadores: Normal de 0-5 puntos, depresión leve de 6 -9 puntos, y depresión establecida $\geq$ o igual a 10.

3. Área Física: Aporta información de las enfermedades que presentan los adultos mayores. Los datos que se recogen son: antecedentes personales, antecedentes familiares, historia farmacológica, anamnesis, exploración física, síndromes geriátricos y pruebas complementarias.

Sub-dimensiones:

Escala de Dawton: valora la presencia del riesgo en ocurrir una caída. Indicadores: Menos de 3 puntos no presenta riesgo de caída, Mayor o igual a 3 puntos alto riesgo de caída.

Test Determine: detecta el riesgo de mal nutrición en los adultos mayores. Indicadores: 0-2 puntos Sin riesgo nutricional, 3-5 puntos Riesgo nutricional moderado, 6 o más puntos Riesgo nutricional alto.

Escala de Braden: valora el riesgo de aparición de úlceras por presión. Evalúa: percepción sensorial, humedad, grado de actividad, nutrición, fricción y deslizamiento, y movilidad. Indicadores: Riesgo alto: menos de 13 puntos, Riesgo moderado: puntuación entre 13 y 14, Riesgo bajo: si el adulto mayor tiene menos de 75 años, puntuación de 15 a 16; si el paciente es mayor de 75 años, puntuación de 15 a 18.

En el área física de la variable Valoración Geronto - Geriátrica integral se evaluarán los **Síndromes geriátricos:** conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una alta prevalencia en el

adulto mayor, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social. Sub-dimensiones: Inmovilidad, Caídas en el último año, Incontinencia Urinaria, Incontinencia Fecal, Depresión, Insomnio, Demencia, Síndrome Confusional Agudo, Malnutrición, Estreñimiento, Úlceras por Presión, Polifarmacia. Indicadores Si / No

4. Área Social: Valora relación adulto mayor-medio, entorno más próximo, redes sociales y utilización de recursos sociales de manera óptima.

Sub dimensiones:

Escala de recursos sociales o de OARS: evalúa la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales; así como también la existencia o no de un potencial cuidador. Indicadores: Excelentes recursos sociales, recursos sociales buenos, recursos sociales ligeramente deteriorados, recursos sociales moderadamente deteriorados, recursos sociales bastante deteriorados, y recursos sociales totalmente deteriorados.

Actividades recreativas: acciones dirigidas al esparcimiento o diversión. Participación en grupos. Indicadores: si no

Luego de la realización de la valoración geronto- geriátrica, se podrá determinar

la **tipificación o clasificación del adulto mayor:** Clasificación que se realiza a la población adulta mayor, partiendo de que de la heterogeneidad de esta población, y de acuerdo a criterios estandarizados establecidos para cada categoría.

Dimensiones:

Adulto Mayor Sano: Indicadores: Ausencia de enfermedad objetivable, Capacidad funcional conservada. Independiente para actividades básicas e

instrumentales de la vida diaria. No presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud

Adulto Mayor Enfermo: Indicadores: Adulto Mayor sano con una enfermedad aguda. Acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único. No suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.

Adulto Mayor Frágil: Indicadores: Posee una o varias enfermedades de base crónicas. Se mantiene independiente pero con un gran riesgo de volverse dependiente. La capacidad funcional está conservada para las actividades básicas de la vida diaria. Pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas.

Adulto Mayor Geriátrico: Indicadores: Adulto Mayor con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas. Existe dependencia de forma evidente para las actividades básicas de la vida diaria. Necesitan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

Escala de Barber: evalúa el riesgo de fragilidad en los adultos mayores.

Subdimensiones: Vive sola/o. Se encuentra sin alguien a quien acudir si precisa ayuda. Hay más de dos días a la semana que no come caliente. Necesita de alguien que le ayude a menudo. Le impide su salud salir a la calle. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impida valerse por sí mismo. Tiene dificultades con la vista para sus labores habituales. Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal. Ha estado ingresado en el hospital en el último año **Indicadores:** Más de 1 punto detecta presencia de fragilidad

Necesidades Humanas Básicas/Fundamentales según modelo de Virginia

Henderson: Definidas dentro del modelo como “todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo. El ser humano forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial- espiritual. Requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad

Dimensiones:

Nº1: Respirar normalmente: Necesidad fisiológica de oxigenación que presenta la persona. **Sub dimensiones:** Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno. Cianosis Tipo de respiración Permeabilidad de la vía aérea. Capacidad de eliminar secreciones. Profundidad de la inspiración. Tos. Secreciones bronquiales. Tabaquismo, Disnea. Utilización de los músculos accesorios, Fumador. Hábito Tabáquico: Nº cigarrillos/día, desea dejar de fumar., Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a las que le atribuye esas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y la percepción de resultados. Valoración de Hemodinamia (presión arterial. Frecuencia cardíaca, pulsos periféricos). Orientación: espacial, temporal, personas. Uso de fármaco, horario, dosis – automedicación. Cuestionario de Pfeiffer. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº2: Comer y beber de forma adecuada: Necesidad fisiológica que incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de

alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo. **Subdimensiones:** Sigue algún tipo de dieta. Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, gastritis, úlceras gastroduodenales); Alteración del peso; Intolerancia alimenticia. Problemas para comer: en la boca, para masticar, en la deglución; Prótesis dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica, gastrostomía; Necesidad de ayuda para alimentarse. Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Peso; Talla; IMC. Cantidad y calidad de líquidos y alimentos que recibe al día. Hidratación cutánea. Humedad de membranas mucosas. Hiperglucemia y síntomas relacionados. Hipoglucemia y síntomas relacionados. Uso correcto de la medicación prescrita. Automedicación. Factores económicos o psicológicos que interfieran en la alimentación. Cuestionario Determine o "Conozca su salud nutricional. Escala de Barthel. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº3: Evacuar los desechos corporales: Necesidad fisiológica de la persona de eliminar los desechos que genera, resultantes de su metabolismo, para su correcto funcionamiento. **Subdimensiones:** Frecuencia de eliminación fecal. Características de las heces. Presenta alteraciones: Incontinencia, Dolor, Hemorroides, Gases. Se han producido cambios en los hábitos intestinales. Estreñimiento. Hábitos que dificultan / ayudan a la defecación. Presencia de ostomías/ derivaciones intestinales o urinarias. Utiliza algún medio para favorecer la defecación. Aporte de fibras, líquidos. Frecuencia de eliminación urinaria. Características de la orina. Presenta alteraciones: Incontinencia, Poliuria, Urgencias urinarias, Nicturia. Hábitos que dificultan / ayudan a la micción. Recursos que utiliza: Absorbentes, catéteres urinarios, etc. Medicación-

automedicación: consumo de laxantes, diuréticos. Otras pérdidas de líquidos

Escala de Barthel. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº4: Moverse y mantener una postura adecuada: es según Virginia Henderson un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

Subdimensiones: Grado de actividad en la vida cotidiana. Situación habitual:

Deambulante/Sillón-Cama/Inmovilizado, Nivel funcional para la actividad/movilidad: Completamente independiente/ requiere el uso de un equipo o dispositivo/Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza/requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo/Dependiente. Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/ pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte. Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas. Alteraciones motoras. Intolerancia a la actividad. Deterioro musculo-esquelético.

Deterioro neuromuscular. Presencia de dolor. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida de fuerza/Inestabilidad en la marcha/Falta o reducción de energía para tolerar la actividad. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados. Medicación – automedicación: antiinflamatorios, analgésicos, vitaminas, minerales, psicofármacos, etc. Escala de Barthel, Dawton, Cuestionario de Caídas de la OMS, Braden. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº5: Dormir y descansar: necesidad de una persona de conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Subdimensiones: Patrón de sueño / descanso habitual. Horas de sueño al día: nocturno, día, otros. Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso. Calidad del sueño: Existencia de cansancio, somnolencia, tras el sueño o el descanso. Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria. Hábitos relacionados con el sueño / descanso: Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros. Existencia de ritual para dormir. Presencia de inadecuados hábitos para dormir: indicar. Dificultades para conciliar o mantener el sueño. Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.

Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas. Cambios de horarios frecuentes. Especificar. Presencia de ronquidos, apnea de sueño. Falta de privacidad para descansar. Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual. Recursos para inducir/facilitar el sueño: Medidas naturales, fármacos, dosis, horarios. Automedicación- uso de infusiones, etc. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº6: Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse): Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales.

Subdimensiones: Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente. Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye. Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Disminución de la motivación o ansiedad severa, debilidad, cansancio. Dolor neuromuscular, musculo esquelético. Deterioro cognitivo. Disminución de la capacidad visual.

Barreras ambientales. Problemas económicos. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse-- desnudarse. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados. Manifestaciones de dependencia y origen de éstas. Escala de Barthel.

Indicadores: satisfecha / insatisfecha

Nº7: Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa

y modificando las condiciones ambientales: Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Subdimensiones: Medición de la Temperatura corporal. Temperatura ambiental. Acondicionamiento del hogar. Condiciones de la vivienda: materiales de construcción, techos, paredes, piso y ventilación. Recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental (frío y calor). Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal. Uso de medios físicos, antipiréticos habituales. Capacidad para manejar termómetros: déficits visuales, cognitivos, discapacidad física, etc.

Indicadores: satisfecha / insatisfecha

Nº8: Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia

física: Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. **Subdimensiones:** Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que necesita. Valoración de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad. Valoración de miembros inferiores. Valoración de pies. Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por

presión, úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel. Conocimientos sobre medidas de higiene. Escala de Barthel y de Braden. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº9: Evitar peligros y no dañar a los demás: Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.

Subdimensiones: Conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables. Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones, controles de salud. Periodicidad de los mismos. Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Realiza prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar, social, y laboral (seguridad, fuente de estrés). Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales. Tratamientos. Automedicación. Polifarmacia. Orientación: espacial, temporal, personas. Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio. Alteraciones sensoriales (visuales o auditivas), perceptivas. Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita. Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Ingresos hospitalarios. Accidentes. Caídas. Violencia. Maltrato. Abusos. Conocimientos sobre medidas de prevención de accidentes, infecciones y control de enfermedades. Mamografía. Pap. Autoexamen mama. Control de Próstata. Nivel de autocuidado. Accesibilidad a los servicios sanitarios. Cuestionario de Pfeiffer Escalas de Dawton, Barber. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº10: Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones: Se define como la necesidad de expresar los

pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con otras personas y

con el entorno. **Subdimensiones:** Limitaciones cognitivo – perceptuales.

Posibilidad de comunicación alternativa. Déficit sensoriales (visuales o auditivos). Dificultad para formar palabras. (p.ej., afonía, dislalia, disartria).

Presencia de traqueotomía, intubación. Negativa voluntaria a hablar.

Diferencias culturales. Falta de información. Estrés. Estructura y dinámica

familiar. Relaciones afectivas. Presencia de amigos. Presencia de cuidador.

Cansancio del cuidador. Relaciones sexuales. Patrón sexual y grados de

satisfacción. Test de Pfeiffer. Escala de Oars. **Indicadores:** satisfecha /

insatisfecha

Nº11: Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias:

Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones

de la persona a lo largo de la vida. **Subdimensiones:** Percepción actual de su

situación de salud y bienestar. Planes de futuro de la persona. Jerarquía de

valores. Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores.

Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida. Existencia de algún

valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes.

Concurrencia a lugares de culto. Actitud ante la muerte. **Indicadores:** satisfecha

/ insatisfecha

Nº12: Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo: Es una

necesidad de autorrealización, y valora la capacidad de actuar de manera que la

persona se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que desempeña.

Subdimensiones: Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual. Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales. Deseo de realización y superación. Sensación de utilidad. Presencia de dolor, limitaciones o secuelas. Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima. Actividades que le gusta realizar. Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales. Sensación habitual de estrés. Participación en la toma de decisiones que le afectan. Toma decisiones relacionadas con su salud. Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales. Conocimiento de los recursos disponibles. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº13: Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas: Necesidad de ocio y recreación, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Divertirse con una ocupación agradable permite un descanso físico y psicológico. **Subdimensiones:** Actividades recreativas que realiza habitualmente. Número de horas que le dedica a la semana. Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales. Se aburre. Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones. Automedicación, medicamentos: tipo y cantidad - escala de recursos sociales OARS. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Nº14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles: necesidad de adquisición de conocimientos y aprendizajes se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de su propia salud. **Subdimensiones:** Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación,

edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir. Grado de conocimiento de su actual estado de salud: cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento). Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas. **Indicadores:** satisfecha / insatisfecha

Demandas de Cuidados Enfermeros: Consiste en la suma de las medidas de cuidados necesarias para satisfacer las necesidades fundamentales de una persona. Consistiría en una serie de intervenciones de enfermería que tienen la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona. Estas medidas se agruparán de acuerdo a la Valoración Geronto- Geriátrica Integral y a las necesidades fundamentales identificadas en la población estudio

Dimensiones: La serie de intervenciones de enfermería para cada necesidad encontrada como insatisfecha serán extraídas de la Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería.⁸². Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería NIC 2013 (6ª Edición). Acuerdo con el paciente.

Para la recolección de información se utilizará un instrumento, semi-estructurado. El mismo estará subdividido en cuatro sectores, uno conteniendo variables socio, demográficas, epidemiológicas, que permitirán la caracterización de cada residente, otro sector en el cual se desarrollarán las escalas validadas y estandarizadas internacionalmente, para la realización de la Valoración Geronto- Geriátrica Integral, otro espacio donde se enumerarán las catorce necesidades humanas básicas/fundamentales del modelo de Virginia Henderson con un sector para identificar la satisfacción o insatisfacción de cada una de las necesidades. Además se contará con un lugar donde se registrará la clasificación/ tipología del adulto mayor entrevistado. La

información aportada por los adultos mayores será complementada y/o validada por el equipo de salud de la institución (Personal de Enfermería y/o Médico), y utilizándose fuentes secundarias de información como es la Historia Clínica de los residentes.

Dentro del Proceso de Atención de Enfermería, se cumplirán las etapas de valoración, identificación de problemas, y de planificación de cuidados, partiendo de la detección de las necesidades básicas identificadas como insatisfechas, y de sus indicadores de insatisfacción. Esto permitirá determinar la demanda de cuidados que necesita esta población, los que serán agrupados o categorizados.

Previamente a la aplicación del instrumento construido, se llevará a cabo una prueba piloto, aproximadamente entre cinco a diez personas mayores de 60 años.

Se menciona dentro de los procedimientos para garantizar los aspectos ético legales, que en forma previa a la ejecución de este trabajo se solicitará autorización para la recolección de datos del mismo, a la Dirección del Hogar de Adultos Mayores dependiente de ASSE. Se plantearán los objetivos del estudio, beneficios y garantías de la confidencialidad de la información recabada, mediante entrevista y nota previa con las autoridades pertinentes.

Se respetará la decisión de los adultos mayores de participar o no en este estudio, expresándoles y garantizándoles el compromiso de preservar la confidencialidad de los datos recabados, y la protección de su privacidad. Se respetaran estos aspectos cumpliendo con las normativas vigentes en el Comité de Ética de Facultad de Enfermería; y con la Ley 379/00, de investigaciones con seres humanos, de la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud y el M.S.P.

El análisis de los datos se realizará mediante el ingreso de los mismos a un paquete

estadístico (o planilla electrónica Excel). Se aplicarán medidas estadísticas de tendencia central, y se efectuará un análisis uni/ bivariado de las variables en estudio.

La variable demandas de cuidados será detallada luego de analizar la Valoración Geronto- Geriátrica Integral, y las necesidades de la población según el modelo de Virginia Henderson. Se agruparán las intervenciones de enfermería (anexo N° 16), de acuerdo a las necesidades identificadas como insatisfechas y a sus indicadores de insatisfacción.

Resultados

Fueron 66 los adultos mayores de 60 años que conformaron el estudio, (100 % de la población total de personas mayores residentes en el Hogar del adulto Mayor de ASSE de la ciudad de Salto, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos).

Características socio– demográficas - epidemiológicas de la población adulta mayor estudiada.

Se observó que la mayoría de los residentes eran ancianos, mayores de 80 años, en un 57.8% (tabla n°1). El promedio de edad fue 85 años para las mujeres, y de 78 años para los hombres. Se menciona que el 65% de los adultos mayores, eran hombres.

Tabla N°1: Población según grupo etario y sexo

	Masculino		Femenino		totales	totales
	Fa	Fr%	Fa	Fr%		
Adulto Mayor	22	51,16%	5	21,74%	27	40.91%
Anciano	20	46,51%	18	78,26%	38	57,8%
Sin documento	1	2,33%	0	0,00%	1	1.52%
Total	43	100,00%	23	100,00%	66	100%
	65,15%		34,85			100%

Se observó una prevalencia de residentes provenientes del área urbana (59%), (tabla n°2) aunque se debe aclarar que se consultaba por procedencia previa a la institucionalización. Muchos residentes aclararon que vivían en área rural, pero al jubilarse se trasladaron al área urbana.

Tabla N°2: Distribución de los residentes según procedencia

Procedencia	Fa	Fr %
Área urbana	39	59,09%
Área suburbana	4	6,06%
Rural	23	34,85%
Total	66	100,00%

Se observó que predominaron aquellas personas que tenían mas de 3 años de permanencia en el Hogar (45,5%), (Tabla N°3) siendo la moda mayor a 3 años (n:30)

Tabla N°3: Distribución de los residentes según tiempo de permanencia

Tiempo de institucionalización	Fa	Fr %
Menor a un año	15	22,73%
Entre 1 y 3 años	21	31,82%
Mayor a 3 años	30	45,45%
Total	66	100,00%

Se destacaron como principales motivos de ingresos al hogar, la falta de domicilio y los problemas de salud, en iguales porcentajes (43 %), (Tabla N°4) mientras que el 13 % ingresó por voluntad propia.

Tabla N° 4. Distribución de los residentes según motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Fa	Fr%
Falta de domicilio	43	43,00%
Problemas económicos	1	1,00%
Voluntad propia	13	13,00%
Problemas de salud	43	43,00%
Total	100	100,00%

Se evidenció que, en el Hogar en estudio, hay un predominio de Adultos Mayores solteros 58%, continuándose con el 25,6% que son viudos. Del total de personas viudas ninguno posee una viudez reciente (menor a un año).

Tabla N° 5: Distribución de Adultos Mayores según Estado Civil.

Estado civil	Fa	Fr %
Soltero/a	38	57,58%
Casado/a	2	3,03%
Divorciado/a	8	12,12%
Unión Libre	1	1,52%
Viudo/a	17	25,76%
Total	66	100,00%

Un 33,3% de adultos mayores habían sido trabajadores rurales, (Tabla N°6),

destacándose en segundo lugar como ocupación previa, al trabajado doméstico (15,2%).

Tabla N°6. Distribución de residentes según ocupación previa al Ingreso.

Ocupación anterior	Fa	Fr %
Gastronomía	5	7,58%
Ama de casa	9	13,64%
Trabajador rural	22	33,33%
Construcción	6	9,09%
Empleado público	1	1,52%
Empleada/o domestica/o	10	15,15%
Trabajo temporal	3	4,55%
Mecánico	1	1,52%
Vendedor informal	1	1,52%
Jardinería	1	1,52%
Deportista	1	1,52%
Chofer	1	1,52%
Sin registro y con síndrome demencial	5	7,58%
Total	66	100,00%

Según la tabla N°7 se identifica que, del total de los Adultos Mayores, un 50% poseían retribución económica como pensionista, y un 42% se encontraban jubilados. Se encontraron 5 Adultos Mayores que actualmente no recibían aportes previsionales.

Tabla N° 7: Distribución de Adultos Mayores según su situación laboral actual

Situación laboral actual	FA	Fr %
Activo y con apoyo social	0	0,00%
Activo y sin apoyo social	0	0,00%
Jubilado	29	43,94%
Pensionista	33	50,00%
Sin aportes	4	6,06%
Total	66	100,00%

En lo referente al nivel de instrucción (Tabla N°8), se observó que el 81,8% eran personas con nivel educativo de primaria incompleta, (saber leer y escribir), el 9,1 %

tenían estudios primarios completos. Ningún adulto mayor contaba con estudios superiores (bachillerato y formación profesional), ni con estudios universitarios. Un 6,1% (4 adultos mayores) no sabían leer ni escribir.

Tabla N° 8: Distribución de Adultos Mayores según su nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Fa	Fr %
Analfabeto/a	4	6,06%
Primaria incompleta	54	81,82%
Primaria completa	6	9,09%
Secundaria incompleta	1	1,52%
Secundaria completa	0	0,00%
Estudios terciarios	0	0,00%
Otros	0	0,00%
Sin registros y con demencia	1	1,52%
Total	66	100,00%

De acuerdo a la distribución de adultos mayores según cobertura de atención en salud, se identificó que la mayoría de los Adultos Mayores, un 95,5%, poseía cobertura de ASSE, y un 4,5% cobertura privada/Femi.

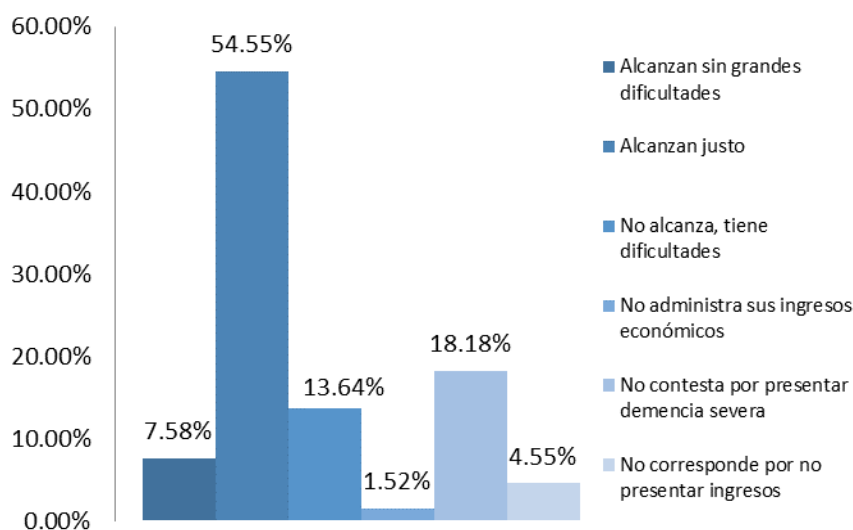
Con respecto a la cobertura de servicio de acompañante, del total de residentes un 56%, poseía servicio de acompañante.

En relación a la cobertura de emergencia móvil el 100% de los residentes la poseían.

La amplia mayoría de los residentes (82%) recibían ingresos menores a un salario mínimo nacional, el cual se encuentra actualmente en \$12.265 ⁶⁴. Le continúan en porcentaje un 7,6% de adultos mayores que recibían un salario mayor al mínimo nacional.

Con respecto a la percepción de los residentes de acuerdo a sus ingresos económicos, (Grafico N°1), el 54,5% refirió que les “alcanza justo”, continuándole en frecuencia aquellas personas que no contestaron por presentar demencia severa (18,2%)

Grafico N° 1: Percepción de los adultos mayores según sus ingresos económicos.



En lo que se refiere a hospitalizaciones en el último año, como un criterio de fragilidad, el 80,3% de los residentes no habían estado hospitalizados, si habiendo estado un 19,7%.

Con respecto a la presencia de antecedentes quirúrgicos en los últimos 3 años, un 92,4% de los adultos mayores no tenían antecedentes. De los que, si los presentaban, estos correspondían a: colecistectomía (2 personas), reconstrucción de colostomía (2 personas), herniorrafia (1 persona).

Un 97% (n: 64) de los residentes poseían antecedentes patológicos personales. En la tabla N° 9 se presentan las prevalencias de los antecedentes personales de salud que configuran la morbilidad en los adultos mayores. Uno de los hallazgos relevantes fue la alta tasa de prevalencia de antecedentes vasculares, de 32,1%, como único antecedente personal o coexistente con otros, y las patologías neurológicas que se corresponden a un 30%. Como se puede observar muchos adultos mayores poseían más de un antecedente personal o patología, siendo el promedio de 2.6 enfermedades por

cada adulto mayor.

Tabla N° 9: Distribución de Adultos Mayores según sus antecedentes personales.

Antecedentes personales	FA	Fr%
Antecedentes vasculares	45	32,14%
Antecedentes hematológicos	3	2,14%
Antecedentes respiratorios	10	7,14%
Antecedentes metabólicos	13	9,29%
Antecedentes osteoarticulares	8	5,71%
Antecedentes oncológicos	4	2,86%
Antecedentes neurológicos	42	30,00%
Antecedentes urológicos-renales	3	2,14%
Antecedentes de patología parietal	2	1,43%
Antecedentes de privación sensorial	4	2,86%
Antecedentes digestivos	6	4,29%
Total	140	100,00%

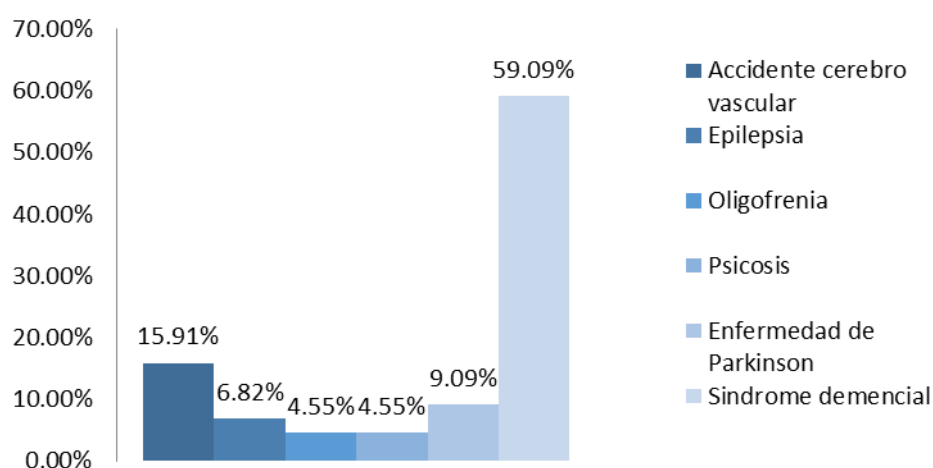
Del total de residentes con antecedentes vasculares, un 60% se correspondió con hipertensión arterial, continuándole en segundo lugar las arritmias (14,5%). El 67% de los residentes hipertensos recibían tratamiento farmacológico.

Tabla N° 10: Distribución de Adultos Mayores según sus antecedentes vasculares.

Patologías vasculares	FA	FR %
Hipertensión Arterial	33	60,00%
Arritmias	8	14,55%
Valvulopatías	2	3,64%
Insuficiencia cardiaca	3	5,45%
Cavernoma portal	1	1,82%
Infarto agudo de miocardio	2	3,64%
Insuficiencia venosa	6	10,91%
Total	55	100,00%

Del total de personas mayores que tenían como antecedentes personales los de orígenes neurológicos, predominaran dentro de ellos los síndromes demenciales, (59%) y los accidentes cerebro vasculares (16%).

Grafico N° 2: Distribución de Adultos Mayores según antecedentes personales neurológicos.



Considerando el total de residentes que poseían como antecedente personal único o asociado el metabólico o patología metabólica, resultó que un 64.7% presentaban hipotiroidismo, y un 23,5% diabetes tipo 2. (Tabla N° 11). La tasa de prevalencia de

Diabetes Mellitus fue mayor en las mujeres (75%) que en los hombres (25%). La glicemia promedio de la población en el momento del estudio, fue de 1.03 g/l. El 100% de ellos manifestaron “saber que eran diabéticos” y un 75% recibían tratamiento farmacológico.

Tabla N° 11: Distribución de Adultos Mayores según sus antecedentes metabólicos.

Patologías metabólicas	Fa	Fr %
Hipotiroidismo	11	64,71%
Diabetes	4	23,53%
Dislipemia	2	11,76%
Total	17	100,00%

De la misma forma analizando el total de adultos mayores que poseían patologías respiratorias, un 81,9% de ellos presentaban Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas. Hay que mencionar que un adulto mayor en ese momento se encontraba cursando un cuadro de neumopatía aguda.

Continuando con las patologías presentes en los residentes, se destaca dentro del total de las patologías osteoarticulares, un predominio en un 60% de artrosis, continuándole las secuelas de fracturas de caderas (40%).

Con respecto a las patologías digestivas, presentes en un 4.3% de la población, predominó en un 50% la gastritis, continuándole en iguales porcentajes la esofagitis, hernia hiatal y pólipo hiperplásico gástrico (16,7% respectivamente).

En lo que se refiere a las patologías oncológicas, presentes en un 2.9% de la población, se destaca el adenocarcinoma prostático en un 50%, continuándole el tumor ocular y síndrome mielodisplásico (en un 25% respectivamente).

Dentro de las patologías de privación sensorial registradas en historia clínica (n: 4 residentes), aparece la ceguera en un 50%, cataratas y glaucoma (en un 25%

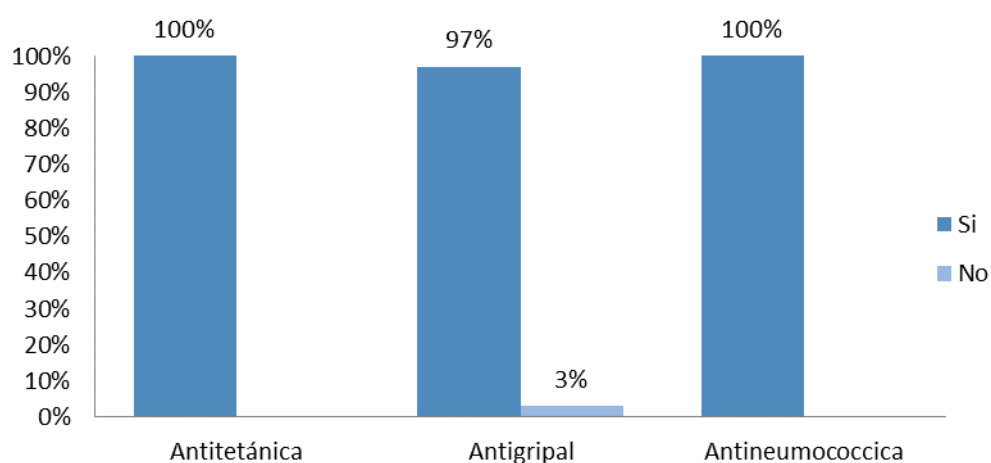
respectivamente).

Se destaca que dentro del total de residentes con patologías urológicas-renales, predominaba la insuficiencia renal crónica en un 66.7%, y la hipertrofia prostática benigna en un 33,3%.

En último término en relación a los antecedentes o patologías presentes en los adultos mayores, mencionaremos que tres personas presentaban anemia diagnosticada, dentro de los antecedentes hematológicos; y dos residentes presentaban hernia inguino-escrotal, entre las patologías parietales.

Analizando al porcentaje de residentes inmunizados, el 100% recibieron la vacuna antitetánica y antineumocócica, la anti gripal la recibieron un 97% de las personas.

Grafico N° 3: Inmunizaciones en la población adulta mayor.



Uno de los hallazgos relevantes fue la alta tasa de prevalencia de sedentarismo de la población adulta mayor, un 87,9% de los residentes no realizaban actividad física, correspondiendo al restante 12.1% a personas mayores que realizan caminatas. Se consideró sedentario al residente que en el último mes no había practicado deporte o actividad física, durante 30 minutos o más, al menos 3 veces a la semana.

Referido al consumo de tabaco, un 11 % se consideraron fumadores en el momento de

la realización del estudio, y un 47,5% refirió haber sido fumador en algún momento.

Las personas que fumaban en el momento del estudio, (n: 7), manifestaron fumar cigarrillos en un 57%, y tabaco criollo en un 43%. Fumaban significativamente más, los hombres (86%) que las mujeres (14%). La media de consumo de cigarrillos al día fue de 15 para las mujeres, y de 12 para los hombres.

Con respecto al consumo de alcohol, un 95,4% refirió un no consumo, el restante porcentaje (n: 3), relató un consumo de vino, con una frecuencia de los fines de semana (67%) y en algún evento social (33%). Referido a la cantidad de alcohol consumido todos manifestaron una dosis menor a 200cc en la semana.

En relación a los déficits sensoriales un 77,3% de los residentes (n: 51), refirió tener déficits sensoriales. Del total de ellos, un 64,8% presentaban déficit visual, (Tabla N° 12), y un 33,3% ambos déficits.

Tabla N° 12: Distribución de Adultos Mayores según tipo de déficit sensorial.

Tipo de déficit sensorial	Fa	Fr%
Visual	33	64,71%
Auditivo	1	1,96%
Ambos	17	33,33%
Total	51	100,00%

Un 34% de los residentes utilizaban lentes, siendo un 76,5% de ellos recetados por un oftalmólogo. Por otra parte, un 5,6% de los residentes usaban audífonos (n: 1 adulto mayor). Con respecto a los controles oftalmológicos, el 80% de los residentes no habían concurrido al oftalmólogo en el último año. (Tabla N° 13)

Tabla N° 13: Distribución de Adultos Mayores de acuerdo a control oftalmológico.

Control oftalmológico en último año	Fa	Fr%
Si	13	19,70%
No	53	80,30%
Total	66	100,00%

En relación al uso de auxiliares de la marcha, un 56% no los usaban. (Tabla N°14).

Dentro de los que los usaban (n: 29), el 65,5% se correspondió a sillas de ruedas, continuándole en frecuencia el bastón, con un 21%. (Tabla N° 15)

Tabla N° 14: Distribución de Adultos Mayores de acuerdo al uso de auxiliares de la marcha.

Uso de auxiliares de la marcha	Fa	Fr%
Si	29	43,94%
No	37	56,06%
Total	66	100,00%

Tabla N° 15: Distribución de Adultos Mayores según tipo de auxiliares de la marcha.

Tipo de auxiliar de la marcha	Fa	Fr %
Bastón	6	20,69%
Andador	2	6,90%
Trípode	2	6,90%
Silla de ruedas	19	65,52%
Total	29	100,00%

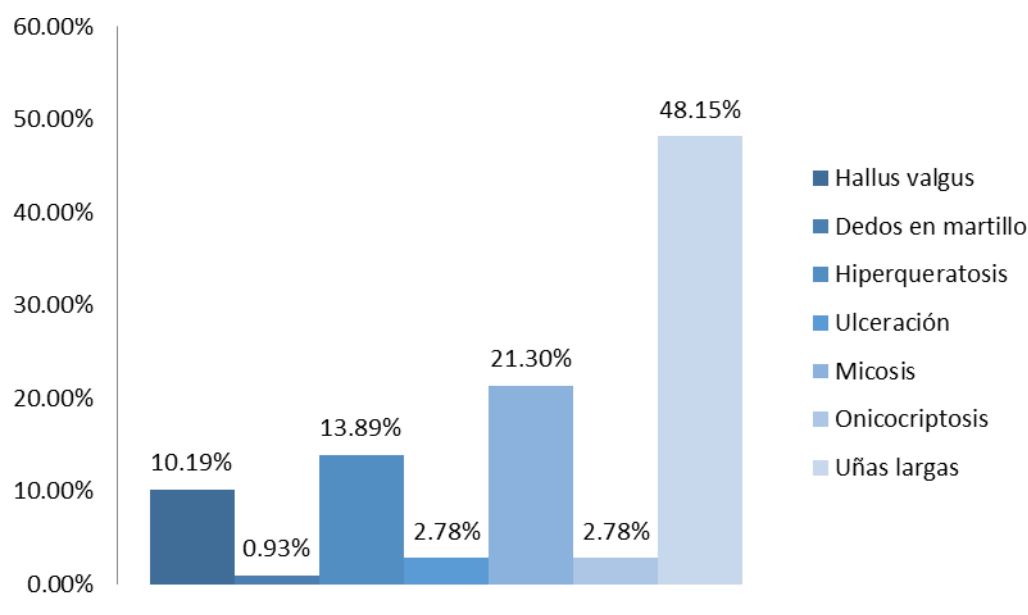
Con respecto al tipo de calzado que utilizaban los residentes, un 56% eran cerrados, y un 65% eran sin suela antideslizante.

El 86,4% de las personas mayores en estudio (n: 57), presentaban alteraciones podológicas (Tabla N° 16). Del total de estos residentes, un 48% tenían uñas largas, siguiéndole en porcentaje relativo las micosis, y la hiperqueratosis, en un 21% y 14%, respectivamente (Grafico N°4).

Tabla N° 16: Distribución de Adultos Mayores con alteraciones podológicas.

Alteraciones podológicas	Fa	Fr %
Si	57	86,36%
No	9	13,64%
Total	66	100,00%

Grafico N° 4: Alteraciones podológicas encontradas en la población adulta mayor.



Considerando a continuación aspectos relacionados a la salud bucal de los adultos mayores, un 83,3% no habían recibido un control odontológico en el último año, y un 45,5% de los residentes presentaban focos sépticos.

Un 27,2% utilizaban prótesis dentales, siendo un 56% parciales y el 100% removibles.

Un 72% de los residentes las consideró “adecuadas”.

A continuación, se analiza que un 86% de las personas mayores (n: 57) tenían falta de piezas dentarias (sin utilización de prótesis totales). Es de destacar que, dentro de estas personas, un 19,3% tenían edentulismo total (n: 11 personas). Se agrega que el promedio de edad de estas últimas personas mencionadas fue de 82 años, y la moda de nivel de dependencia fue de dependencia grave. Un 49% del total de adultos mayores presentaban problemas en la masticación.

Con respecto al abastecimiento de los alimentos, un 50% de los residentes plantearon que los mismos procedían del hogar y del exterior, y un 48% refirieron que prevenían solamente del hogar.

Los adultos mayores manifestaron que consumían frutas en un 98%, de diversas formas, con una frecuencia de consumo de 3 veces por semana (54%), y en forma diaria un 41%.

Valoración Geronto- Geriátrica Integral - Área funcional

Los datos desglosados por este estudio señalan que un 66,7% (n: 44) de los adultos mayores presentaron algún grado de dependencia para el cumplimiento de las ABVD.

Así mismo revela que la dependencia moderada, grave y total, fue más frecuente en edades mayores de 80 años (en un promedio de 86 años), dando cuenta de que la dependencia se presenta mayoritariamente en la población de edades más avanzadas.

La dependencia total, moderada y leve fue más frecuente en los hombres, y la dependencia grave en las mujeres. (Tabla N°17)

En el Grafico N° 5, se muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación de la escala de Barthel, destacándose un 33,3% de adultos mayores independientes para el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), un 31,8% con dependencia leve, y continuándole en iguales porcentajes, la dependencia total y

moderada con un 13,6% respectivamente. Dependencia grave presentan 7.6% de los residentes. Por lo tanto, dentro de los resultados obtenidos; 7 de cada 10 residentes presentaban algún grado de dependencia. (n:44)

Grafico N° 5: Resultados de Escala Barthel en la población adulta mayor.

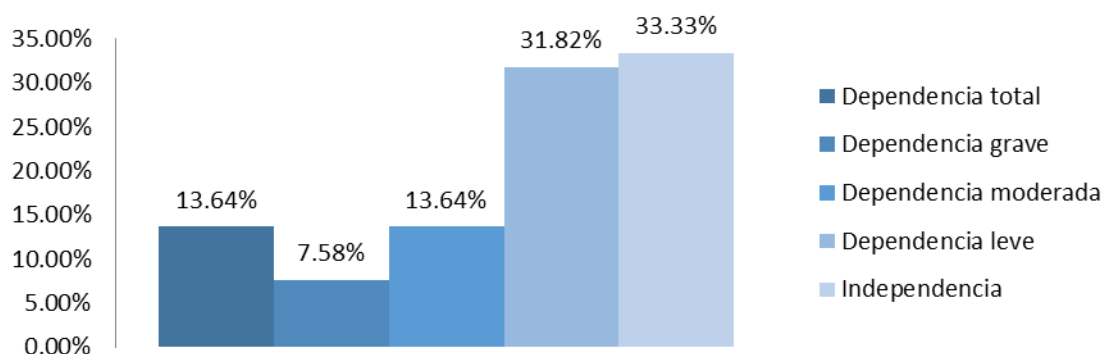


Tabla N° 17: Distribución de acuerdo a puntuación de Barthel, sexo y edades.

	Dependiente total			Dependiente grave			Dependiente moderado		
	Fa	Fr%	Promedio edades	Fa	Fr%	Promedio edades	Fa	Fr%	Promedio edades
Hombre	6	66,67%	81,6	2	40,00%	85	5	55,56%	82,2
Mujer	3	33,33%	87,66	3	60,00%	91	4	44,44%	90,25
Total	9	100,00%	84,63	5	100,00%	88	9	100,00%	86,22%

	Dependiente leve			Independiente		
	Fa	Fr%	Promedio edades	Fa	Fr%	Promedio edades
Hombre	12	57,14%	76,54	18	81,82%	76,38
Mujer	9	42,86%	83,88	4	18,18%	78
Total	21	100,00%	80,21	22	100,00%	77,19

En cuanto al cumplimiento de las ABVD, un 16% fueron dependientes en algún grado para lavarse/bañarse, y para subir y bajar escaleras. Un 14% era en alguna medida dependiente para vestirse, y para la deambulaci3n (14%). Un 13.2 % present3

diferentes grados de dependencia para la eliminación. (Tabla N°18)

Tabla N° 18: Distribución de acuerdo al incumplimiento de las ABVD

Incumplimiento en las ABVD	Fa	Fr%
Comer	6	2,74%
Bañarse	35	15,98%
Vestirse	31	14,16%
Arreglarse	21	9,59%
Eliminación	29	13,24%
Deambulaci3n	30	13,70%
Traslado al sill3n/cama	17	7,76%
Usar el retrete	20	9,13%
Subir/bajar escaleras	36	16,44%
Total	219	100,00%

Valoraci3n Geronto- Geriátrica Integral - Áre mental

La detecci3n de posibles deterioros cognitivos en los adultos mayores fue evaluado a trav3s del Test de Pfeiffer (Anexo N°9), resultando con una prevalencia de 59,1% (n: 39). (Gráfico N°6). En la tabla N°19, se analiza que la prevalencia de posibles deterioros cognitivos moderados y severos se presentaron en una edad promedio de 81 y 85 años respectivamente, y que el posible deterioro leve identificado, se encontr3 en las edades promedio de edad 81 años. Se destacan las diferencias por sexo, siendo mayor la prevalencia de deterioro cognitivo moderado (84%) y severo (88%) entre las mujeres.

Grafico N° 6: Resultados de Test de Pfeiffer en la población adulta mayor.

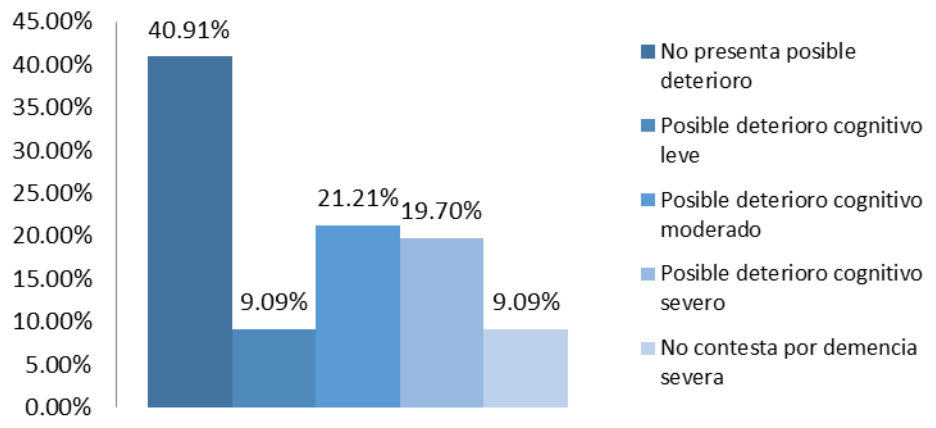


Tabla N° 19: Relación entre Deterioros Cognitivos, sexo y promedio edades.

	Deterioro cognitivo leve			Deterioro cognitivo moderado			Deterioro cognitivo severo		
	Fa	Fr%	Promedio edades	Fa	Fr%	Promedio edades	Fa	Fr%	Promedio edades
Hombre	5	83,33%	81,4	6	42,86%	78	9	47,37%	81,75
Mujer	1	16,67%	81	8	57,14%	83,75	10	52,63%	88,4
Total	6	100,00%	81,2	14	100,00%	80,87	19	100,00%	85,07

Como ya fue mencionado las patologías neurológicas se encontraban en frecuencia en segundo lugar en la población en estudio, luego de las patologías vasculares (Tabla N°9). Dentro de las patologías neurológicas, el Síndrome demencial tipo Alzheimer (de acuerdo a los registros en historia clínica), se identificó en un 39,4 % de los residentes (Tabla N°20). Un 38,5% de este síndrome demencial se correspondían con el estadio moderado, siguiéndole en iguales porcentajes el estadio leve y severo, (Tabla N°21).

Tabla N° 20: Distribución de acuerdo a la presencia de síndrome demencial.

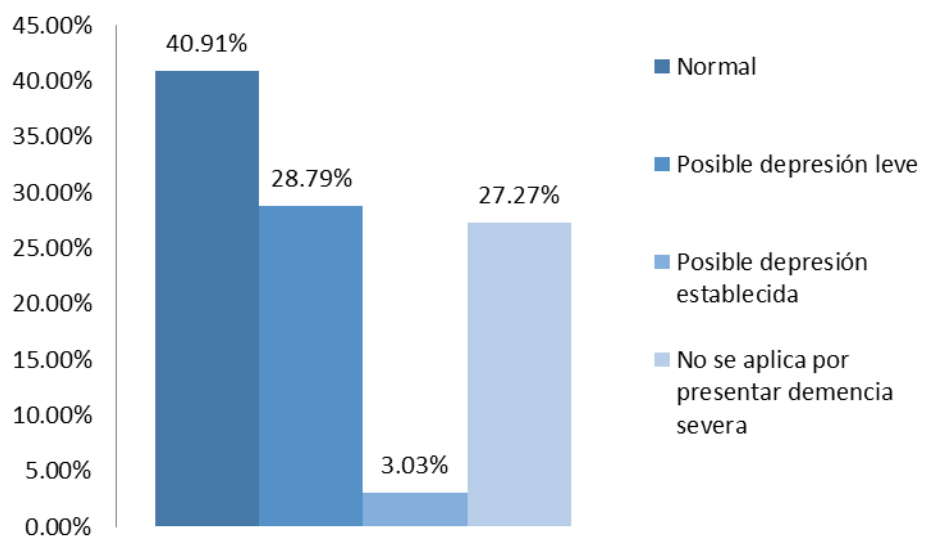
Síndrome demencial tipo Alzheimer	Fa	Fr %
Si	26	39,39%
No	40	60,61%
Total	66	100,00%

Tabla N° 21: Distribución de acuerdo al estadiaje del síndrome demencial tipo Alzheimer

Estadio de síndrome demencial	Fa	Fr %
Leve	9	34,62%
Moderado	10	38,46%
Severo	7	26,92%
Total	26	100,00%

La evaluación de posibles deterioros afectivos de los adultos mayores fue realizada a través de un estudio de tamizaje con la Escala de Yesavage (Anexo N°10), La prevalencia de posibles deterioros afectivos fue de 31,8% en los adultos mayores (n: 21). Se aclara que, según registros en historias clínicas, eran 20 las personas que tenían Depresión diagnosticada. Esta evaluación no pudo ser realizada en un 27,3% de la población por dificultades/desviaciones en las respuestas (por demencia moderada o severa) (Grafico N°7)

Grafico N° 7: Resultados de Escala de Yesavage en la población adulta mayor



Valoración Geronto- Geriátrica Integral -Área Física

En relación a los síndromes geriátricos, podemos decir que un 91% de los residentes los presentaron. (Tabla N° 22). Predominaron el insomnio en un 16,7%, luego las demencias diagnosticadas con un 11,8 %, iguales porcentajes de 11,5% para la malnutrición e incontinencia urinaria, porcentajes iguales de 10% para polifarmacia e incontinencia fecal. Un 9.63% presentó caídas en el último año, y un 7,4 % presentó depresión diagnosticada. En un 6.3 % de residentes se identificó el síndrome de inmovilidad. Analizando Tabla N°23, es necesario especificar que la gran mayoría de residentes presentaron más de un síndrome geriátrico.

Tabla N° 22: Distribución de acuerdo a la presencia de síndromes geriátricos.

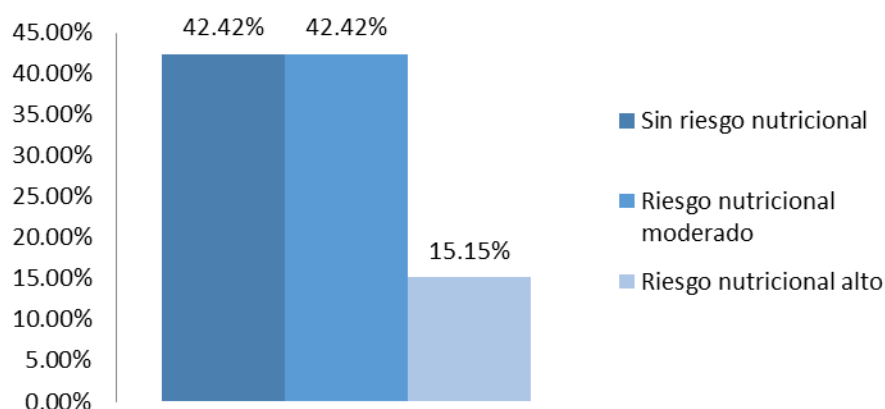
Presencia de síndromes geriátricos	Fa	Fr%
Si	60	90,91%
No	6	9,09%
Total	66	100,00%

Tabla N° 23: Porcentaje de la prevalencia de los síndromes geriátricos en residentes

Síndromes geriátricos	Fa	Fr%
Inmovilidad	17	6,30%
Caídas en el último año	26	9,63%
Incontinencia urinaria	31	11,48%
Incontinencia fecal	27	10,00%
Depresión	20	7,41%
Insomnio	45	16,67%
Demencia	32	11,85%
Síndrome confusional agudo	0	0,00%
Malnutrición	31	11,48%
Estreñimiento	12	4,44%
Úlceras por presión	2	0,74%
Polifarmacia	27	10,00%
Total	270	100,00%

Con respecto al síndrome de malnutrición, a continuación, se presenta lo encontrado al aplicar el Test Determine, que evalúa al riesgo nutricional, destacándose que un 57,6% de los residentes presentaron dicho riesgo (38 personas entre riesgo nutricional moderado y alto)

Grafico N° 8: Resultados de Test Determine en la población adulta mayor.



Con respecto a los indicadores incluidos en el Test Determine, se destaca que del total de los residentes un 33,7% recibía 3 o más fármacos, un 26,5% poseía problemas dentales que le afectaban la masticación, y que un 14,3 % planteó haber perdido o ganado 5kg o más en los últimos 6 meses.

Tabla N° 24: Distribución de acuerdo a indicadores de Test Determine.

Indicadores de riesgo nutricional	Fa	Fr%
Toma a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	33	33,67%
No tiene suficiente dinero para comprar lo que necesita	5	5,10%
Problemas dentales que hacen difícil comer	26	26,53%
Enfermedad o afección que ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento	11	11,22%
Ha perdido o ganado 5kg de peso en los últimos seis meses	14	14,29%
Come solo la mayoría de las veces	6	6,12%
Problemas físicos que impiden comprar, cocinar o comer	2	2,04%
Come pocas frutas y/o verduras	1	1,02%
Total	98	100,00%

Complementando la valoración del estado nutricional de los residentes, se utilizó el índice de masa corporal (IMC) (peso en Kg/talla en mt²). La delgadez, afectó al 33% de las personas, la desnutrición y el sobrepeso, se identificó en cifras iguales de 17%. La obesidad estuvo presente en el 8% de los adultos mayores. De acuerdo a lo analizado en tabla N° 25, la delgadez y la desnutrición fue más frecuente en hombres que en mujeres (68% y 64%), y el sobrepeso y lo obesidad se presentó con mayor frecuencia en las mujeres (55% y 80%).

Grafico N° 9: Índice de Masa corporal en la población adulta mayor.

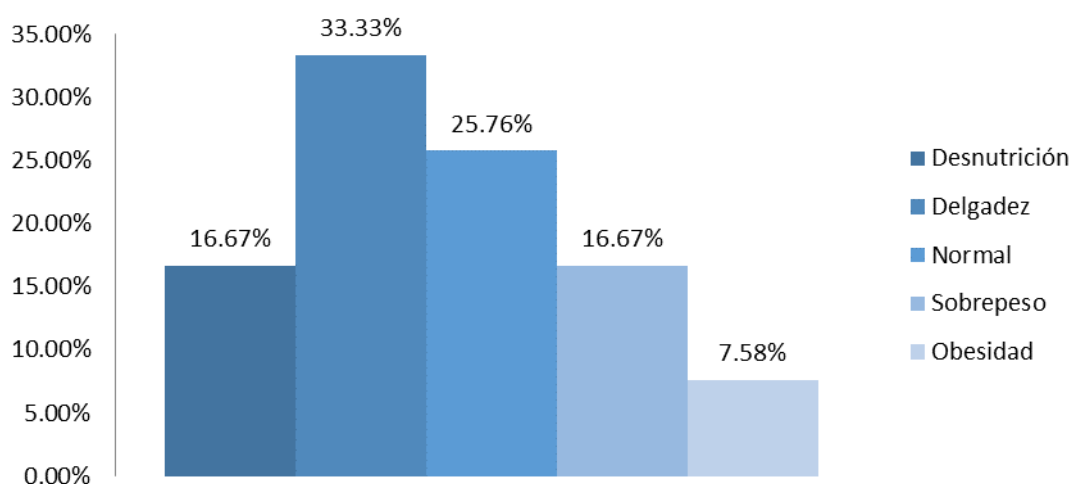
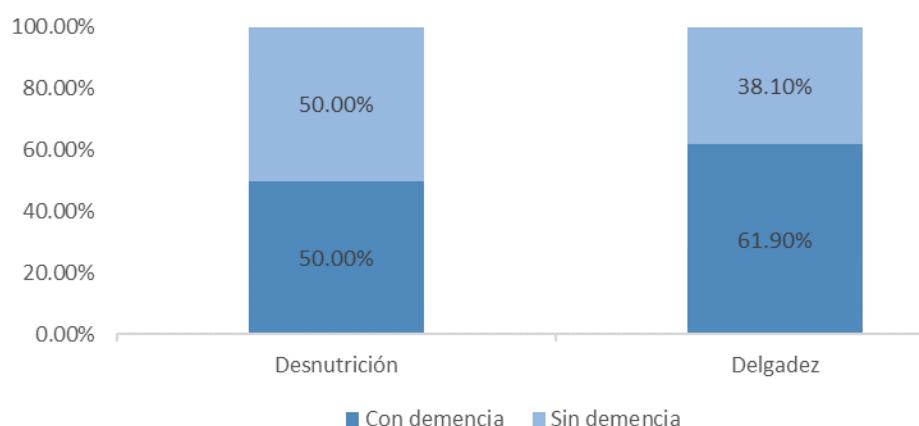


Tabla N° 25: Distribución de acuerdo a categoría de IMC y sexo

	Desnutrición		Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
Sexo	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%
Hombre	7	63,64%	15	68,18%	15	88,24%	5	45,45%	1	20,00%
Mujer	4	36,36%	7	31,82%	2	11,76%	6	54,55%	4	80,00%
Total	11	100,00%	22	100,00%	17	100,00%	11	100,00%	5	100,00%

Analizando las categorías desnutrición y delgadez, con presencia de síndrome demencial tipo Alzheimer, podemos deducir que, dentro del rango de desnutrición, el 50% de las personas tenían demencia y el 50% no la poseía, no obstante, en la categoría de la delgadez se observó un porcentaje mayor (62%) de personas con demencia.

Grafico N° 10: Relación entre Síndrome Demencial y Desnutrición/ Delgadez



Continuando con la valoración nutricional podemos decir que un 53% de los residentes no tienen una dieta indicada. El restante 47% (n: 31) tienen indicada predominantemente dietas hipo sódicas, en un 74%, y para diabetes en un 11%. Se infiere de tabla N°2, que algunas personas tenían indicada más de una dieta (n:35) De estas personas un 81% refería cumplirla.

Tabla N° 26: Distribución de acuerdo a tipo de dieta indicada.

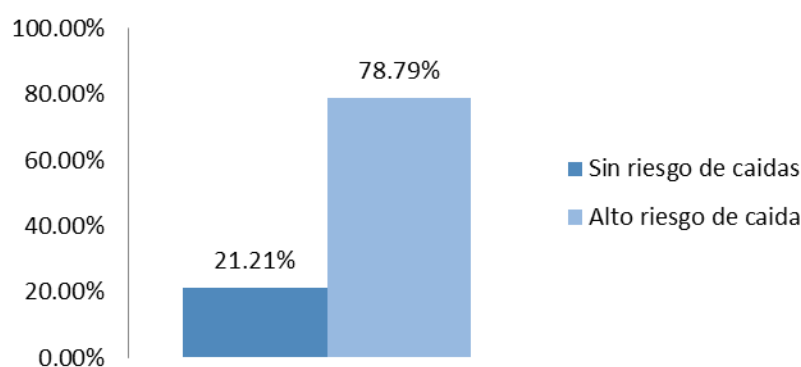
Tipo de dieta indicada	Fa	Fr%
Hiposodica	26	74,29%
Diabética	4	11,43%
Renal	2	5,71%
Hipocalórica	1	2,86%
Hipocalórica	1	2,86%
Hipoalergénica	1	2,86%
Total	35	100,00%

Evaluando acerca de la polifarmacia, debemos decir que el 91% de los residentes consumían fármacos, dentro de los grupos farmacológicos de uso más frecuente (Anexo N°18) se mencionan los antipsicóticos, los hipotensores no diuréticos, los protectores gástricos y vitaminas y minerales. Se destaca también el consumo de las benzodiacepinas y los hipnóticos.

Por otra parte, se debe decir que ningún residente refirió automedicación (de acuerdo a datos recabados en valoración realizada)

El riesgo de caídas fue evaluado a través de la Escala de Downton, detectándose un 79% de residentes con alto riesgo de caídas.

Grafico N° 11: Resultados de Escala de Downton



Si consideramos los indicadores incluidos en la Escala de Downton, se destaca que 44 residentes tenían problemas visuales, 37 recibían tranquilizantes o sedantes, 29 habían tenido caídas previas, 27 estaban confusos, y 22 recibían hipotensores no diuréticos.

Tabla N° 27: Distribución de acuerdo a indicadores de Escala de Downton

Indicadores de alto riesgo de caídas	Fa	Fr%
Caídas previas	29	12,29%
Tranquilizantes/Sedantes	37	15,68%
Diuréticos	6	2,54%
Hipotensores no diuréticos	22	9,32%
Antiparkinsonianos	5	2,12%
Antidepresivos	14	5,93%
Alteración visual	44	18,64%
Alteraciones auditivas	14	5,93%
Déficit sensorial en extremidades	18	7,63%
Confusión	27	11,44%
Marcha insegura con/sin ayuda	20	8,47%
Total	236	100,00%

Detectando el riesgo de aparición de úlceras por presión, según Escala de Braden, aplicada a 19 personas mayores que se encontraban con inmovilidad o limitada capacidad de deambulacion, surgió un predominio del bajo riesgo con un 53 %, riesgo moderado con un 32%, y alto riesgo con un 16%. Determinando los indicadores presentes en esta escala (Tabla N° 28) se destaca que el 22,9 % de los residentes tenían limitada la actividad, el 20.5% la movilidad, igual porcentaje tenían presente el roce con peligro de lesiones, y el 18% de los adultos mayores estaban con exposición a la humedad.

Grafico N° 13: Distribución de acuerdo a puntuaciones de Escala de Braden

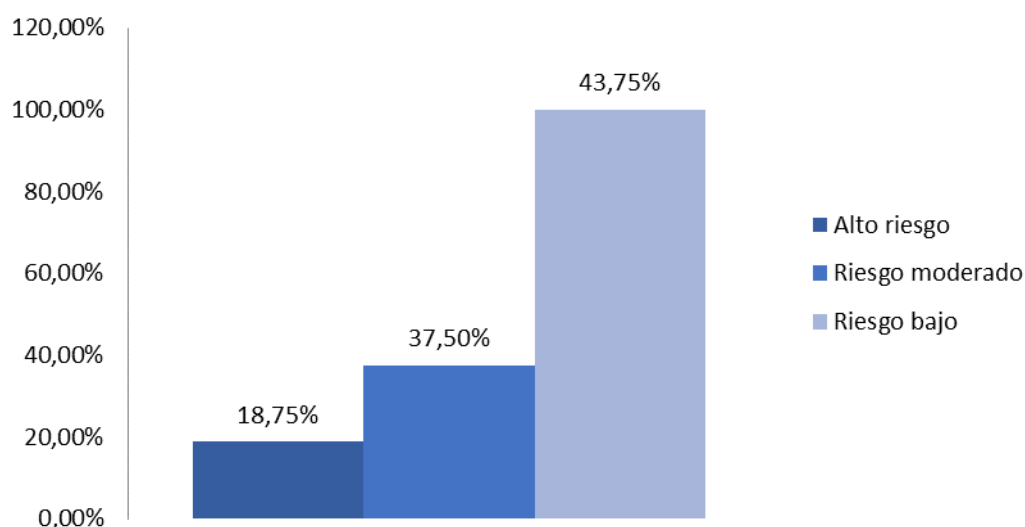


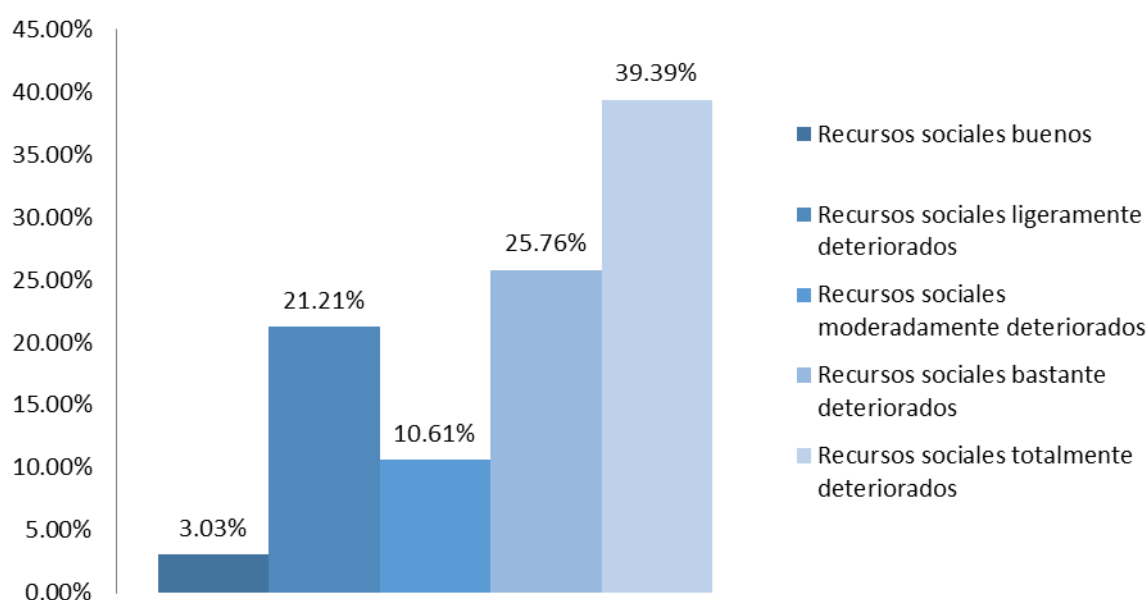
Tabla N° 28: Distribución de indicadores de Escala de Braden

Indicadores de la Escala de Braden	Fa	Fr%
Percepción sensorial	9	10,84%
Exposición a la humedad	15	18,07%
Actividad	19	22,89%
Movilidad	17	20,48%
Nutrición	6	7,23%
Roce y peligro de lesiones	17	20,48%
Total	83	100,00%

Valoración Geronto- Geriátrica Integral - Área Social

El área social de los residentes fue evaluada a través de la escala de OARS, (de Recursos Sociales), donde se destaca que, del total de la población, un 39% poseían recursos sociales totalmente deteriorados, un 26% bastante deteriorados, y un 21% ligeramente deteriorados.

Grafico N° 14: Escala de OARS



Si consideramos los indicadores incluidos en la Escala de OARS, se destaca que, del total de

residentes, el 38% recibían visitas frecuentemente (mínimo 1 vez por semana), el 56 % poseía servicio de acompañante, el 14% recibía llamadas telefónicas (mínimo una vez por semana de familia/amigos), y el 12% de los residentes salía del hogar a visitar familiares o amigos.

Tabla N° 29: Distribución de indicadores de Escala de OARS.

Indicadores de Escala de Oars	Fa	Fr%
Sale de la institución para visitar a familiares o amigos (mínimo 1 vez x semana)	9	10%
Recibe visitas frecuentemente de familia o amigos (mínimo 1 vez x semana)	29	34%
Recibe llamadas telefónicas de familia o amigos frecuentes (mínimo 1 vez x semana)	11	13%
Presenta servicio de acompañante	37	43%
Total	86	100,00%

En relación a la participación en actividades recreativas, un 79% no participaba en las mismas. Dentro de la población que si lo hacía, el 81% se correspondía con la realización de juegos didácticos de mesa/ salón, y el 13% a actividades religiosas. Se infiere que dos residentes realizaban dos actividades recreativas en forma simultánea.

Tabla N° 30: Distribución según tipos de actividades recreativas realizadas

Tipos de actividades recreativas	Fa	Fr%
Religiosa	2	12,50%
Juegos didácticos de mesa/salón	13	81,25%
Caminatas cortas	1	6,25%
Reuniones en Club/Asoc. Jubilados	0	0,00%
Excursiones	0	0,00%
Encuentros culturales	0	0,00%
Total	16	100,00%

Intentando conocer el interés de los residentes en comenzar o continuar participando en diferentes actividades recreativas, un 64% planteó su interés en participar. En relación a

las actividades recreativas que serían de sus intereses, aparecieron en primer lugar con un 17 % las lúdicas, siguiéndolo en frecuencia las de jardinería o quinta, y la de escuchar música con un 14% cada una; y los paseos en un 10%. (Tabla N° 32). Se aclara que algunos adultos mayores plantearon su interés en participar en más de una actividad recreativa.

Tabla N° 31: Interés de participación en actividades recreativas.

Interés de participar en actividades recreativas	Fa	Fr%
Si	42	63,64%
No	13	19,70%
No contesta por presentar demencia severa	11	16,67%
Total	66	100,00%

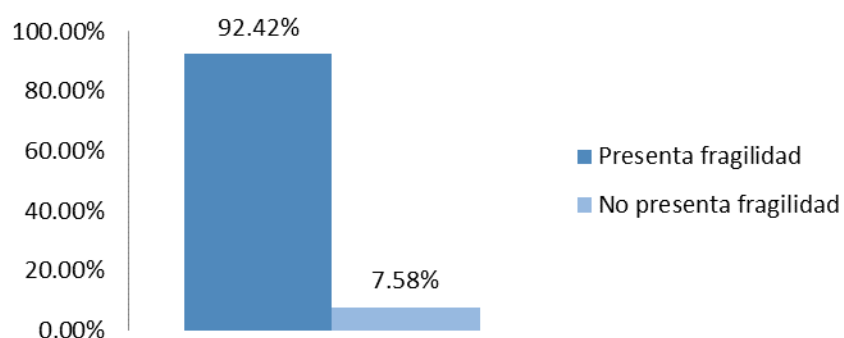
Tabla N° 32: Actividades recreativas sugeridas o del interés de los residentes

Actividades de interés	Fa	Fr %
Escuchar música	8	13,56%
Escuchar radio	2	3,39%
Paseos	6	10,17%
Lectura	4	6,78%
Actividades lúdicas	10	16,95%
Costura/tejido/bordados	7	11,86%
Cultura popular	1	1,69%
Ayudar y/o Cocinar	5	8,47%
Actividad física	3	5,08%
Lectura de cuentos en otras instituciones	1	1,69%
Jardinería/Quinta	8	13,56%
Colaborar con limpieza	1	1,69%
Manualidades	2	3,39%
Instrumentista musical	1	1,69%
Total	59	100,00%

Caracterización /Tipología del Adulto Mayor en estudio-

En cuanto a la distribución de los adultos mayores institucionalizados según los criterios de fragilidad incluidos en la escala de Barber como puede verse en el Grafico N°15, el 92 % de los residentes clasificaron en la categoría de presentar fragilidad.

Grafico N° 15: Resultados de acuerdo a escala de Barber.



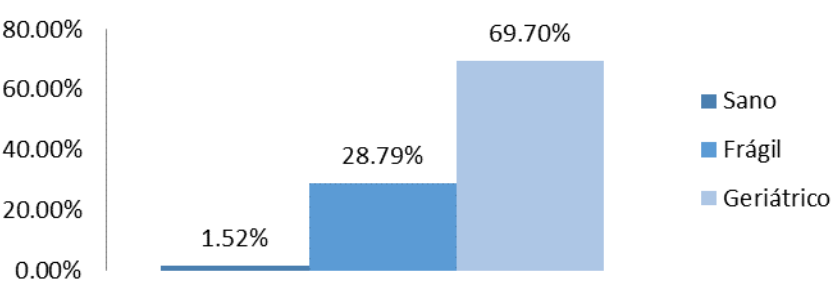
Si se consideran los indicadores incluidos en la Escala de Barber, se destaca que, del total de residentes, al 21% su salud le impedía salir a la calle, el 20 % poseían dificultades en la vista para realizar labores habituales, el 17% necesitaban de alguien que lo ayudara con sus ABVD, y el 15 % de los residentes tenían problemas de salud que le impedían valerse por sí mismo.

Tabla N° 33: Distribución de criterios de fragilidad de Escala de Barber.

Criterios de fragilidad	Fa	Fr%
Se encuentra sin alguien a quien acudir si precisa ayuda	29	13,62%
Hospitalización	13	6,10%
Necesita de alguien que lo ayude	36	16,90%
Su salud le impide salir a la calle	44	20,66%
Problemas de salud frecuentes que le impiden valerse por sí mismo	31	14,55%
Dificultades en la vista para labores	43	20,19%
Dificultades en la audición	17	7,98%
Total	213	100,00%

Cuando se realizó la tipificación o clasificación del adulto mayor, ^{op cit 61} surge que un 70% de la población en estudio cumplía con los criterios para clasificar en la categoría de geriátrico, continuando en un 29% con categoría de frágil. Se destaca la presencia de un residente con categoría de sano.

Grafico N° 16: Resultados de acuerdo a clasificación del adulto mayor.



Necesidades Humanas Básicas/Fundamentales insatisfechas

Tabla N° 34. Distribución de las Necesidades Humanas insatisfechas

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
Fa	36	63	42	57	52	35	7	59	63	49	41	55	53	47
Fr	54,55%	95,45%	63,64%	86,36%	78,79%	53,03%	10,61%	89,39%	95,45%	74,24%	62,12%	83,33%	80,30%	71,21%

En relación a la Necesidad N° 1 de respirar normalmente se la encontró insatisfecha en un 54,5% (n: 36) de los residentes, siendo sus principales indicadores de insatisfacción la hipotensión con un 23,2%, la anemia con un 16,1%, el ser fumadores actuales con un 12,5% e insuficiencia venosa con un 11%.

Por otra parte, en la Necesidad N°2 de Comer y beber de forma adecuada, un 95% (n: 63), de los adultos mayores la tenían insatisfecha, subrayándose como principales indicadores de insatisfacción, la falta de piezas dentarias, presente en un 57 de los residentes (correspondiente a un 25,7% dentro de todos los indicadores). Se destacaron manifestaciones de hipo-hidratación y déficit de líquidos en un 22,1%, y en igual porcentaje se menciona la alteración en el índice de masa corporal. Se encontraron presentes los problemas en la masticación en un 14,4%. Es importante mencionar que 8 residentes (3,60%) presentaron diferentes grados de dependencia para la alimentación.

Acerca de la Necesidad, N° 3 de Evacuar los desechos corporales, se encontraba insatisfecha en un 63,6%, siendo sus principales indicadores de insatisfacción la incontinencia urinaria en un 40,2% y la incontinencia fecal en un 35%.

Considerando la Necesidad N°4 de moverse y mantener una postura adecuada, se la identifico como insatisfecha en un 86,4% de las personas mayores, predominando indicadores de alto riesgo de caídas en un 28,1%, de deterioro neuro- muscular esquelético en un 20,5%, caídas previas en un 15,7%, y marcha inestable/ dificultad para mantener una postura adecuada en un 11, 9%. Es muy importante destacar que un 10, 8% de los residentes requerían de ayuda o supervisión para la deambulación, y un 44% utilizaban auxiliares de la marcha (Tabla N° 14)

Prosiguiendo con la Necesidad N°5 de Dormir y descansar, se la encontró insatisfecha en un 78,8% de la población, recibían tratamiento con hipnóticos/somníferos/ sedantes para dormir un 62, 5% de la misma. Un 12, 5% de los residentes manifestaron falta de privacidad para descansar, y en igual porcentaje somnolencia y cansancio diurno.

La Necesidad N° 6 de Elegir la ropa adecuada, mostró una insatisfacción en un 53%, predominando aquellas personas con incapacidad física para vestirse y/o desvestirse, y un 34% que tenían dependencia para elegir la ropa (por razones de deterioro cognitivo).

La Necesidad N° 7 que contempla la capacidad de la persona para mantener una adecuada temperatura del cuerpo, seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales, se encontró satisfecha en un 89,4%, aclarando que el principal indicador de insatisfacción fue la utilización de ropas inadecuadas para la temperatura ambiental.

Con respecto a la Necesidad N° 8 de Mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física, esta se encontró insatisfecha en un 89,4% de los residentes, encontrándose en 57 de ellos alteraciones podológicas (Tabla N°16), en un 25,2% déficit de higiene bucal/corporal/en vestimenta. Un 15,2% presentó dependencia total para la higiene. Se destaca asimismo que un 10,6% (n:16) presentó riesgo de úlcera por presión (grafico N° 13), y 2 residentes presentaban úlceras por presión.

Prosiguiendo con la Necesidad N°9 de Evitar peligros y no dañar a los demás, esta se encontró insatisfecha en un 95,5% de los adultos mayores, destacándose como indicadores de insatisfacción el alto riesgo de caídas, en un 18,1% (n: 52 residentes); las alteraciones visuales en un 17,4% (n: 50); las limitaciones cognitivas en un 11,1% (n:32); las caídas previas en un 10,1%; y la polifarmacia presente en un 9,38% de la población (n:27). Se destaca en esta necesidad que valora la seguridad en la persona, la detección de una adulta mayor que hizo referencia a un posible maltrato psicológico cuando salía del Hogar.

Continuando con la Necesidad N°10 de comunicarse con otras personas, expresando sus emociones, necesidades, temores, u opiniones, se obtuvo como resultado una insatisfacción de esta necesidad en un 74,2% de los residentes, detectada por

inadecuado relacionamiento con sus pares y/o familia en un 28,72% (n: 27), por no contar con su familia en un 24,47% (n: 23), por demencia severa 21,28% (n: 20), y por alteraciones visuales y/o auditiva en un 19,15% (n: 18).

Por otra parte si se analiza la Necesidad N°11, de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, se encontró insatisfecha en un 62,1%, destacándose como causales de insatisfacción, las limitaciones cognitivas en un 44,0% (n:22), y el no poseer planes a futuro, en un 30,0% (n:15).

Acerca de la Necesidad N°12, de actuar de manera que la persona se sienta satisfecha consigo misma, se menciona un 83,3 % de insatisfacción, por expresiones de inutilidad/impotencia/ aburrimiento/ sin deseos de superación en un 30,14% (n: 22), por limitaciones cognitivas en los mismos valores que categoría anterior, y por sentimientos de soledad en un 15,07% (n:11)

En cuanto a la Necesidad N°13, de participar y disfrutar de diversas actividades recreativas, se la encontró insatisfecha en un 80,3%, enfatizándose en la falta de interés por parte de los adultos mayores de participar en dichas actividades en un 32,9% (n:27). Se menciona que un 25,6% (n:21) con limitaciones cognitivas no se encontraban participando de actividades recreativas en el momento del estudio. Como ya fue mencionado en la sección de Valoración Geronto- Geriátrica, en área social, y en relación a la participación en actividades recreativas, un 79% de los adultos mayores no participaban de las mismas. Dentro de la población que, si lo hacía, el 81% se correspondía con la realización de juegos didácticos de mesa/ salón. (Tabla N° 30).

Finalmente analizando la Necesidad N°14 de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles, podemos decir que la misma estaba insatisfecha en un 71,2%, por

situaciones de limitación cognitiva en un 53,4% (n:31), por manifestaciones de falta de conocimientos sobre su situación de salud en un 20,7% (n:12), y de falta de interés de informarse sobre su salud en un 17,2%.

Demandas de cuidados enfermeros de la Población Adulta Mayor

Necesidades según Virginia Henderson	FA	Fr%			
I	36	54,55%	Indicadores de insatisfacción	Fr%	Intervenciones de Enfermería
			Hipotensión	23,21%	• Monitorización/ regulación hemodinámica • Administración de medicación • Manejo de la hipovolemia • Prevención del Shock • Manejo de la nutrición Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada • Interpretación de datos de laboratorio • Precauciones circulatorias • Monitorización de las extremidades inferiores • Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa • Ayuda para dejar de fumar • Manejo de las vías aéreas Asegurar la permeabilidad de la vía aérea • Fisioterapia respiratoria • Ayuda en la ventilación • Oxigenoterapia
			Anemia	16,07%	
			Fumador	12,50%	
			Insuficiencia venosa	10,71%	
			Presencia de secreciones	8,93%	
			Hipertensión	8,93%	
			Disnea	8,93%	
			Presencia de edemas	3,57%	
			Polipnea	3,57%	
			Pulso irregular	3,57%	
II	63	95,45%	Falta de piezas dentarias	25,68%	• Fomentar /Mantenimiento/ restablecimiento de la salud bucal • Manejo/monitorización de líquidos/electrolitos • Reposición de líquidos • Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. • Manejo/monitorización nutricional y del peso. • Ayuda para disminuir/ganar peso • Modificación de la conducta. Asesoramiento nutricional • Ayuda con: alimentación • Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
			Manifestación de hidratación y déficit de líquidos	22,07%	
			Alteración en el Índice de masa corporal	22,07%	
			Problemas en la masticación	14,41%	
			Edentulismo total	4,95%	
			Dependencia/supervisión para la alimentación	3,60%	
			Incumplimiento dietético	2,70%	

			Prótesis inadecuada	2,25%	• Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo. • Manejo de la hiper e hipoglicemia • Enseñanza: dieta prescrita
			Inapetencia	1,35%	
			Alto riesgo nutricional	0,90%	
III	42	63,64%	Incontinencia urinaria	40,26%	• Ayuda en la: micción/defecación • Cuidados de la retención urinaria • Cuidados de la incontinencia urinaria e intestinal • Cuidados del catéter urinario • Prevención de infecciones • Manejo del estreñimiento • Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres
			Incontinencia fecal	35,06%	
			Estreñimiento	15,58%	
			Nicturia	5,19%	
			Patología de base	3,90%	
IV	57	86,36%	Alto riesgo de caídas	28,11%	• Ayuda/ supervisión en subir y bajar escaleras • ayuda en la deambulación • ayuda transferencia/ silla/ sillón • Terapia de ejercicios: relajación, control muscular, equilibrio, movilidad articular • Fomentar la mecánica corporal • Ayuda con la: transferencia • Fomento/ enseñanza del ejercicio prescrito: entrenamiento de fuerza • Fomento del ejercicio: estiramientos • Relajación muscular progresiva • Administración de analgésicos
			Deterioro neuro-musculo-esquelético	20,54%	
			Caídas previas	15,68%	
			Marcha inestable/Dificultad para mantener una postura adecuada	11,89%	
			Dependiente total para la movilización	8,65%	
			Requiere de ayuda de otra persona y de un dispositivo para la movilidad	6,49%	
			Requiere de supervisión para la movilidad	4,32%	
			Disnea	3,24%	
			Lesión en MMII	1,08%	
V	52	78,79%	Tratamiento con hipnóticos/somníferos/ sedantes	62,50%	• Fomentar/mejorar el sueño: • Evitar el uso de estimulantes. • Prescripción: tratamiento no farmacológico • Técnica de relajación • Manejo ambiental • Administración de analgésicos
			Falta de privacidad para descansar	12,50%	
			Somnolencia y cansancio diurno	12,50%	
			Nicturia	9,72%	

			Dolor	2,78%	
VI	35	53,03%	Incapacidad física para vestirse y/o desvestirse	52,54%	• Ayuda en: vestirse/arreglo personal. • Ayuda a elegir la ropa adecuada
			Dependencia para elegir la ropa	33,90%	
			Ropa inadecuada para la estación o estructura corporal	13,56%	
VII	7	10,61%	Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente	85,71%	• Ayuda en la vestimenta: selección de ropa acorde a la temperatura
			Temperatura al tacto fría	14,29%	
VIII	59	89,39%	Alteraciones podológicas	37,09%	• Cuidados de los pies/uñas • Ayuda: baño/higiene • Prevención de úlceras por presión • Vigilancia piel/ tratamientos tópicos • Cambio de posición/ incluidos en silla de ruedas. • Cuidados de las heridas/ úlceras por presión • Mantenimiento del acceso para diálisis • Control/ prevención de infecciones
			Dependencia total para higiene	15,23%	
			Déficit de higiene bucal	14,57%	
			Riesgo de úlcera por presión	10,60%	
			Déficit de higiene	10,60%	
			Necesita de supervisión/ayuda para higiene	7,95%	
			Presencia de úlcera por presión	1,32%	
			Lesión vascular en MMII	1,32%	
			Presencia de hematomas en MMSS	1,32%	
IX	63	95,45%	Alto riesgo de caídas	18,06%	• Prevención de caídas • Identificación de riesgos • Manejo ambiental: seguridad y potenciación de la misma. • Mantenimiento o vigilancia de la salud ocular • Administración de la medicación • Control de medicación • Enseñanza: medicamentos prescritos • Manejo de la demencia/ deambulación errática • Terapia de ejercicios: relajación, control muscular, equilibrio, movilidad articular • Enseñanza: cuidados de los pies/uso adecuado calzado • Facilitar la autorresponsabilidad • Apoyo en la protección contra abusos: ancianos • Manejo de la inmunización/ vacunación
			Alteración visual	17,36%	
			Limitaciones cognitivas	11,11%	
			Caídas previas	10,07%	
			Marcha inestable	9,72%	
			Polifarmacia	9,38%	
			Alteración auditiva	6,25%	
			Conocimiento insuficiente sobre su situación de salud	5,90%	
			Dolor osteoarticular	5,21%	
			Hospitalización en el último año	4,51%	
			Falta de interés por conductas saludables	1,39%	
			Incumplimiento con la medicación	0,35%	
			Maltrato	0,35%	
			Tratamiento con diazepam	0,35%	

X	49	74,24%	Inadecuado relacionamiento con sus pares y/o familia	28,72%	• Apoyo emocional • Facilitar la presencia de la familia • Facilitar las visitas • Potenciación de la socialización • Mejorar la comunicación: déficit visual/ auditivo/habla • Manejo de la demencia • Estimulación/rehabilitación cognitiva
			No cuenta con su familia	24,47%	
			Dificultad en la comunicación por demencia severa	21,28%	
			Alteración visual y/o auditiva	19,15%	
			Dificultad en la comunicación por disartria	3,19%	
			Sentimiento de angustia	1,06%	
			Deseos de comunicarse con otras personas	1,06%	
			Analfabetismo	1,06%	
XI	41	62,12%	Limitaciones cognitivas	44,00%	• Control de la demencia • Facilitar el crecimiento espiritual • Facilitar la práctica religiosa
			Sin planes a futuro	30,00%	
			Temor ante la muerte	16,00%	
			Sentimientos de que su situación de salud empeora	10,00%	
XII	55	83,33%	Expresa sentirse inútil/impotente/ aburrido/ sin deseos de superación	30,14%	• Escucha activa • Potenciación de la autoestima • Fomentar la resiliencia • Apoyo emocional • Manejo de la demencia • Estimulación/rehabilitación cognitiva • Potenciación de la socialización
			No se puede evaluar por situación de limitación cognitiva	30,14%	
			Sentimientos de soledad	15,07%	
			Insatisfacción con su vida	12,33%	
			Presencia de dolor	5,48%	
			Sentimientos de angustia	2,74%	
			No se adapta a su situación de salud	1,37%	
			Alteración visual	1,37%	
			Inadecuado relacionamiento con sus compañeros	1,37%	
XIII	53	80,30%	Sin interés en participar en actividades recreativas	32,93%	• Aumentar los sistemas de apoyo • Facilitar la meditación • Apoyo en la toma de decisiones • Terapia con juegos/lúdicos/didácticos
			No se puede evaluar por situación de limitación cognitiva	25,61%	
			Se aburre en las actividades recreativas	18,29%	

			Deseos de realizar actividades recreativas	14,63%	• Entrenamiento de la memoria • Estimulación cognitiva • Terapia de ejercicios: relajación/musicoterapia • Terapia de ejercicios: control muscular, equilibrio, movilidad articular
			Limitación funcional/ física para realizar pasatiempos/actividades recreativas	3,66%	
			No participa en actividades por falta de tiempo	1,22%	
			Falta de motivación para participar en actividades recreativas	1,22%	
			Sentimientos de frustración por no poder realizar actividades	1,22%	
			Inadecuado relacionamiento con sus compañeros	1,22%	
XIV	47	71,21%	No se puede evaluar por situación de limitación cognitiva	53,45%	• Manejo de la demencia • Estimulación/rehabilitación cognitiva • Facilitar el aprendizaje • Potenciación de la disposición de aprendizaje • Intercambio de información de cuidados de salud • Enseñanza: proceso de enfermedad
			Falta de conocimientos sobre su situación de salud	20,69%	
			Sin interés de informarse sobre su salud	17,24%	
			Limitación funcional/ física que impide cumplir la necesidad	5,17%	
			No sabe leer ni escribir lo que impide aprender	3,45%	

Discusión

Dentro de las características socio- demográficas- epidemiologías de los residentes, se puede decir que la mayoría eran ancianos, mayores de 80 años (57.8%). El promedio de edad fue de 85 años para las mujeres, y de 78 años para los hombres. Los datos demográficos refieren que el peso de las personas mayores de 80 años dentro del universo de adultos mayores, ha experimentado un incremento, modificándose el índice de sobre-envejecimiento.

El 65% de los adultos mayores, eran hombres, hallazgo que no concuerda con lo descrito en las referencias bibliográficas consultadas ¹¹, donde el número de mujeres institucionalizadas es mayor al de los hombres. Las mujeres actualmente presentan un mayor promedio de edad, teniendo relación con una expectativa de vida al nacer mayor que los hombres, alcanzando en Uruguay 6 años más que los hombres (80 para las mujeres y 74 años para los hombres) ¹¹. La feminización de la vejez se acentúa a medida que avanza la edad. Coincidiendo con otros estudios, en este trabajo la población estudiada fue de bajo nivel educativo ⁶, 81,8% eran personas con nivel educación de primaria incompleta, y un 6,1%(4 adultos mayores) no sabían leer ni escribir. Esta realidad es importante tenerla en cuenta al momento de planificar acciones o intervenciones con participación de los residentes. Se espera que en un futuro los niveles de instrucción de los adultos mayores sean superiores, por la creciente accesibilidad o inclusión a los sistemas educativos.

La población estudiada fue principalmente de personas solteras (58%), continuándose con el 25,6% que eran viudos. De los residentes viudos ninguno poseía como factor de fragilidad la viudez reciente. No se cuenta con estudios que enuncien acerca de la situación conyugal en personas institucionalizados, solo se podría comparar con datos

generales de la población adulta mayor en Uruguay, que aporta que la situación conyugal más frecuente entre las personas mayores es la de estar casada/o. “Casi la mitad se encuentra en esta condición (45.2% para el año 2014 según la Encuesta Continua de Hogares). Por otro lado, un tercio de la población es viuda (32% para 2014) y el 23% restante se reparte entre personas solteras, divorciadas y en unión libre”⁶⁶

Predominaron aquellas personas que tenían más de 3 años de permanencia en el Hogar (45,5%), destacándose, de igual manera como posible criterio de fragilidad que un 22.8% de los residentes poseía menos de un año de institucionalizado.

Se destacaron como principales motivos de ingresos al hogar, la falta de domicilio y los problemas de salud (43 %), que les impedían a los adultos mayores valerse por sí mismo, siendo este último un criterio de fragilidad contemplado en la escala de Barber. (Anexo N°14). Realizando revisiones de investigaciones previas, están señalan que las principales causas de institucionalización están relacionadas con el aumento de la dependencia del adulto mayor^{op cit 2}y la sobrecarga que puede implicar esto para el cuidador, agregado al cambio en la estructuras o composiciones familiares como ya se ha mencionado.²⁰ Las prestaciones que se brindan en los hogares de adultos mayores, responden a una demanda o necesidad social actual e indiscutida.

Se observó que un 33,3% de los adultos mayores habían sido trabajadores rurales. Por su parte, se evidenció también en segundo lugar como ocupación previa, al trabajado doméstico en un 15,2%. Esto podría tener relación con las actividades recreativas preferidas por los residentes donde un porcentaje importante en frecuencia mencionó las de jardinería o trabajos en quintas.

Del total de la población, un 50% poseía retribución económica como pensionistas, y el 42% como jubilados. Residían 5 Adultos Mayores que se encontraban sin recibir aportes previsionales, dos de los cuales expresaron su gran preocupación ante esta

problemática. Estos porcentajes encontrados se asemejan bastante a los mencionados en la literatura, que nos dicen que un 90% de los mayores entre 75 y 84 años cobra jubilación o pensión. ^{Op cit 6}

Con respecto a la cobertura de servicio de acompañante, se evidenció que del total de residentes, un 56% poseía servicio de acompañante, criterio que se estableció como importante al momento de valorar las redes de apoyo de los residentes, sobre todo antes situaciones por ejemplo de hospitalizaciones de los mismos.

Un 95,5% de los residentes tenían cobertura de ASSE, y un 4,5% privada. El 100% contaba con cobertura de emergencia móvil, respondiendo a la normativa de que “los residentes deberán contar con cobertura asistencial pública o privada a la fecha de su ingreso y todos deberán poseer un sistema de cobertura de emergencias” ⁵

La amplia mayoría de los residentes (82%) recibían ingresos menores a un salario mínimo nacional, y el 54,5% refirió que sus ingresos le “alcanzaban justo”, continuándole en frecuencia aquellas personas que no contestaron por presentar demencia severa (18,2%). Representan indicadores importantes, siendo la pobreza o los problemas económicos representan criterios de fragilidad para el adulto mayor. ^{Op cit 58}

El 80,3% de los residentes no habían estado hospitalizados en el último año, si habiéndolo estado un 19,7%. Las hospitalizaciones en el último año fueron también considerados como un criterio de fragilidad/ vulnerabilidad en el adulto mayor (establecidas en escala de Barber- Anexo N° 14).

Con respecto a la presencia de antecedentes quirúrgicos en los últimos 3 años, cinco residentes los tenían, y se correspondían con la epidemiología de patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro país, la patología litiásica de la vía biliar, que ocupa el primer lugar en frecuencia dentro de las cirugías abdominales ⁶⁷ y la patología colónica.

Continuando con lo que representa la morbilidad en los adultos mayores, el 97% de los residentes tenían antecedentes patológicos personales, con una alta tasa de prevalencia de antecedentes vasculares y neurológicos (32% y 30% respectivamente dentro de los antecedentes personales). Del total de residentes con antecedentes vasculares, el 60% se correspondía con hipertensión arterial, continuándole en segundo lugar las arritmias (14,5%). Esto responde a la realidad epidemiológica del país, donde prevalecen en esta población las pluripatologías, y dentro de ellas las cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y osteoarticulares. Las primeras asociadas a las principales causas de muerte en los mayores de 60 años.⁴⁴

Del total de personas mayores que poseían como antecedentes personales los de orígenes neurológicos, predominaron dentro de ellos los síndromes demenciales en un 59,1 %, y dentro de ellos prevaleció la de tipo Alzheimer, correspondiéndose con las prevalencias descritas en la literatura revisada. ^{op cit 44}

Los cuatro adultos mayores que tenían diabetes tipo II, poseían valores promedio de glicemias dentro de parámetros normales. De los once adultos mayores con patologías respiratorias, en el momento del estudio se encontraba uno de ellos cursando un cuadro de neumopatía aguda.

Continuando con las patologías presentes en los residentes, se destaca dentro del total de las patologías ostoarticulares, un predominio en un 60% de artrosis. Estos problemas de salud crónicos, conllevan muchas veces a limitaciones funcionales y a pérdida de la independencia para poder cumplir las actividades básicas de la vida diaria, por lo que se continúa identificando a adultos mayores vulnerables y con importantes predictores de dependencia.

Con respecto a las patologías digestivas, predominó en un 50% la gastritis, y en iguales

porcentaje la esofagitis, este dato cobra relevancia si lo relacionamos con la polifarmacia presentada en un 10% dentro de los distintos síndromes geriátricos (Tabla en 27 residentes, N° 23). Se conoce que en el adulto mayor prevalece la gastritis atrófica, con modificaciones del pH gástrico, lo que influye en la capacidad de absorción y transporte de muchos fármacos.⁷²

Dentro de las patologías de deprivación sensorial se destacó la ceguera presente en 2 residentes, y cataratas y glaucoma (n:2 personas). Es importante tener presente cómo las alteraciones visuales afectan la independencia de los residentes,⁵⁴ y también la importancia de programar intervenciones de enfermería dirigidas hacia la recuperación de la función perdida, o de disminución y retraso de la dependencia. Es fundamental fomentar acciones de integración e inclusión de estas personas en las diferentes actividades programadas en el Hogar.

Continuando con los déficit sensoriales, el 77,3% de los residentes (n: 51), refirió tener alguno de ellos. Del total de la población, un 64,8% presentó déficit visual, y un 33,3% déficit visual y auditivo. En relación con los estudios mencionados acerca de las dificultades permanentes para ver, oír, caminar o entender, se observaron en este estudio prevalencias superiores.^{op cit.6} El 23,5% de los residentes que utilizaban lentes, los mismos no fueron recetados por un oftalmólogo. El 80% de los residentes no habían concurrido al oftalmólogo en el último año. Por otra parte residían 18 personas (35% de la población) con déficit auditivo, usando audífonos sólo uno de ellos. Si bien es cierto que el deterioro sensorial puede formar parte del proceso del envejecimiento, existen muchos factores culturales y estilos de vida no saludables, en relación a ellos, subestimándose la importancia que merecen. En este sentido se deberán estar revisando mecanismos de referencia y contrarreferencia con los servicios de oftalmología y

otorrinología presentes en el prestador público de salud, para garantizar la evaluación a las personas mayores institucionalizadas, parte de especialistas en estas áreas.

Dentro de las patologías urológicas-renales, dos adultos mayores tenían insuficiencia renal crónica, y uno de ellos se encontraba en tratamiento con hemodiálisis. Esto determina intervenciones o cuidados específicos de enfermería en relación a su esfera psico- emocional, así como al manejo de los líquidos, control de infecciones, cuidados de la fistula vascular, riesgo de hemorragias, administración de fármacos, entre otros.

En último término en relación a las patologías presentes en la población de estudio, se menciona que 3 adultos mayores presentaron anemia diagnosticada, con su considerable importancia, desde el entendido que la anemia no es una entidad fisiológica del envejecimiento, sino que es indicativa de una o más enfermedades subyacentes, y se asocia frecuentemente a menor resistencia física y mayor riesgo de dependencia⁷³

El 100% de los adultos mayores estaban inmunizados con la vacuna antitetánica y antineumocócica, y un 97% habían recibido la vacuna anti gripal, que es administrada una vez al año. Por lo que se analiza que se cumplen con las recomendaciones establecidas en el Programa Nacional de Vacunaciones del MSP.

Con respecto a los hábitos saludables e insanos, un 87,9% de los residentes no realizaban actividad física, un 12.1% hacían caminatas. La actividad física está recomendada para todos los adultos mayores, incluidos aquellos con limitaciones físicas o funcionales, siempre y cuando se adapten a cada persona. Están demostrados los beneficios de la actividad física, disminuyendo el riesgo de caídas, conservando las funciones cognitivas, y corrigiendo limitaciones funcionales.⁴⁰

Referido al consumo de tabaco, un 89 % refirió no fumar en ese momento, pero debemos considerar que 7 residentes si fumaban, no haciéndolo en espacios cerrados,

pero si en ámbitos compartidos con otros residentes no fumadores. Con respecto al consumo de alcohol, los datos recabados no constituyeron factores de riesgos significativos.

En relación al uso de auxiliares de la marcha, un 56% de los residentes no los usaban.

Dentro de los que si los usaban (n: 29), un indicador que faltó considerar en el estudio fue el estado o condiciones en que se encontraban dichos dispositivos.

Con respecto al tipo de calzado utilizado, un 65% eran sin suela antideslizante. Un 86,4% de las personas mayores en estudio (n: 57), presentaban alteraciones podológicas. El técnico en podología debe ser integrante del equipo de trabajo en los Hogares de Adultos mayores, y que actualmente este Hogar no cuenta. La atención de este profesional debería estar enfocada en la prevención, para evitar la aparición de las patologías del pie, a través de intervenciones de promoción y de diagnóstico precoz, teniendo en cuenta las patologías o enfermedades presentes en esta población en estudio como las vasculares, osteoarticulares (artrosis), metabólicas, y de sobre peso/obesidad.⁴¹

De la población estudiada el 86,4% requería de la adopción de medidas concretas de intervención podológica.

Considerando la salud bucal de los adultos mayores, el 83,3% de los mismos no habían recibido un control odontológico en el último año, y el 45,5% de ellos presentaban focos sépticos. El 28% de los residentes que utilizaban prótesis dentales, las consideran “inadecuadas”. El 86% de las personas mayores (n: 57) tenían falta de piezas dentarias (sin utilización de prótesis totales), con un 19,3% de edentulismo total (n: 11 personas). Un 49% del total de adultos mayores presentaban problemas en la masticación. La salud bucal no solo cobra importancia por su aspecto estético y de autoimagen, sino que es

fundamental para la salud nutricional de los adultos mayores. Las prótesis dentales inadecuadas, la falta de piezas dentales totales o parciales, predisponen a problemas nutricionales. La presencia de focos sépticos puede constituir un factor de riesgo para las infecciones respiratorias, considerando además la inmuno-competencia propia de los adultos mayores.⁴² Esta realidad amerita trabajos de coordinación con los servicios de odontología de ASSE para favorecer y mejorar la accesibilidad de los adultos mayores a estas prestaciones.

Con respecto al abastecimiento de los alimentos, un 50% de los residentes plantearon que los mismos procedían del hogar y del exterior, y un 48% sólo del hogar. En este punto un aspecto a considerar es el poder evaluar que alimentos consumían los residentes por fuera de los programas o menú de alimentación propios del hogar. Un aspecto saludable a destacar es que el 98% de los residentes refirieron consumir frutas, de diversas formas, con una frecuencia de consumo de 3 veces por semana (54%), y en forma diaria un 41%.

De la valoración del área funcional – evaluada a través de escala de Barthel, se destaca que un 33,3% de adultos mayores eran independientes para el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), un 31,8% tenían dependencia leve, y un 13,6% dependencia total y moderada, respectivamente. Concluyendo que el 66,7% (n: 44) de los adultos mayores presentaban algún grado de dependencia para el cumplimiento de las ABVD. Así mismo revela que la dependencia aumenta en edades más avanzadas, y se destaca un porcentaje mayor de hombres independientes, y también dependientes, a excepción en la dependencia grave, se debe tener en cuenta que en la población total había un predominio de hombres en un 65%. (Tabla N°17). El 16% de los residentes eran dependientes en algún grado para el lavarse/bañarse, y para subir y bajar escaleras (16%). El 14% eran en alguna medida dependiente para vestirse, y para

la deambulaci3n (14%). El 13% presentaba diferentes grados de dependencia para la eliminaci3n.

La alimentaci3n fue la actividad m1s preservada (97.3%).

La limitaci3n en el cumplimiento de las ABVD est1 determinando en conjunto con las necesidades humanas identificadas, cuales son las demandas de cuidados de estos residentes. Implica un insumo para la gesti3n de los recursos de enfermer1a necesarios para la instituci3n.

Como resultado, 7 de cada 10 residentes presentaban alg1n grado de dependencia. Lo primero a destacar es el 33% de residentes que conservaban su independencia, si partimos de que la “salud” de un adulto mayor se mide mejor en t1rminos de funci3n.⁴⁶ Se deber1n implementar o continuar implementando cuidados de enfermer1a e interdisciplinarios, tendientes a mantener esas expresiones de independencia.

Ante esta realidad es importante tambi1n preguntarse como estaba la funcionalidad de estos adultos mayores antes de su ingreso al hogar, para responder a posibles interrogantes de c3mo influye la institucionalizaci3n en la capacidad funcional de los adultos mayores.

La prevalencia de posibles deterioros cognitivos evaluados a trav1s de escalas de tamizaje, fue de 59,1% en los adultos mayores (n: 39), aumentando significativamente con la edad, llegando a afectar al 43% de los adultos de 80 a1os y m1s. Como ya fue descrito, las patolog1as neurol3gicas se encontraban por frecuencia en segundo lugar en la poblaci3n en estudio, y dentro de ellas merece menci3n especial el S1ndrome demencial tipo Alzheimer que de acuerdo a los registros, lo pose1a un 39 % de los residentes, sobre todo en un estadi3 moderado, sigui1ndoles, el estadi3 leve y severo.

Estos datos para enfermer1a implican planificar cuidados para mantener el cumplimiento de las ABVD en esas personas el mayor tiempo posible, y disminuir los riesgos

originados por la declinación en el autocuidado. Serán necesarias las intervenciones de estimulación cognitiva para preservar las funciones del pensamiento, pero también de rehabilitación cognitiva en la población ya afectada, en conjunto con los profesionales especializados en esas áreas.

La prevalencia de posibles deterioros afectivos, detectada por escala de Yesavage fue del 31,8% en los adultos mayores (n: 21), aclarándose que quizás este porcentaje pudiera ser mayor, ya que en el 27,3% de la población, por demencia moderada o severa, no pudo hacerse el screening, y conociendo desde la literatura la asociación entre deterioro cognitivo y depresión.⁶⁰ En este aspecto los cuidados de enfermería deberán estar focalizados en la prevención de síntomas de depresión en los residentes, y en la importancia de su diagnóstico precoz e intervención, que a menudo pasa desapercibida por similitudes entre las características del envejecimiento fisiológico y la sintomatología depresiva.

En relación a los síndromes geriátricos, un 91% de los residentes los presentaban, predominando el insomnio, luego las demencias diagnosticadas, la malnutrición e incontinencia urinaria, la polifarmacia e incontinencia fecal, las caídas en el último año, la depresión diagnosticada, y la inmovilidad ya sea absoluta o relativa. La mayoría de residentes presentaban más de un síndrome geriátrico. El insomnio, la incontinencia urinaria y fecal, serán analizados en la sección correspondiente a discusión de las necesidades número 5 y número 3 respectivamente.

Se destaca que según el Test Determine, un 57,6% de los residentes presentaron riesgo nutricional (38 personas entre riesgo nutricional moderado y alto), estando determinado predominantemente por la polifarmacia, y por los problemas dentales entre otros. Del análisis de la valoración del estado nutricional realizado, según el índice de masa

corporal, corresponde considerar el porcentaje de desnutrición que se presentó en un 17% de la población, y de delgadez en un 33% de las personas. Se agrega que dentro del rango de desnutrición, el 50% de las personas tenían demencia, y en la categoría de la delgadez, un 62% de personas tenían demencia. Detectando estas personas en riesgo nutricional es emergente establecer las medidas pertinentes para la resolución de ese problema, involucrando a la Licenciada en Nutrición referente del Hogar, para una evaluación nutricional más exhaustiva, y de tratamiento nutricional, propio de su competencia. Enfermería participará activamente en la planificación y ejecución de planes de tratamientos nutricionales, considerando su accionar en aquellas personas que tienen deterioro cognitivo, y por lo tanto disminuida su capacidad de autocuidado. Sin omitir considerar en los planes de acción a aquellas personas que tienen dieta indicada y no la cumplen (19%)

Dentro de los síndromes geriátricos, el de polifarmacia se correspondió con un 10%, (27 personas), predominando el consumo de antipsicóticos, e hipotensores no diuréticos. Se destaca también la prevalencia de las prescripciones de benzodiacepinas y de hipnóticos. Se referenció en forma exclusiva el uso del diazepam, por su vida media de eliminación más prolongada en los adultos mayores, identificándose su consumo en un residente. No se registraron casos de automedicación. Son predecibles estos hallazgos en polifarmacia, si consideramos las pluripatologías encontradas, con la gran ventaja que los residentes en este Hogar son valorados por un médico geriatra de la institución, y por lo tanto con un menor número de especialistas. Algunos grupos farmacológicos de consumo en esta población, constituyen factores de riesgo fundamentales para las caídas(Escala de Dawton- Anexo N° 11).

El 79% de los residentes presentaron alto riesgo de caídas, evaluado a través de la Escala de Dawton, asociado a los problemas visuales, al consumo de psicofármacos e

hipotensores, a los cuadros de confusión, entre otros. Se mencionan también otros factores extrínsecos de caídas ya nombrados como el uso inadecuado del calzado, y las alteraciones podológicas presentes en un 86% de la población estudiada. Como antecedente, 29 personas mayores (44% de la población), habían tenido caídas previas. Es posible incidir en su prevalencia comenzando con una valoración oftalmológica y corrección precoz de los trastornos visuales pasibles de tratamiento, y con estrategias para brindar un entorno más seguro (actuando sobre barreras arquitectónicas)

Analizando el riesgo de aparición de úlceras por presión, de acuerdo a Escala de Braden, surge un predominio del bajo riesgo con un 53 %, riesgo moderado con un 32%, y alto riesgo con un 16%. Dos residentes (3% de la población), poseían úlceras por presión, de origen extrahospitalario, es decir ocurridas durante la hospitalización, no coincidiendo con los datos encontrados en la literatura, que hacen referencia a un 13.4% de prevalencia de UPP en personas institucionalizadas.⁷⁶ Los principales determinantes del riesgo encontrados fueron, la limitada actividad y movilidad, el roce con peligro de lesiones, y la exposición a la humedad. La planificación y ejecución de cuidados de enfermería estarán dirigidos hacia la prevención de lesiones y también hacia su tratamiento. Sería para analizar posteriormente la asociación en esta población, del riesgo de úlcera por presión con la valoración nutricional encontrada.

Desde lo evaluado del área social (Escala de OARS), se ve que un 38% de los adultos mayores recibían visitas frecuentemente de familiares o amigos, que el 14% recibía llamadas telefónicas, y que el 12% de los residentes salía del hogar a visitar familiares o amigos. Estos indicadores se consideran factores protectores para una vida social activa, y que contribuyen a una mejor salud psíquica y física de las personas mayores. Se hace necesario el diseño de un programa para la integración e intervención de las familias de los residentes.

Continuando con el análisis de las medidas de cuidados necesarias para satisfacer las necesidades fundamentales encontradas en esta población, podemos decir que para la Necesidad N° 1 de respirar normalmente, las intervenciones estarán orientadas al manejo de la hipotensión arterial presente en un 23,2% (13 residentes) con monitorización/ regulación hemodinámica, administración de medicación, manejo de la hipovolemia, manejo de la nutrición. Es oportuno mencionar que la recolección de datos se realizó en el mes de enero, pudiendo estar relacionada la hipotensión arterial encontrada con las temperaturas ambientales existentes, agregado al consumo de fármacos antihipertensivos. Estas personas con hipotensión arterial están más expuestas a riesgos de caídas.

La anemia presente en 9 residentes (16,1%) implica intervenciones de enfermería entre otras como las de manejo de la nutrición, ayuda o proporcionar una dieta equilibrada, y seguimiento e interpretación de datos de laboratorio. Se menciona la asociación entre anemia y síndrome de fragilidad como reducción de la fuerza muscular y problemas de movilidad.⁷³

Para la insuficiencia venosa encontrada en 6 residentes (10,71%), las intervenciones fueron de: precauciones circulatorias, monitorización de las extremidades inferiores, cuidados circulatorios por insuficiencia venosa. Estas personas tendrán un mayor riesgo de complicaciones (flebitis, trombosis venosa profunda, alteraciones tróficas, etc.)

Ante la presencia de secreciones, polipnea y disnea se planificarán intervenciones de: manejo y permeabilidad de la vía aérea, fisioterapia respiratoria, ayuda en la ventilación, y oxigenoterapia. Dentro de las patologías respiratorias predominaban las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas, con un 11% de residentes fumadores,

por lo que estos indicadores de insatisfacción en esta necesidad quizás sean permanentes, con posibles exacerbaciones de estas patologías.

Por otra parte en la Necesidad N°2 de Comer y beber de forma adecuada, insatisfecha en un 95% (n: 63), de los adultos mayores, las intervenciones estarán dirigidas a: fomentar /mantener/ restablecer la salud bucal, donde 57 residentes poseen falta de piezas dentarias.

Ante la presencia de manifestaciones de hipo-hidratación y déficit de líquidos en un 22,1%, las intervenciones serán de: manejo/monitorización de líquidos/electrolitos, reposición de líquidos, mantenimiento del equilibrio de líquidos. Es importante evitar las complicaciones derivadas de la hipo- hidratación en el adulto mayor, como puede ser un cuadro de deshidratación, insuficiencia renal, hipotensiones arteriales, etc.

Los datos de alteración en el índice de masa corporal, requieren intervenciones de: manejo /monitorización nutricional y del peso, ayuda para ganar y disminuir de peso, modificaciones de la conducta, asesoramiento nutricional. Es importante resaltar que un 57.6% de los residentes se encontraban en riesgo nutricional (escala Determine), con un 17% en categoría de desnutrición. Otro dato a analizar es que el 2.7% de los residentes (n: 6) según indicadores de escala de Barthel, tenían diferentes grados de dependencia para la alimentación, para los cuales se estarán planificando intervenciones de: proporcionar la ingesta nutricional a la persona que no puede alimentarse por sí mismo, ayuda/supervisión en la alimentación, proporcionando una dieta equilibrada de sólidos y líquidos. En la población estudiada se encontraron cuatro personas diabéticas por lo que las intervenciones para el manejo de la hiper e hipoglicemia deberán estar presentes.

En la Necesidad, N° 3 de evacuar los desechos corporales, insatisfecha en un 63,6% de la población, las principales intervenciones de enfermería serán de: ayuda/ supervisión

para la eliminación, y uso del retrete, (13.2% según escala de Barthel, 29 personas, y 9.3%, n: 20); cuidados de la incontinencia urinaria e intestinal, (presente en un 40,2% y la incontinencia fecal en un 35%), cuidados del catéter urinario (3 residentes poseen sonda vesical), prevención de infecciones. cuidados de la retención urinaria, manejo del estreñimiento, entrenamiento del control de esfínteres.

Considerando ahora la Necesidad N°4 de moverse y mantener una postura adecuada, que se encontraba insatisfecha en un 86,4% de las personas mayores, las intervenciones de enfermería serán de: ayuda/ supervisión en subir y bajar escaleras (16.4% n: 36), ayuda en la deambulación (13.7% n: 30) , ayuda transferencia/ silla/ sillón (7.8% n: 17), fomentar la mecánica corporal, enseñanza/fomento del ejercicio prescrito, entrenamiento de fuerza, fomento de ejercicio estiramientos, relajación muscular progresiva, administración de analgésicos. Es muy importante destacar como ya se mencionó que un 44% de los adultos mayores utilizaban auxiliares de la marcha (Tabla N° 14), y un 6.3 % tenían síndrome de inmovilidad (n: 17). Enfermería deberá participar en los programas de ejercicios específicos implementados por el equipo multidisciplinario en función de las capacidades funcionales de la población estudiada.

Prosiguiendo con la Necesidad N°5 de Dormir y descansar, se encontraba insatisfecha en un 78,8% de la población, las intervenciones de enfermería serán de: fomentar/mejorar el sueño, evitar el uso de estimulantes, prescripción de tratamiento no farmacológico (62, 5% de las personas mayores recibían tratamiento con hipnóticos/somníferos/ sedantes), técnicas de relajación, manejo ambiental (12, 5% de los residentes manifestaron falta de privacidad para descansar), y manejo del dolor/administración de analgésicos (2,8% n: 2 residentes, plantearon no lograr descansar por dolor).

La Necesidad N° 6 de elegir la ropa adecuada muestra una insatisfacción en un 53%, debido sobre todo a incapacidad física para vestirse y/o desvestirse (52,5 % n: 31) y a la dependencia para elegir la ropa (34% n: 20), por razones de deterioro cognitivo. Aporta también la escala de Barthel que un 9.6% de los residentes (n: 20), tenían limitaciones o dificultades para arreglarse. Por lo que las intervenciones de enfermería, serán de ayuda en: vestirse/arreglo personal, y elegir la ropa adecuada.

En la Necesidad N° 7 se considera la capacidad de la persona para mantener una adecuada temperatura del cuerpo, seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales, y se encontraba satisfecha en un 89,4%. Las intervenciones estarán orientadas en la ayuda en la vestimenta: selección de ropa acorde a la temperatura.

La Necesidad N° 8 de mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física, que se la encontró insatisfecha en un 89,4% de los residentes, las intervenciones estarán dirigidas hacia los cuidados de los pies/uñas (un 86,4% de los residentes presentaban alteraciones podológicas), ayuda en baño/higiene (según Barthel un 16% n: 35 personas necesitaban ayuda o supervisión para bañarse, dentro de los cuales 23 presentaban dependencia total para la higiene). Asimismo se valoró un 25,2% (n:38 personas) con déficit de higiene bucal/corporal/en vestimenta. Se implementarán intervenciones de prevención de úlceras por presión (de aplicación de escala de Braden surge que un 84% de la población con inmovilidad relativa o absoluta tiene riesgo de úlceras por presión). Otras intervenciones de enfermería en esta necesidad: vigilancia piel/ tratamientos tópicos; cambio de posición/ incluidos en silla de ruedas(n:19 residentes), cuidados de las heridas/ úlceras por presión (n:2 personas), mantenimiento del acceso para diálisis (n:1 adulto mayor); control/ prevención de infecciones .

De la Necesidad N°9 de evitar peligros y no dañar a los demás, surge que ésta se encontraba insatisfecha en un 95,5% de los adultos mayores, destacándose como intervenciones de enfermería, la prevención de caídas; la identificación de riesgos; manejo ambiental: seguridad y potenciación de la misma abordando el alto riesgo de caídas que presentó un 79% de la población (n:52 residentes). Otras intervenciones serán de mantenimiento o vigilancia de la salud ocular (alteraciones visuales presentes en 50 residentes); manejo de la demencia/ deambulación errática; administración de medicación; control de medicación; Enseñanza: medicamentos prescritos. Esto último si tenemos en cuenta las limitaciones cognitivas presentes y la polifarmacia. Se deben mencionar además otras intervenciones de enfermería que se corresponden con esta necesidad como la de: enseñanza: cuidados de los pies y uso adecuado de calzado, recordando que un 44% de los adultos mayores usaban calzado inadecuado, facilitando la autorresponsabilidad o autocuidado, y no menos importante el apoyo en la protección contra abusos de adultos mayores (ante la detección de posible maltrato).

Continuando con la Necesidad N°10 de comunicarse con otras personas, expresando sus emociones, necesidades, temores, u opiniones, que tiene como resultado una insatisfacción en un 74,2% de los residentes, se plantean intervenciones de enfermería de acuerdo a los indicadores de insatisfacción encontrados: apoyo emocional; facilitar la presencia de la familia; facilitar las visitas; potenciación de la socialización; mejorar la comunicación: déficit visual/auditivo/habla; manejo de la demencia. Consideremos que en esta necesidad fueron detectados inadecuado relacionamiento de los residentes con sus pares y/o familia en un 28,72% (n: 27). La comunicación se percibió también afectada por las demencias severas en 21,28% (n: 20), y por alteraciones visuales y/o auditiva en un 19,15% (n: 18). Mención especial merecen las dificultades en la comunicación de los adultos mayores, sobre todo si se deben a deterioros en la

capacidad sensorial, auditiva y visual que puedan ser corregidas. Una consecuencia de la falta de comunicación en las personas mayores son los sentimientos de soledad, acentuados aun en las residencias, y que pueden llegar a afectar todas las esferas de ese adulto mayor (funcional, mental, física y social).

Por otra parte si se analiza la Necesidad N°11, de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, que se encontraba insatisfecha en un 62,1%, se destaca que las intervenciones estaran dirigidas al manejo de la demencia, ya que se destacaban como principales indicadores de insatisfaccion las limitaciones cognitivas en un 44,0%(n:22), y por manifestaciones de no poseer planes a futuro, en un 30,0% (n:15). También se mencionan las intervenciones de facilitacion al crecimiento espiritual.

Acerca de la Necesidad N°12, de actuar de manera que la persona se sienta satisfecha consigo misma, insatisfecha en un 83,3 % de la poblacion, se mencionan intervenciones de enfermeria tendientes a la escucha activa; potenciación de la autoestima; fomentar la resiliencia; apoyo emocional; manejo de la demencia, potenciar la socializacion. Se destacan las expresiones por parte de los residentes de sentimientos de inutilidad/impotencia/ aburrimiento/ falta de deseos de superación. Afectan tambien a esta necesidad las limitaciones cognitivas en los mismos valores que categoria anterior, y los sentimientos de soledad. Por medio de los indicadores de esta necesidad se percibieron aspectos que dieron cuenta de cómo se sentían los adultos mayores frente al proceso del envejecimiento y la institucionalización. Fueron identificados muchos aspectos negativos que predicen que para algunos residentes estar institucionalizado, separado de la familia, hacen su vida sin sentido, con sentimientos de inutilidad. Se podría estar pensando en estrategias integradoras en varios niveles, de los residentes y sus familias, entre el personal y los residentes, y en el vínculo que

establecen los residentes entre sí; argumentado en que los vínculos se construyen con otro y este otro se modifica tanto como uno.

En cuanto a la Necesidad N°13, de participar y disfrutar de diversas actividades recreativas, se encontro insatisfecha en un 80,3%, destacandose dentro de las intervenciones de enfermeria planificadas las de: aumentar los sistemas de apoyo; facilitar la meditación; apoyo en la toma de decisiones; entrenamiento de la memoria; estimulación/ rehabilitación cognitiva: terapia con juegos; terapia de ejercicios: relajación, control muscular, equilibrio; movilidad articular. Se resalta que los principales indicadores de insatisfacción de esta necesidad fueron la falta de interes en participar en dichas actividades en un 32,9% (n:27)y las limitaciones cognitivas. Un 79% de los adultos mayores no participaban en las actividades recreativas. Dentro de las intervenciones de enfermería aparecen las terapias con juegos/lúdicos/didácticos, respondiendo a la predilección que manifestaron por realizar actividades relacionadas con jardinería, quinta, o de escuchar música.

Finalmente podemos decir que la Necesidad N°14 de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles, estaba insatisfecha en un 71,2%, siendo sus principales intervenciones de enfermeria las de: manejo de la demencia; estimulación/rehabilitación cognitiva; facilitar el aprendizaje; potenciación de la disposición de aprendizaje; intercambio de información de cuidados de salud y enseñanza: proceso de enfermedad. Indicadores de insatisfaccion de esta necesdiad fueron las limitaciones cognitvas, las manifestaciones de falta de conocimientos sobre su situacion de salud, y de falta de interés de informarse sobre su salud.

Analizando los resultados se identifica la faltante en información relacionada a las conductas o recomendaciones para la detección precoz del cáncer en adultos mayores, que no fueron, y aspectos relacionados a su salud sexual; aspectos a incluir en futuros estudios.

Los adultos mayores institucionalizados en un 92% cumplían con criterios de fragilidad de acuerdo a la escala de Barber, sobre todo por indicadores de limitaciones para salir a la calle, déficit visuales para realizar labores habituales, necesitar de alguien que les ayude con sus ABVD, y por problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo. Cuando se realiza la tipificación o clasificación del adulto mayor surge que un 70% de la población en estudio cumplían los criterios para clasificar en la categoría de geriátrico, debido principalmente a los niveles de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, o por presentar alteraciones mentales.

En otras palabras, las personas mayores institucionalizadas en este hogar se encuentran con enfermedades crónicas, y distintas limitaciones o niveles de dependencia, que las hacen un grupo heterogéneo, de prevalencia geriátrico, y luego frágil, que demanda cuidados especializados, con énfasis en la prevención si pensamos en los residentes que conservan su independencia, pero también en la rehabilitación, mejorando así la funcionalidad y capacidad de adaptación de estas personas mayores.

En personas mayores institucionalizadas sensibiliza y moviliza, la identificación de insatisfacción en necesidades humanas de estima, pertenencia y auto-realización, todas susceptibles de ser abordadas a través la intervención de enfermería.

Conclusiones

Se ha presentado a través de este estudio, una población heterogénea, geriátrica en su mayoría, con presencia de enfermedades crónicas, limitaciones y dependencia, que demanda cuidados especializados, con énfasis en la rehabilitación, para mejorar su funcionalidad y capacidad de adaptación al medio en que viven.

El identificar las características socio – demográficas- epidemiológicas de la población adulta mayor institucionalizada en este hogar, permitió disponer de información acerca de sus conductas saludables, factores de riesgo presentes, y de morbilidad. Describir su área funcional, mental, física y social, a través de la aplicación de la valoración gerontogeriatrica integral, permitió detectar y objetivar sus niveles de dependencia y fragilidad. El uso de instrumentos válidos, confiables y estandarizados, permite gestionar intervenciones de enfermería con base en las necesidades reales de cuidado de las personas mayores. El poder distinguir los cambios fisiológicos del envejecimiento, de los procesos patológicos o las enfermedades, y realizar una evaluación integral, permitirá anticiparse a los problemas, para que la persona mayor pueda llevar una vida más autónoma e independiente.

La elevada insatisfacción de necesidades humanas de esta población, del orden fisiológicas: 2, 4, 5, de seguridad: 8, 9, de autoestima: 10, y de autorrealización: 12,13 y 14; determinaron una extensa y variada demanda de cuidados de enfermería. Las demandas de cuidados se lograron detallar de acuerdo a cada subdimension de las necesidades (por frecuencia de insatisfacción), y todas son susceptibles de la intervención de enfermería.

La elevada insatisfacción de necesidades humanas de estima, pertenencia y autorrealización, es un insumo para profundizar en otros estudios posteriores

Se evidenció una sincronía en la insatisfacción de las necesidades humanas, con el incumplimiento de las ABVD de la población: mayor dependencia para subir y bajar escaleras, para el lavarse/bañarse, para la deambulación.

El objetivo planteado de determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados, se pudo lograr, dejándose replanteos de intervenciones de enfermería, dirigidas hacia las demandas reales de esta población, insumo indispensable en las acciones de gestión/ dotación de los recursos de la Institución.

Recomendaciones

Los resultados de este estudio, representan una realidad concreta de una población, y en un momento determinado, no reflejando la situación a nivel nacional, si constituyen una referencia. Se podrían continuar los procesos de investigación científica en esta área, con la realización de estudios similares en otros centros, con el desarrollo de modelos teóricos para la identificación y el abordaje de los problemas encontrados en las instituciones de larga estancia.

El alto porcentaje de adultos mayores geriátricos encontrados, demandan y exigen la necesidad de un trabajo interdisciplinario, incorporando a otros profesionales como médico psicogeriatra, psicólogos, terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, fisioterapeutas, kinesiólogos, licenciados en podología entre otros. Se deberían estar analizando la efectividad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre la Institución, con los servicios de oftalmología, otorrinología, odontología, licenciada en nutrición, presentes en el prestador público de salud.

Conocer la demanda de cuidados de los adultos mayores institucionalizados, debe ser el punto de partida para la gestión del cuidado de esta población. Podría un aporte para la toma de decisiones y ejecución de acciones, adecuando las intervenciones a las necesidades de las personas mayores. Identificar las mismas a través de utilización de modelos de enfermería, facilitarían desde la gestión del cuidado, el planear, organizar, dirigir y controlar los resultados. Permitiría planificar estrategias de diferentes modalidades, sin perder de vista la individualidad de cada persona, con el último fin de mejorar la calidad de vida de los residentes.

Poseer un conocimiento objetivo de la demanda real de cuidados de los residentes, permitirá a la Institución lograr con sus objetivos, principalmente con los establecidos

en las diferentes reglamentaciones vigentes para hogares donde conviven adultos mayores. Una institución es eficiente en la medida que responde a las necesidades reales de salud de su población beneficiaria. Los resultados obtenidos podrán representar un aporte, en un momento actual donde se está implementando un Sistema Nacional de Cuidados, y se están reglamentando y concretando acciones dirigidas a los adultos mayores institucionalizados en centros de larga estancia.

Esta realidad descrita en base a necesidades insatisfechas, fundamentarán desarrollar programas o intervenciones específicas de educación y promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y potencialización de la funcionalidad, para disminuir la dependencia, conservar la autonomía y mejorar la calidad de vida de los residentes. Será un aporte para la toma de decisiones y ejecuciones de acciones relacionadas al proceso del cuidado enfermero para la población en estudio, y para la administración de los recursos, sobre todo los humanos, en términos cuantitativo y cualitativo. Se pretende que los beneficiarios de este estudio no sólo sean los residentes, sino los RRHH que trabajan en la institución.

En Uruguay las necesidades en salud de los adultos mayores han sido priorizadas en las políticas públicas; en programas de salud específicos para esta población, que promueven su participación activa en el cuidado de su salud. En esta etapa de implementación de un Sistema Nacional de Cuidados, la persona mayor institucionalizada no solo es sujeto/objeto de cuidado, sino portador de derechos para ser cuidada.

Los modelos gerontológicos en el mundo recomiendan el facilitar el intercambio de alojamiento entre jóvenes y personas mayores como alternativa para la resolución de problemas específicos de alojamiento, como se presentan en las personas

institucionalizadas. Los sistemas de adopción de adultos mayores ante problemas de dependencia pero sobre todo de soledad, o prestaciones de viviendas para personas mayores, constituyen otras opciones recomendables y oportunas en un escenario con un espectro limitado de opciones para las personas mayores que deciden vivir en una residencia.

La escasa oferta de servicios que presten cuidados de calidad a las personas mayores, facilitando que las mismas se puedan mantener en su entorno familiar, hacen que la elaboración de proyectos e implementación de centros diurnos se puedan posicionar estratégicamente dentro de la gestión sanitaria hacia el adulto mayor.

Los adultos mayores más jóvenes, en el estudio, se encuentran en su mayoría, independientes desde el punto de vista funcional, por lo que habría que replantearse desde la Seguridad Social, la prolongación voluntaria de la vida laboral, como un mecanismo de compensación, pero sobre todo de inversión hacia el mantenimiento de una vida más saludable y activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del censo de población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690> [consulta: 11 feb 2017].
2. Richero Aguirre M. La institucionalización de la vejez en Uruguay. En. 13 Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Montevideo, 15-17 setiembre 2014. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Aguirre.pdf> [consulta: 20 may 2016].
3. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Ley 19353 de 8 diciembre del 2015. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015> [consulta: 29 dic 2015].
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Programa nacional del adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf [consulta: 29 dic 2015].
5. Régimen de los establecimientos privados que alojan adultos mayores. Ley 17066 de 24 de octubre de 2013. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/acceso1/legisla/decretos/d9900320.htm> [consulta: 29 dic 2015].

6. Brunet N, Márquez C. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Montevideo: Trilce; 2016. p. 31.
7. Huenchuan S, Paredes M. Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. Montevideo: Trilce; 2006. p.14.
8. Proyecto de ley código del adulto mayor. Diciembre del 2016. [Internet]. Uruguay. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/133330/ficha_completa [consulta: 30 dic 2016].
9. Rico MN. El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. [Internet] 2011. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7022/S1100468_es.pdf?sequence= [consulta: 30 dic 2015].
10. Reglamentación del art. 298 de la ley 19.149 relativo a la atención de calidad en los establecimientos de cuidados a adultos mayores. Decreto N° 265/014 del 18 de setiembre de 2014. [Internet]. Uruguay. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2014/09/mides_580.pdf [consulta: 30 dic 2015].
11. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Políticas Sociales. Cuidados como sistema: propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay. [Internet]. 2014. p. 30. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf [consulta: 30 dic 2015].
12. Ibid. p. 56.

13. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de Cuidados. Diseño curricular formación en cuidados: atención a la dependencia. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/62353/1/atencion-a-la-dependencia---diseno-curricular.pdf> [consulta: 12 feb 2017].
14. Estado de situación. En: Papadópulos J, Falkin L. Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia: dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población. [Internet]. p. 9. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf [consulta: 12 feb 2017].
15. Batthyány K, Berriel F, Carbajal M, Genta N, Paredes M, Pérez Fernández R, et al. Las personas mayores ante el cuidado: aportes de inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. [Internet]. 2014. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/34820/1/las_personas_mayores_ante_el_cuidado_web_2.pdf [consulta: 2 feb 2017].
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay 2013. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/19460/Uso+del+tiempo/7a5c3336-2857-4209-adac-21014fa12dd0> [consulta: 2 feb 2017].
17. Uruguay. Banco Previsión Social. Encuesta longitudinal de protección social: presentación y primeros tabulados ronda 2012-2013. [Internet]. 2012.

Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/9816/2/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social_presentacion-y-primeros-tabulados-ronda-1-2012_2013.pdf [consulta: 3 feb 2017].

18. Uruguay. Ministerio Desarrollo Social. Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento: primer debate nacional sobre políticas sociales, envejecimiento y territorio. [Internet]. 2004. p. 119. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/25582/1/hacia_un_uruguay_mas_equitativo.pdf [consulta: 15 feb 2017].

19. Baldjian V, Elizalde A, Fernández A, Fogaza N, Rebagliatti F. Demanda de intervenciones de enfermería en complejos habitacionales de BPS [tesis] [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0454TG.pdf> [consulta: 11 feb 2017].

20. Uruguay. Ministerio Desarrollo Social. Grupo de Trabajo Interinstitucional. Consejo Nacional de Política Social. Hacia un modelo solidario de cuidados: propuestas para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados. [Internet]. 2012. p.17. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf [consulta: 11 feb 2017].

21. Villar H. Gestión de servicios de salud. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/20958/siteId/1> [consulta: 19 ene 2017].

22. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. [Internet]. Disponible en:

<http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 20 ene 2017].

23. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud 2012 ¿está usted preparado? el mundo está cambiando. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/> [consulta: 12 feb 2017].

24. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet] 2014; 25 (2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002 [consulta: 21 ene 2016].

25. Organización Mundial de la Salud. Envejecer bien: una prioridad mundial. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/> [consulta: 12 feb 2017].

26. Solo el 4,5 de los mayores quiere ser cuidado en casa de sus hijos. ABC. [Internet]. 2016 junio 1. Disponible en: http://www.abc.es/familia/mayores/abci-cambio-tendencia-cuidado-personas-mayores-vulnerables-201606011345_noticia.html [consulta: 14 feb 2017].

27. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud 2012 ¿está usted preparado? cambios demográficos, problemas nuevos. cambios demográficos, problemas nuevos. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index2.html> [consulta: 14 feb 2017].

28. Rodríguez F, Rossel C. Panorama de la vejez en Uruguay. [Internet]. 2009. p. 99. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21557/1/panorama_de_la_vejez_en_uruguay.pdf [consulta: 14 feb 2017].
29. Pugliese L. Hogares de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social. ¿atención de personas dependientes? [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.bps.gub.uy/bps/file/6825/1/06_hogares_anciano_convenio.pdf [consulta: 9 feb 2017].
30. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013- 2015. [Internet]. 2012. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21341/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez__digital.pdf [consulta: 12 feb 2017].
31. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Plan Nacional del Envejecimiento 2016 – 2019. [Internet]. 2016. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21341/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez__digital.pdf
32. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Ley N° 19353 del 8 de diciembre de 2015. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015/1> [consulta: 12 feb 2017].
33. Plan Nacional de Cuidados 2016-2020 Junta Nacional de Cuidados. [Internet]. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf> [consulta: 20 jul 2017].

34. Cabo Salvador J, Bellmont M. Sistemas sanitarios y reformas sanitarias: enfoque hacia la calidad. En: Cabo Salvador J. Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. [Internet]. 2014. p. 25-6. Disponible en: <https://books.google.com.uy/books?id=6Be5BgAAQBAJ&pg=PA44&lpg=PA44&dq=cabo+salvador+sistemas+sanitarios&source=bl&ots=guMoe6bVlf&sig=SMe7S8nnpwfdkbvtz7ycgKo3vuY&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwikzrOJ1avTAhWCTZAKHeTZBiAQ6AEITzAL#v=onepage&q=cabo%20salvador%20sistemas%20sanitarios&f=false> [consulta: 16 nov 2016].
35. Núñez I. Apoyo a hogares de ancianos en el marco de los servicios sociales del BPS. Comentarios Seguridad Social [Internet] 2008; (18): 155- 67. p. 161. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1645/1/apoyo-a-hogares-de-ancianos-en-el-marco-de-los-servicios-sociales-del-bps.-i.--nunez.pdf> [consulta: 28 abr 2017].
36. Net À, Suñol R. La calidad de la atención. Ponències i Jornades [Internet] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf [consulta: 21 abr 2016].
37. Cabo Salvador J. Sistemas sanitarios en la Unión Europea. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html> [consulta: 21 abr 2016].
38. Morfi Samper R. Gestión del cuidado en enfermería. Rev Cubana de Enfermería [Internet] 2010; 26(1): 1-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf01110.pdf> [consulta: 16 nov 2016].
39. Luis Rodrigo T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. [Internet].

2005. Disponible en:
https://books.google.com.uy/books?id=6uB90k2NC1sC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [consulta: 17 nov 2016].
40. Tabloski P. Enfermería gerontológica. 2ª.ed. Madrid: Pearson; 2010. p. 29.
41. Organización Mundial de la Salud. La actividad física en los adultos mayores: niveles recomendados de actividad física para la salud de 65 años en adelante. [Internet]. 2016. Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/ [consulta: 17 nov 2016].
42. López López D, García Mira R, Alonso Tajés F, López López L. Análisis de la prevención podológica: un estudio a través de internet. Rev Internacional Ciencias Podológicas [Internet] 2012; 6(2): 63-72. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/39315/37887> [consulta: 17 nov 2016].
43. Villanueva VJ. Neumonías en el anciano. Rev de posgrado de la VI Cátedra de Medicina. [Internet] 2003; (127): 1-5. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista127/neumonias_anciano.htm [consulta: 17 nov 2016].
44. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006.

Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

45. Organización Panamericana de la Salud. Valoración clínica del adulto mayor. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/02Modulos/Modulo1.pdf> [consulta: 17 nov 2016].

46. Uruguay. Ministerio de Salud. Programa nacional de vacunaciones. [Internet]. Disponible en: www.msp.gub.uy/publicación/programa-nacional-de-vacunaciones [consulta: 17 nov 2016].

47. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos funcionales: un nuevo concepto en salud. Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2005; XI (1): 17-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf> [consulta: 11 feb 2017].

48. Luengo Márquez C, Maicas Martínez L, Navarro González MJ, Romero Rizo L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 143-50. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

49. Torres Haba R, Nieto de Haro MD. Inmovilidad. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 211-5. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

50. Gil Bernabé AI, Moreno Ortega JA, Moreno Ortega J. Riesgo de caídas en pacientes ancianos en atención primaria. *Paraninfo Digital* [Internet] 2016; 10 (25). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/091.pdf> [consulta: 20 nov 2016].
51. Villar San Pío T, Mesa Lampré MP, Esteban Gimeno AB, Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de geriatría para residentes*. [Internet]. 2006. p. 199-209. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].
52. Fisher RH. Caídas en la persona mayor y el papel de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2003; 38(2): 97-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caidas-persona-mayor-el-papel-S0211139X03748641> [consulta: 20 nov 2016].
53. Jiménez Sánchez MD, Córcoles Jiménez MP, Egido Fernández MÁ del, Villada Munera A, Candel Parrab E, Moreno Moreno M. Análisis de las caídas que producen fractura de cadera en ancianos. *Rev Enfermería Clínica* [Internet] 2011; 21(3): 143-50. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111000519> [consulta: 20 nov 2016].
54. Bueno García M, Roldán Chicano M, Rodríguez Tello J, Meroño Rivera M, Dávila Martínez R, Berenguer García N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas. *Enferm Clín* [Internet] 2017; 27: 227-34. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica->

35-avance-resumen-caracteristicas-escala-downton-valoracion-del-S1130862117300256 [consulta: 11 feb 2017].

55. Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 151-9. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

56. Jerez Roig J, Souza Bezerra DL de, Lima Costa K. Incontinencia urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet] 2013; 16(4): 865-79. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00865.pdf> [consulta: 21 nov 2016].

57. Martínez Peromingo J, Rodríguez Couso M, Jiménez Jiménez MP, Yela Martínez G. Estreñimiento e incontinencia fecal. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 161-8. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

58. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Demencias. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 173-86. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

59. Lopez Mongil R, López Trigob A, Castrodeza Sanzc FJ, Tamames Gómezc S, León Colombo T. Prevalencia de demencia en pacientes

institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2009; 44(1): 5-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-demencia-pacientes-institucionalizados-estudio-S0211139X08000024> [consulta: 17 nov 2016].

60. Araújo L, Rosano S, Fierro A. Síndrome confusional agudo: delirium en el adulto mayor. Tendencia Medicina [Internet] 2016; 25(49): 102-7. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes49/art_14.pdf [consulta: 28 abr 2017].

61. Antón Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. Depresión y ansiedad. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 243-9. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

62. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=760:depression-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245 [consulta: 28 abr 2017].

63. Roesler Silva E e, Sousa Resende Pimentel A, Ferreira Brandão L, Peixoto Maia H. Prevalência y factores asociados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2012; 46(6): 1387-93. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_15.pdf [consulta: 28 abr 2017].

64. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero R, Colomer A, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam [Internet] 2002; 12: 620-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf> [consulta: 28 abr 2017].
65. Macías Montero M, Macías Montero MC, Guerrero Díaz MT, Prado Esteban F, Hernández Jiménez MV, Muñoz Pascual A. Malnutrición. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 227-41. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].
66. Nutritional screening initiative: Conozca su salud nutricional. [Internet]. Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/029_NUTRITIONAL_SCREENING_INITIATIVE.pdf [consulta: 12 feb 2017].
67. Tarqui Mamani C, Álvarez Dongo D, Espinoza Oriundo P, Gómez Guizado G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2014; 31(3): 467-72. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n3/a09v31n3.pdf> [consulta: 11 feb 2017].
68. Ródenas Iruela I, García Moreno M, Bordas Guijarro J, Flores Carmona MÁ, Martínez Manzanares C. Deprivación sensorial. En: Sociedad Española

de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 251-6. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

69. Jiménez Navascués L, Híjar Ordóñez CA. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos [Internet] 2007; 18(1): 16-23. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/16rincon.pdf> [consulta: 29 abr 2017].

70. Vázquez Sánchez MC, Oro Sáez CP del, Seoane Trigo S, Gígyrey Prieto LM. Estado auditivo de los mayores en residencias de la tercera edad de Galicia: estudio piloto. Rev Electrónica Audiología [Internet] 3: 55-60. Disponible en: <http://www.auditio.com/docs/File/vol3/3/030301.pdf> [consulta: 29 abr 2017]

71. Serra Urrea M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2013; 12(1): 142-51. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n1/rhcm16113.pdf> [consulta: 30 abr 2017].

72. Sánchez Gutiérrez R, Flores García A, Aguiar García P, Ruiz Bernés S, Sánchez Beltrán CA, Benítez Guerrero V, et al. Efectos de la polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. Rev. Fuente [Internet] 2012; 4(10): 70-5. Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf> [consulta: 30 abr 2017].

73. Alhalel B. Polifarmacia, iatrogenia y reacciones adversas por medicamentos en el adulto mayor. Diagnóstico [Internet] 2003; 42 (3). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/23-37.html> [consulta: 12 feb 2017].

74. Urrutia A, Sacanella E, Mascaro J, Formiga F. Anemia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2010; 45: 291-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-anemia-el-anciano-S0211139X10001319> [consulta: 12 feb 2017].
75. Carro García T, Alfaro Acha A, Boyano Sánchez I. Trastornos del sueño. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 106-14. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].
76. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf> [consulta: 30 abr 2017].
77. Pancorbo Hidalgo Pedro L, García Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4, estudio nacional de prevalencia. *Gerokomos* [Internet] 2014; 25(4): 162-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006 [consulta: 30 abr 2017].
78. Bernal M, Curcio C, Chacón J, Gómez J, Botero A. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2001; 36(5): 281-6 . Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124->

[consulta: 2 may 2017].

79. Robles Raya M, Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2006. p. 28. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html> [consulta: 17 nov 2016].

80. Lesende M, Rodríguez A. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2005; 40(6): 335-44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X05748812> [consulta: 2 feb 2017].

81. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf> [consulta: 17 nov 2016].

82. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. [Internet]. 1961. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1340/41741.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 17 nov 2016].

83. Prescripción Enfermera. com Clasificación completa de intervenciones de enfermería NIC 2013. [Internet]. 2014. Disponible en:

<http://prescripcionenfermera.com/noticias/intervenciones-de-enfermeria-nic/clasificacion-completa-de-intervenciones-de-enfermeria-nic-2013-6-edicion>.
[consulta: 12 dic 2016].

84. Centros de Larga Estadía. Decreto 356/016 [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/69583/centros-de-larga-estadia> [consulta: 02 feb 2017].

85. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Rev Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2010; XVI (3): 33-39, 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005 [consulta: 16 junio2017].

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1	157
Anexo N° 2	159
Anexo N° 3	160
Anexo N° 4	161
Anexo N° 5	162
Anexo N° 6	163
Anexo N° 7	176
Anexo N° 8	179
Anexo N° 9	181
Anexo N° 10	182
Anexo N° 11	184
Anexo N° 12	185
Anexo N° 13	186
Anexo N° 14	188
Anexo N° 15	189
Anexo N° 16.....	192
Anexo N° 17	199
Anexo N° 18	222

Anexo N° 1 – Nota de solicitud a Hospital Salto



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Centro de Posgrado – Plan Maestría.



Salto, 30 de noviembre del 2016

A: Sr. Director de Hospital Salto.
Dr. Marcos García

Cc: Lic. Enf. Mg. Cristina Martínez – Lic. Enf. Esp. Alicia Pilatti
Departamento de Enfermería. Hospital Salto

Cc: Dra. Carolina LLuberas
Directora Hogar Ancianos. ASSE. Salto
Presente.

Quien suscribe solicita a Ud. la autorización para poder llevar a cabo en el Hogar de Ancianos dependiente de ASSE, un trabajo de investigación denominado “Demanda de Cuidados Enfermeros de los Residentes Institucionalizados en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto” Este trabajo se corresponde con la Tesis Final del Plan Maestría en “Gestión de los Servicios de Salud”, del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería.

El objetivo de la investigación es determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes en el Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto, en relación a su Valoración Geronto- Geriátrica Integral, y a la identificación de sus Necesidades Humanas Básicas.

Los criterios de inclusión serán todos los Residentes del Hogar, mayores de sesenta años que se encuentren en el momento del corte en la Institución, y que hayan brindado su consentimiento o decisión de participar en el estudio.

Se le solicita vuestra autorización para poder acceder a la Historia Clínica de los residentes, para así complementar la información recabada.

Queda expresado y garantizado el compromiso de respetar el secreto profesional, y de preservar la confidencialidad de los datos recabados, cumpliéndose con las normativas vigentes en el Comité de Ética de Facultad de Enfermería.

La recolección de datos se llevará a cabo por quien suscribe, y los resultados de la investigación, serán elevados a vuestra Dirección.

Desde ya quedamos a su disposición por cualquier aclaración complementaria, y a la espera de una respuesta favorable, le saluda atentamente:

Lic. Enf. Esp. Gerontología Miriam Raquel Díaz

Cel: 099730911 Correo electrónico: miraquel890@yahoo.com

Anexo N° 2 – Nota de aval de Hospital Salto



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Centro de Posgrado – Plan Maestría.



Salto, 19 de noviembre del 2016

A: Sr. Director de Hospital Salto.
Dr. Marcos García

Cc: Lic. Enf. Mg. Cristina Martínez – Lic. Enf. Esp. Alicia Pilatti
Departamento de Enfermería. Hospital Salto

Cc: Dra. Carolina LLuberas
Directora Hogar Ancianos. ASSE. Hospital Salto
Presente.

Quien suscribe solicita a Ud. la autorización para poder llevar a cabo en el Hogar de Ancianos dependiente de ASSE, un trabajo de investigación denominado “Demanda de Cuidados Enfermeros de los Residentes Institucionalizados en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto” Este trabajo se corresponde con la Tesis Final del Plan Maestría en “Gestión de los Servicios de Salud”, del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería.

El objetivo de la investigación es determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes en el Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto, en relación a su Valoración Geronto-Geriátrica Integral, y a la identificación de sus Necesidades Humanas Básicas.

Los criterios de inclusión serán todos los Residentes del Hogar, mayores de sesenta años que se encuentren en el momento del corte en la Institución, y que hayan brindado su consentimiento o decisión de participar en el estudio.

Se le solicita vuestra autorización para poder acceder a la Historia Clínica de los residentes, para así complementar la información recabada.

Queda expresado y garantizado el compromiso de respetar el secreto profesional, y de preservar la confidencialidad de los datos recabados, cumpliéndose con las normativas vigentes en el Comité de Ética de Facultad de Enfermería.

La recolección de datos se llevará a cabo por quien suscribe, y los resultados de la investigación, serán elevados a vuestra Dirección.

Desde ya quedamos a su disposición por cualquier aclaración complementaria, y a la espera de una respuesta favorable, le saluda atentamente:

Lic. Enf. Esp. Gerontología Miriam Raquel Díaz
Cel: 099730911 Correo electrónico: miraquel890@yahoo.com

Juan Pablo Salisbury
Sub Director
Hospital Regional Salto

70

19/12/16

Anexo N° 3 – Hoja de información desde el Comité de Ética



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Centro de Posgrado – Plan Maestría

Salto, 30 de Noviembre de 2016

Estimado/a:

En el marco de la Maestría "Gestión de los Servicios de Salud" del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería se está llevando a cabo una investigación sobre "Demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en el Hogar de Adultos Mayores del prestador de salud público de la ciudad de Salto", en el mes de Diciembre de 2016.

Dicha Investigación tiene como objetivo: Determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto.

Para implementarla se aplicará un instrumento que contendrá las siguientes variables de estudio: socio-epidemiológicas, de Valoración Geronto - Geriátrica Integral, y de las Necesidades Humanas Básicas del modelo de Virginia Henderson identificadas en la Población Adulta Mayor Institucionalizada en el Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto.

Como método para complementar la recolección de datos se utilizará la observación y la exploración física.

La entrevista con la aplicación del instrumento se realizará en un espacio físico del Hogar de Ancianos del prestador de salud público de la ciudad de Salto y tendrá una duración de noventa minutos aproximadamente por cada adulto mayor.

El instrumento será aplicado a través de una entrevista realizada por el investigador, donde el adulto mayor previamente manifestará su voluntad de participar, manteniéndose el anonimato de los participantes.

La información recabada será analizada en forma confidencial, sin emitirse referencias a ningún adulto mayor en particular.

En caso de querer retirarse de la Investigación, usted lo podrá realizar cuando lo desee.

Como integrante del equipo de salud, se garantiza mantener el secreto profesional, fundamentado en códigos y normas éticas vigentes.

Desde ya muchas gracias

Anexo N° 4 – Consentimiento Informado



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Centro de Posgrado – Plan Maestría



Formulario de consentimiento

Carácter de la persona que autoriza la participación a la investigación:

- ☐ Adulto Mayor incluido en la situación estudiada.
☐ Representante legal de la persona directamente incluida en la situación estudiada.

Nombre y Apellido del Representante:

Número de teléfono del Representante:

Consentimiento voluntario:

Yo he recibido información respecto al estudio “Demanda de cuidados enfermeros de los residentes institucionalizados en el Hogar de Adultos Mayores del prestador de salud público de la ciudad de Salto”, cuyo objetivo es: Determinar la demanda de cuidados enfermeros de los residentes en un Hogar de Adultos Mayores de la Ciudad de Salto.

He sido debidamente informado que hay ningún riesgo por participar en este estudio, así como no recibiré ningún beneficio directo o personal.

He sido informado que como método para complementar la recolección de datos se utilizará la observación y la exploración física.

Me han sido garantizados el secreto y la confidencialidad de la información que se brinde así como el resguardo de mi privacidad.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación y se me ha entregado una hoja de información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio

Firma:

Firma del Investigador:

Aclaración:

Aclaración:

Cédula Identidad:

Cédula Identidad:

Fecha:/...../.....

Fecha:/...../.....

Si su disposición es a participar solicitamos firme esta carta, manifestando su consentimiento.

No dude en pedirle al investigador que le explique acerca de dudas que tenga. Se le entregará una copia de este formulario.

Anexo N°5 - Evaluación del Comité de Ética

 UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY	UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE ENFERMERÍA	
--	---	---

Montevideo diciembre de 2016.

De Comité de Ética de la Investigación

A: Investigador Lic Miriam Raquel Diaz

El Comité de Ética ha evaluado el trabajo de Investigación “ Demanda de Cuidados Enfermeros de los residentes institucionalizados en un Hogar de Adultos Mayores de la ciudad de Salto”.

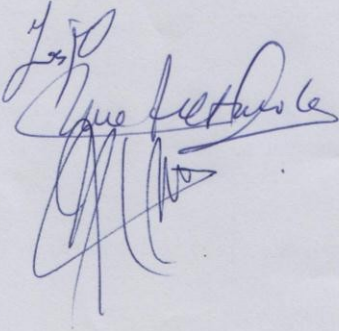
Luego de realizadas las enmiendas al Protocolo , se aprueba el proyecto por parte de este Comité.

Sin otro particular, saludan atentamente

Prof. Agda Inés Umpierrez

Prof. Adj. Araceli Otárola

Lic. Enf. José Luis Priore



SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43
SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67
C.P.: 11600 página web: www.fenf.edu.uy correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy
Montevideo-República Oriental del Uruguay

Anexo N°6 - Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1- CARACTERISTICAS SOCIO-EPIDEMIOLÓGICAS

INICIALES DEL ADULTO MAYOR: **EDAD:** **SEXO:**

Femenino..... Masculino.....

PROCEDENCIA: Área urbana: Suburbana..... Rural.....

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Menor a un año:

Entre 1- 3 años:

Mayor a 3 años:

MOTIVO DE INGRESO: Falta de domicilio.....Problemas económicos...Voluntad propia:Problemas de salud:

ESTADO CIVIL: Soltero/a..... Casado/a..... Divorciado/a..... Unión libre..... Viudo/a.....

OCUPACIÓN: a la que se dedicaba:

Activo y con apoyo social:.....Activo y sin apoyo social:.....

Jubilado:.....Pensionista:..... Sin aportes:.....

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Sabe leer y escribir..... Primaria incompleta..... Primaria completa.....

Secundaria incompleta..... Secundaria completa..... Estudios

terciarios..... Otros

COBERTURA DE SALUD: PRIVADA/FEMI: **ASSE:**

.....

SERVICIO DE ACOMPAÑANTE: SI **HORAS**

DISPONIBLES:

NO

COBERTURA DE EMERGENCIA MOVIL: SI..... NO.....

VIUDEZ EN ULTIMO AÑO: SI..... NO.....

INGRESO ECONOMICO SMN \$11.150

Menor al salario mínimo nacional..... Igual al salario mínimo nacional.....Mayor al salario mínimo nacional....

De acuerdo a sus ingresos usted considera que.: 1- Alcanzan y puede ahorrar..... 2- Alcanzan, sin grandes dificultades.....3- Alcanzan justo..... 4- No alcanzan, tiene dificultades....

HOSPITALIZACIONES EN EL ULTIMO AÑO: SI..... NO.....

ANTECEDENTES QUIRURGICOS RECIENTES: SI.....

NO..... **NOMBRE INTERVENCION:**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

Cardiovasculares.....Respiratorios.....

Metabólicos.....Osteoarticulares..... Oncológicos:
Neurológicos..... Urológicos/ renales.....Digestivo.....

INMUNIZACIONES: Antitetánica..... Antigripal.....
Antineumococica.....

DEFICIT SENSORIALES: Visual: SI NO.....usa lentes: si.....
No..... recetados: si..... no....

Auditivo: SI.....NO usa audifono: si.... No....

CONTROL OFTALMOLOGO EN EL ULTIMO AÑO: SI..... NO **FECHA**
ÚLTIMA CONSULTA:

USO AUXILIARES DE LA MARCHA: SI..... CUAL: bastón.....
muletas..... andador..... trípode..... silla rueda....
NO.....

TIPO DE CALZADO QUE HABITUALMENTE USA: cerrado: SI.....NO
con suela antideslizante:
SI..... NO.....

ALTERACIONES PODOLÓGICAS: NO..... SI.... CUAL: hallus valgus... pie
plano.... Dedos en
martillo...Hiperqueratosis.....Ulceración....micosis.....onicocriptosis.....uñas
largas:.....

CONTROL ODONTOLOGICO EN EL ULTIMO AÑO: SI..... NO

PRESENCIA DE FOCOS SEPTICOS: SI..... NO.....

USA PROTESIS DENTAL: SI Parciales: Totales.....
fijas.....removibles..... adecuadas.... inadecuadas
No

PROBLEMAS EN LA MASTICACIÓN: SI NO.....

ABASTECIMIENTO DE ALIMENTOS: Del Hogar..... Del exterior.....De
ambos.....

CONSUMO DE FRUTAS: SI..... Frecuencia de consumo semanal: 1
vez por semana

3

veces por semana

Diariamente

NO.....
Fuma: NO_____ SI_____ tipo: criollo_____ cigarrillo_____ cantidad:
_____ EXFUMADOR: SI.....

NO....

INGESTA DE ALCOHOL: SI_____ NO_____ tipo:_____ cantidad: menos
de 200cc_____ 200cc-500cc_____ 500cc-1000cc_____ más de 1000cc_____
Frecuencia de consumo: todos los días_____ fines de semana_____ eventos
sociales_____

REALIZA ACTIVIDAD FISICA (más de tres veces por semana superior 30
minutos): SI NO.....

¿Cuál? Caminatas_____ trotar_____ yoga_____ bicicleta_____
deporte_____ otros_____

PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, SOCIALES Y/O GRUPO: SI
 _____ NO _____

Religiosas _____ Recreativas/salón/culturales _____ Reuniones vecinales _____ Club/Asoc. Jubilados _____
 Otros _____

EN QUE ACTIVIDAD RECREATIVA LE GUSTARIA PARTICIPAR:

.....

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Inmovilidad: Si..... No.....

Caídas en el último año: Si.....No.....

Incontinencia Urinaria: Si..... No.....

Incontinencia Fecal: Si.....No.....

Depresión: Si..... No.....

Insomnio: Si.... No.....

Demencia: Si..... No.....

Síndrome Confusional Agudo: Si.... No....

Malnutrición: Si No.....

Estreñimiento: Si..... No.....

Úlceras por Presión: Si No.....

Polifarmacia: Si..... No..... Automedicación: si No Cuales fármacos:

Consumo de fármacos por sistema (numero): Cardiovascular: Respiratorio:

.....Endócrino: músculo-esquelético: Renal/ urológico:

Neurológico: Digestivo: Tegumentario:

CONTROLES DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO: Ninguno: 1 – 2:

3 – 4: 5 – 6:

2 - VALORACIÓN GERONTO- GERIÁTRICA INTEGRAL

FUNCIONAL: NIVEL DE DEPENDENCIA: Escala de Barthel

Puntuación:ABVD limitada:.....

Dependen cia total (menor a 20 puntos)	Dependencia grave (20 a 35 puntos)	Dependencia moderada (40 a 55puntos)	Dependenci a leve (mayor igual 60 p)	Independen cia (100 puntos)

MENTAL: FUNCIÓN COGNITIVA: Test de Pfeiffer

Puntuación

No hay deterioro (0-2 puntos)	Deterioro cognitivo leve (3-4puntos)	Deterioro cognitivo moderado (5- 7puntos)	Deterioro cognitivo grave (8- 10 puntos)

FUNCIÓN AFECTIVA: Depresión diagnosticada: Si..... No.....

Escala de Yesavage: Puntuación:Normal: 0-5 Depresión Leve: 6 a

9:...Depresión Establecida: > o igual a 10.....

RIESGO DE CAÍDAS: Escala de Downton

Puntuación:

Menos de 3 puntos no	Mayor o igual a 3 puntos Alto riesgo
----------------------	--------------------------------------

presenta riesgo	

NUTRICIÓN: Test de Determine.
Puntuación

Sin Riesgo Nutricional (0-2 puntos)	Riesgo nutricional moderado (3-5 puntos)	Riesgo nutricional alto (6 o + puntos)

Peso:.....Talla: IMC: Circunferencia Abdominal:.....Altura rodilla:..... Circunferencia brazo:

Tiene alguna dieta indicada: si..... no..... Tipo: hipo sódica.....diabética..... renal..... La cumple: si no.....

PRESENCIA DE FRAGILIDAD: Escala de Barber

Puntuación:

Más de un punto presencia fragilidad	
--------------------------------------	--

RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN: Escala de Braden

Riesgo alto: menos de 13 puntos	Riesgo moderado: puntuación entre 13 y 14.	Riesgo bajo: si el adulto mayor tiene menos de 75 años, puntuación de 15 a 16; si el paciente es mayor de 75 años, puntuación de 15 a 18.

RECURSOS SOCIALES: Escala de OARS

Excelente RRSS	RRSS bueno	RRSS ligeramente deteriorados	RRSS moderadamente deteriorados	RRSS bastantes deteriorados	RRSS totalmente deteriorados

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS/ FUNDAMENTALES

Necesidad	Indicadores a valorar:		Sat.	Insat.
Nº1: Respirar normalmente:	Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno.			

Necesidad fisiológica de oxigenación que presenta la persona	Cianosis Tipo de respiración Permeabilidad de la vía aérea Capacidad de eliminar secreciones Profundidad de la inspiración. Tos Secreciones bronquiales Tabaquismo Disnea Utilización de los músculos accesorios Fumador. Hábito Tabáquico: N° cigarrillos/día, desea dejar de fumar. Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a las que le atribuye esas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y la percepción de resultados Valoración de Hemodinamia (presión arterial. Frecuencia cardíaca, pulsos periféricos). Orientación: espacial, temporal, personas Uso de fármaco, horario, dosis – automedicación Cuestionario de Pfeiffer			
Nº2: Comer y beber de forma adecuada:	Sigue algún tipo de dieta Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, gastritis, úlceras gastroduodenales); Alteración del peso; Intolerancia alimenticia. Problemas para comer: en la boca, para masticar, en la deglución; Prótesis dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica, gastrostomía;			

	Necesidad de ayuda para alimentarse. Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Peso; Talla; IMC. Cantidad y calidad de líquidos y alimentos que recibe al día. Hidratación cutánea Humedad de membranas mucosas Hiperglucemia y síntomas relacionados. Hipoglucemia y síntomas relacionados. Uso correcto de la medicación prescrita. Automedicación. Factores económicos o psicológicos que interfieran en la alimentación. Cuestionario Determine o "Conozca su salud nutricional Escala de Barthel.			
Nº3: Evacuar los desechos corporales	Frecuencia de eliminación fecal. Características de las heces. Presenta alteraciones: Incontinencia, Dolor, Hemorroides, Gases. Se han producido cambios en los hábitos intestinales. Estreñimiento. Hábitos que dificultan / ayudan a la defecación. Presencia de ostomias/ derivaciones intestinales o urinarias. Utiliza algún medio para favorecer la defecación. Aporte de fibras, líquidos. Frecuencia de eliminación urinaria. Características de la orina. Presenta alteraciones: Incontinencia, Poliuria, Urgencias urinarias, Nicturia. Hábitos que dificultan / ayudan a la micción.			

	Recursos que utiliza: Absorbentes, catéteres urinarios, etc. Medicación- automedicación: consumo de laxantes, diuréticos. Otras pérdidas de líquidos Escala de Barthel.			
Nº4: Moverse y mantener una postura adecuada	Grado de actividad en la vida cotidiana. Situación habitual: Deambulante/Sillón-Cama/Inmovilizado Nivel funcional para la actividad/movilidad: Completamente independiente/ requiere el uso de un equipo o dispositivo/Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza/requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo/Dependiente. Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/ pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte. Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado). Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas. Alteraciones motoras Intolerancia a la actividad. Deterioro musculoesquelético. Deterioro neuromuscular. Presencia de dolor. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida de fuerza/Inestabilidad en la marcha/Falta o reducción de energía para tolerar la actividad			

	Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados. Medicación – automedicación: antiinflamatorios, analgésicos, vitaminas, minerales, psicofármacos, etc Escala de Barthel, de Lawton-Brody Dawton, Cuestionario de Caídas de la OMS, Braden.			
Nº5: Dormir y descansar	Patrón de sueño / descanso habitual: Horas de sueño al día: nocturno, día, otros. Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso Calidad del sueño: Existencia de cansancio, somnolencia, etc, tras el sueño o el descanso. Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria. Hábitos relacionados con el sueño / descanso: Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros. Existencia de ritual para dormir. Presencia de inadecuados hábitos para dormir: indicar. Dificultades para conciliar o mantener el sueño. Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño. Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas. Cambios de horarios			

	frecuentes. Especificar. Presencia de ronquidos, apnea de sueño. Falta de privacidad para descansar. Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual Recursos para inducir/facilitar el sueño: Medidas naturales, fármacos, otros. dosis – horarios. automedicación- uso de infusiones, etc			
Nº6: Elegir la ropa adecuada	Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente. Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye. Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Disminución de la motivación o ansiedad severa, debilidad, cansancio. Dolor neuromuscular, musculo esquelético. Deterioro cognitivo. Disminución de la capacidad visual. Barreras ambientales. Problemas económicos. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse-- desnudarse. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados. Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.			

	Escala de Barthel			
Nº7: Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales	Medición de la Temperatura corporal. Temperatura ambiental. Acondicionamiento del hogar. Condiciones de la vivienda: materiales de construcción, techos, paredes, piso y ventilación Recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental(frio y calor) Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal. Uso de medios físicos, antipiréticos habituales. Capacidad para manejar termómetros: déficits visuales, cognitivos, discapacidad física, etc.			
Nº8: Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física:	Hábitos de Higiene personal: corporal, bucal, faneras. Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que necesita. Valoración de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad. Valoración de miembros inferiores. Valoración de pies. Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión, úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel. Conocimientos sobre medidas de higiene. Escala de			

	Barthel y Braden.			
Nº9: Evitar peligros y no dañar a los demás:	Conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables. Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones, controles de salud. Periodicidad de los mismo Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Realiza prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar, social, y laboral (seguridad, fuente de estrés) Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales. Tratamientos. Automedicación. Polifarmacia Orientación: espacial, temporal, personas. Nivel de conciencia.. Memoria. Equilibrio Alteraciones sensoriales (visuales o auditivas), perceptivas. Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita. Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Ingresos hospitalarios. Accidentes. Caídas. Violencia. Maltrato. Abusos. Conocimientos sobre medidas de prevención de accidentes, infecciones y control de enfermedades. Mamografía. Pap. Autoexamen mama. Control de Prostata . Nivel de autocuidado. Accesibilidad a los servicios sanitarios Cuestionario de Pfeiffer Escala de Dawton, Barber			
Nº10: Comunicarse con otros expresando sus	Limitaciones cognitivo – perceptuales. Posibilidad de comunicación alternativa.			

emociones, necesidades, temores u opiniones	Déficit sensoriales (visuales o auditivos). Dificultad para formar palabras. (p.ej., afonía, dislalia, disartria). Presencia de traqueotomía, intubación. Negativa voluntaria a hablar. Diferencias culturales. Falta de información. Estrés. Estructura y dinámica familiar. Relaciones afectivas. Presencia de amigos. Presencia del cuidador. Cansancio del cuidador. Relaciones sexuales. Patrón sexual y grados de satisfacción. Test de Pfeiffer, Oars.			
N°11: Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias	Percepción actual de su situación de salud y bienestar. Planes de futuro de la persona. Jerarquía de valores. Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores. Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida. Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes. Concurrencia a lugares de culto. Actitud ante la muerte.			
N°12: Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo	Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual. Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales. Deseo de realización y superación. Sensación de utilidad. Presencia de dolor, limitaciones o secuelas. Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima. Actividades que le gusta realizar. Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales. Sensación habitual de estrés.			

	Participación en la toma de decisiones que le afectan. Toma decisiones relacionadas con su salud. Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales. Conocimiento de los recursos disponibles			
Nº13: Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas	Actividades recreativas que realiza habitualmente. Número de horas que le dedica a la semana. Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales Se aburre Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones. Automedicación, medicamentos: tipo y cantidad - escala de recursos sociales OARS -			
Nº14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles:	Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir. Grado de conocimiento de su actual estado de salud: cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento). Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas			

TIPOLOGIA DEL ADULTO MAYOR

Sano		Enfermo		Frágil		Geriátrico	
------	--	---------	--	--------	--	------------	--

Anexo N° 7 – Instructivo del instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO



Instructivo del instrumento de recolección de datos

INICIALES DEL ADULTO MAYOR: Ingrese las iniciales del primer nombre y apellido.

EDAD: Ingrese la edad en años cumplidos.

SEXO: Indique el sexo biológico.

PROCEDENCIA: Indique la procedencia, área de origen del usuario.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Indique el tiempo de institucionalización.

MOTIVO DE INGRESO: Seleccione el motivo de ingreso a la institución.

ESTADO CIVIL: Seleccione el estado civil del usuario.

OCUPACIÓN: Seleccione la ocupación anterior del usuario, en caso de otros ingrese el mismo en el espacio destinado a ello.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Seleccione el nivel de instrucción, en caso de otros ingrese el mismo en su lugar correspondiente.

COBERTURA DE SALUD: Indique el tipo de cobertura de salud.

SERVICIO DE ACOMPAÑANTE: Indique si presenta o no servicio de acompañante.

HORAS DISPONIBLES: Ingrese número de horas que cuenta con servicio de acompañantes

COBERTURA DE EMERGENCIA MOVIL: Indique se presenta o no cobertura de emergencia móvil.

VIUDEZ EN ULTIMO AÑO: Indique si presenta o no viudez en el último año.

INGRESO ECONOMICO Indique el ingreso económico según el salario mínimo nacional: \$11.150. Además, Indique la percepción del usuario de acuerdo a sus ingresos.

HOSPITALIZACIONES EN EL ULTIMO AÑO: Indique si ha presentado hospitalizaciones en el último año.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS RECIENTES: Indique si el usuario fue intervenido quirúrgicamente en los últimos tres años. En caso de SI, ingrese el nombre de la intervención quirúrgica en el espacio destinado a ello.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Indique si presenta o no antecedentes patológicos personales. En caso de Si, seleccione cada categoría y su respectiva enfermedad/es, en caso de otros ingrese el antecedente en lugar destinado a ello.

INMUNIZACIONES: Seleccione si presenta o no las inmunizaciones correspondientes.

DEFICIT SENSORIALES: Seleccione el o los déficits que presenta.

CONTROL OFTALMOLOGICO EN EL ULTIMO AÑO: Indique si presenta o no control oftalmológico en el último año.

FECHA ÚLTIMA CONSULTA: Ingrese la fecha de la última consulta.

USO AUXILIARES DE LA MARCHA: Indique si utiliza o no auxiliares en de la marcha. En caso de SI seleccione el tipo de auxiliar de la marcha.

TIPO DE CALZADO QUE HABITUALMENTE USA: Seleccione el tipo de calzado que utiliza habitualmente.

ALTERACIONES PODOLÓGICAS: Indique si presenta o no alteraciones podológicas. En caso de SI seleccione el tipo de alteración.

CONTROL ODONTOLÓGICO EN EL ÚLTIMO AÑO: Indique si presenta o no control odontológico en el último año.

PRESENCIA DE FOCOS SEPTICOS: Indique si presenta o no focos sépticos.

USA PROTESIS DENTAL: Indique si utiliza o no prótesis dental. En caso de si seleccione el tipo.

PROBLEMAS EN LA MASTICACIÓN: Indique si presenta o no problemas en la masticación.

ABASTECIMIENTO DE ALIMENTOS: Indique la procedencia del abastecimiento de alimentos.

CONSUMO DE FRUTAS: Indique consumo de frutas. En caso de SI, seleccione la frecuencia de consumo.

FUMA: Indique si consume tabaco. En caso de SI, indique tipo y cantidad de tabaco.
Especificar si es ex fumador

INGESTA DE ALCOHOL: Indique si consume alcohol. En caso de SI, indique tipo, cantidad y frecuencia de consumo.

REALIZA ACTIVIDAD FISICA: Indique si realiza actividad física. En caso de SI, seleccione el tipo.

PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, SOCIALES Y/O GRUPO: Indique si participa en actividades recreativas, sociales y/o grupales. En caso de SI, seleccione el tipo. En caso de otros ingrese en el espacio correspondiente.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS: Indique si presenta o no síndromes geriátricos. En caso de SI seleccione cual o cuales síndromes presenta.

AUTOMEDICACIÓN: Indique si existe automedicación. En caso de SI, ingrese cual/es fármaco/s.

CONSUMO DE FÁRMACOS POR SISTEMA (NUMERO): Indique el número de fármacos consumidos por sistema.

FUNCIONAL: NIVEL DE DEPENDENCIA: Escala de Barthel: Indique el nivel de dependencia del usuario según escala de Barthel, detalle la o las actividades básicas de la vida diaria limitadas.

MENTAL: FUNCIÓN COGNITIVA: Test de Pfeiffer: Seleccione si existe posible deterioro cognitivo según el test de Pfeiffer basado en la siguiente puntuación:

- o Entre 0 y 2 errores se considera normal.
- o Entre 3 y 4 errores, posible deterioro cognitivo leve. o Entre 5 y 7 errores, posible deterioro cognitivo moderado. o Más de 8 errores, posible deterioro cognitivo severo

FUNCIÓN AFECTIVA: Depresión diagnosticada: Indique si presenta depresión diagnosticada. **Escala de Yesavage:** Seleccione si existe posible depresión según escala de Yesavage siguiendo la siguiente puntuación:

- o Normal de 0 a 5.
- o Posible depresión leve de 6 a 9.
- o Posible depresión severa mayor a 10.

RIESGO DE CAÍDAS: Escala de Downton: Indique si existe alto riesgo de caídas o no según la escala de Downton, ingrese los indicadores de riesgo de caídas.

NUTRICIÓN: Test de Determine: Indique si hay riesgo nutricional según el test de Determine su salud nutricional, detalle los indicadores de riesgo nutricional.

Ingrese los siguientes datos antropométricos: peso en kilogramos, talla en metros, Índice de masa corporal, según categoría correspondiente:

- o Desnutrición menor a 13.
- o Delgadez 13-18,
- o Normal 18-23.
- o Sobrepeso 23-32.
- o Obesidad mayor a 32.

La circunferencia abdominal en centímetro. En caso de inmovilidad ingrese altura de la rodilla, circunferencia del brazo y longitud del antebrazo en centímetros.

DIETA: Indique si presenta dieta indicada. En caso de SI, seleccione el tipo. En caso de otros, ingrese en el espacio correspondiente.

PRESENCIA DE FRAGILIDAD: Escala de Barber: Seleccione si presenta fragilidad según escala de Barber, indique los criterios de fragilidad. Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN: Escala de Braden: Indique riesgo de úlceras por presión según la escala de Braden, seleccione cada indicador correspondiente.

RECURSOS SOCIALES: Escala de OARS: Indique los recursos sociales del usuario según escalada de Oars, seleccione los indicadores correspondientes.

PAE: Valorar según necesidades de Virginia Henderson, indicar en columna correspondiente si la necesidad se encuentra satisfecha o insatisfecha, en caso de insatisfecha especificar causa.

TIPOLOGIA DEL ADULTO MAYOR: Seleccione la tipología del Adulto Mayor que corresponde.

Anexo N° 8 - Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

(10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

(10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

(15) Independiente. No precisa ayuda.

Anexo N° 9 – Cuestionario de Pfeiffer.

Es una prueba muy breve desarrollada por Pfeiffer en 1975, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa.

SPMSQ de Pfeiffer

Pregunta	Errores
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (si no tuviese teléfono, preguntar cuál es su dirección)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Quién es el Presidente del Gobierno?	
¿Quién era el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte (Cualquier error hace la respuesta errónea)	
TOTAL:	

Interpretación:

- Se adjudica un punto por cada error.
- Entre 0 y 2 errores se considera normal.
- Entre 3 y 4 errores, deterioro cognitivo leve.
- Entre 5 y 7 errores, deterioro cognitivo moderado.
- Más de 8 errores, deterioro cognitivo severo.

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo (estudios elementales).
Se permite un error menos si ha recibido estudios superiores (estudios universitarios).

Anexo N° 10 - Escala de Yesavage

Escala de depresión geriátrica (EDG)

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida? | Sí | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? | Sí | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | Sí | No |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? | Sí | No |
| 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle? | Sí | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 8. ¿Se siente impotente con frecuencia? | Sí | No |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades? | Sí | No |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | Sí | No |
| 11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento? | Sí | No |
| 12. ¿Se siente inútil tal como está ahora? | Sí | No |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | Sí | No |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada? | Sí | No |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | Sí | No |

Puntuación total _____

Instrucciones de puntuación de la escala de depresión geriátrica (EDG)

Instrucciones: Asigne un punto a cada respuesta en negritas. Un puntaje de 5 o más indica depresión.

1.	¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2.	¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	Sí	No
3.	¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	Sí	No
5.	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6.	¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	Sí	No
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8.	¿Se siente impotente con frecuencia?	Sí	No
9.	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?	Sí	No
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	Sí	No
11.	¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	Sí	No
12.	¿Se siente inútil tal como está ahora?	Sí	No
13.	¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
14.	¿Siente que su situación es desesperada?	Sí	No
15.	¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	Sí	No

Un puntaje de 5 o más indica depresión *Puntuación total* _____

Referencia: Yesavage: The use of Rating Depression Series in the Elderly, en Poon (ed.): Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association, 1986

Anexo N° 11 - Escala de Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON, 1993)	
Caídas previas	No/Si*
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes o sedantes* Diuréticos* Hipotensores (no diuréticos)* Antiparkinsonianos* Antidepresivos* Otros medicamentos
Deficiencias sensoriales	Ninguna Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* Extremidades* (ictus, etc.)
Estado mental	Orientado Confuso*
Marcha	Normal Segura con ayuda Insegura con/sin ayuda* Imposible
Sumar un punto por cada ítem con asterisco	
Tres o más puntos indiquen alto riesgo de caída	

Anexo N° 12 - Test Determine o Conozca su salud Nutricional



RIESGO NUTRICIONAL - "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**, que consta de 10 ítems con respuesta dicotómica. Presenta dos puntos de corte. Cada ítem puntúa conforme a su peso:

PUNTUACIÓN SEGÚN RESPUESTA	Sí	No
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como sólo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Su interpretación se hace conforme a los puntos de corte:

- 0 a 2: Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- 6 o más: Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Anexo N° 13 - Escala de Braden

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12	RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.	RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.		
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose o estremeciéndose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a. Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/ o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o. Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o. Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o. Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
---	--	--	---	--

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Anexo N° 14 - Escala de Barber

CUESTIONARIO DE BARBER.

Detección ancianos de riesgo.

		SI	NO
1	¿Vive sola/o?		
2	¿Se encuentra sin alguien a quien acudir si precisa ayuda?		
3	¿Hay mas de dos días a la semana que no come caliente?		
4	¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?		
5	¿Le impide su salud salir a la calle?		
6	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impida valerse por sí mismo?		
7	¿Tiene dificultades con la vista para sus labores habituales?		
8	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?		
9	¿Ha estado ingresado en el hospital en el ultimo año?		

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto

1 punto o más sugiere situación de riesgo

Anexo N° 15 - Escala de OARS

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

Apellidos _____		Nombre _____	
Entrevistador/a _____		Fecha _____	
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:			
¿Cuál es su estado civil?			
1. Soltero	☐		
2. Casado	☐		
3. Viudo	☐		
4. Separado	☐		
No responde	☐		
¿Vive su cónyuge en la residencia?			
1. Si	☐		
2. No	☐		
No responde	☐		
Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?			
1. Una vez a la semana o más	☐		
2. Una a tres veces al mes	☐		
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones	☐		
0. Nunca	☐		
No responde	☐		
¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?			
3. Cinco o más	☐		
2. Tres o cuatro	☐		
1. Una o dos	☐		
0. Ninguna	☐		
No responde	☐		
¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)			
3. Una vez al día o más	☐		
2. Dos veces	☐		
1. Una vez	☐		
0. Ninguna	☐		
No responde	☐		

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 3. Una vez al día o más ☐
- 2. De dos a seis veces ☐
- 1. Una vez ☐
- 0. Ninguna ☐
- No responde ☐

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

- 2. Sí ☐
- 0. No ☐
- NS/NC ☐

¿Con qué frecuencia se siente solo?

- 0. Bastante a menudo ☐
- 1. Algunas veces ☐
- 2. Casi nunca ☐
- 3. NS/NC ☐

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Tan a menudo como deseo ☐
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen ☐
- No responde ☐

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

- 1. Sí ☐
- 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme ☐
- No responde ☐

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) *¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o solo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?*

- 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
- 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
- 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.
- No responde.

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre _____

Relación _____

ESCALA DE VALORACIÓN

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. **Excelentes recursos sociales.** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales.** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo.
4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.
5. **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

Anexo N° 16 - Tabla de necesidades humanas e indicadores de insatisfacción.

Necesidad N°1: Respirar normalmente	Fa	Fr%			
Insatisfecha	36	54,55%		Fa	Fr%
			Anemia	9	16,07%
			Presencia de secreciones	5	8,93%
			Presencia de edemas	2	3,57%
			Fumador	7	12,50%
			Hipotensión	13	23,21%
			Hipertensión	5	8,93%
			Insuficiencia venosa	6	10,71%
			Polipnea	2	3,57%
			Disnea	5	8,93%
			Pulso irregular	2	3,57%
			Total	56	100,00%
Satisfecha	30	45,45%			
Total	66	100,00%			
Necesidad N°2: comer y beber de forma adecuada	Fa	Fr%			
Insatisfecha	63	95,45%		Fa	Fr%
			Falta de piezas dentarias	57	25,68%
			Edentulismo total	11	4,95%
			Problemas en la masticación	32	14,41%
			Prótesis inadecuada	5	2,25%
			Incumplimiento dietético	6	2,70%
			Manifestaciones de hipo- hidratación y déficit de líquidos	49	22,07%
			Alteración en el Índice de masa corporal	49	22,07%
			Alto riesgo nutricional	2	0,90%
			Inapetencia	3	1,35%
			Dependencia/supervisión para la alimentación	8	3,60%
			Total	222	100,00%
Satisfecha	3	4,55%			
Total	66	95,45%			
Necesidad N°3: Evacuar los desechos corporales	Fa	Fr%			

Insatisfecha	42	63,64%		Fa	Fr%
			Estreñimiento	12	15,58%
			Incontinencia urinaria	31	40,26%
			Incontinencia fecal	27	35,06%
			Nicturia	4	5,19%
			Patología de base	3	3,90%
			Total	77	100,00%
Satisfecha	24	36,36%			
Total	66	36,36%			
Necesidad N°4: Moverse y mantener una postura adecuada	Fa	Fr%			
Insatisfecha	57	86,36%		Fa	Fr%
			Alto riesgo de caídas	52	28,11%
			Caídas previas	29	15,68%
			Dependiente total para la movilización	16	8,65%
			Requiere de supervisión para la movilidad o de ayuda de otra persona y de un dispositivo para la movilidad	20	10,81%
			Lesión en MMII	2	1,08%
			Disnea	6	3,24%
			Deterioro neuro-musculo- esquelético	38	20,54%
			Marcha inestable/Dificultad para mantener una postura adecuada	22	11,89%
			Total	185	100,00%
Satisfecha	9	13,64%			
Total	66	13,64%			
Necesidad N°5: Dormir y descansar	Fa	Fr%			
Insatisfecha	52	78,79%		Fa	Fr%
			Tratamiento con hipnóticos/somníferos/ sedantes	45	62,50%
			Falta de privacidad para descansar	9	12,50%
			Nicturia	7	9,72%
			Somnolencia y cansancio diurno	9	12,50%

			Dolor	2	2,78%
			Total	72	100,00%
Satisfecha	14	21,21%			
Total	66	78,79%			
Necesidad N°6: Elegir la ropa adecuada	Fa	Fr%			
Insatisfecha	35	53,03%		Fa	Fr%
			Dependencia para elegir la ropa	20	33,90%
			Ropa inadecuada para la estación o estructura corporal	8	13,56%
			Incapacidad física para vestirse y/o desvestirse	31	52,54%
			Total	59	100,00%
Satisfecha	31	46,97%			
Total	66	53,03%			
Necesidad N°7: Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales	Fa	Fr%			
Insatisfecha	7	10,61%		Fa	Fr%
			Temperatura al tacto fría	1	14,29%
			Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente	6	85,71%
			Total	7	100,00%
Satisfecha	59	89,39%			
Total	66	10,61%			
Necesidad N°8: Mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física	Fa	Fr%			
Insatisfecha	59	89,39%		Fa	Fr%
			Dependencia total para higiene	23	15,23%
			Necesita de supervisión/ayuda para higiene	12	7,95%
			Riesgo de úlcera por presión	16	10,60%

			Presencia de úlcera por presión	2	1,32%
			Lesión vascular en MMII	2	1,32%
			Presencia de hematomas en MMSS	2	1,32%
			Déficit de higiene bucal/corporal/vestimenta	38	25,17%
			Alteraciones podológicas	57	37,09%
			Total	152	100,00%
Satisfecha	7	10,61%			
Total	66	89,39%			
Necesidad N°9: Evitar peligros y no dañar a los demás	Fa	Fr%			
Insatisfecha	63	95,45%		Fa	Fr%
			Alto riesgo de caídas	52	18,06%
			Caídas previas	29	10,07%
			Marcha inestable	28	9,72%
			Incumplimiento con la medicación	1	0,35%
			Alteración visual	50	17,36%
			Alteración auditiva	18	6,25%
			Maltrato	1	0,35%
			Polifarmacia	27	9,38%
			Tratamiento con diazepam	1	0,35%
			Dolor osteoarticular	15	5,21%
			Hospitalizaciones en el último año	13	4,51%
			Conocimiento insuficiente sobre su situación de salud	17	5,90%
			Falta de interés por conductas saludables	4	1,39%
			Limitaciones cognitivas	32	11,11%
			Total	288	100,00%
Satisfecha	3	4,55%			
Total	66	95,45%			
Necesidad N°10: Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores, u opiniones	Fa	Fr%			
Insatisfecha	49	74,24%		Fa	Fr%
			Alteración visual y/o	18	19,15%

			auditiva		
			Sentimiento de angustia	1	1,06%
			Dificultad por disartria	3	3,19%
			Dificultad en la comunicación por demencia severa	20	21,28%
			Deseos de comunicarse con otras personas	1	1,06%
			No cuenta con su familia	23	24,47%
			Analfabetismo	1	1,06%
			Inadecuado relacionamiento con sus pares y/o familia	27	28,72%
			Total	94	100,00%
Satisfecha	17	25,76%			
Total	66	74,24%			
Necesidad N°11: Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias	Fa	Fr%			
Insatisfecha	41	62,12%		Fa	Fr%
			Temor ante la muerte	8	16,00%
			Sin planes a futuro	15	30,00%
			Sentimientos de que su situación de salud empeora	5	10,00%
			Limitaciones cognitivas	22	44,00%
			Total	50	100,00%
Satisfecha	25	37,88%			
Total	66	62,12%			
Necesidad N°12: Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo	Fa	Fr%			
Insatisfecha	55	83,33%		Fa	Fr%
			Expresa sentirse inútil/impotente/ aburrido/ sin deseos de superación	22	30,14%
			No se adapta a su situación de salud	1	1,37%
			Presencia de dolor	4	5,48%
			Situación de limitación cognitiva	22	30,14%
			Alteración visual	1	1,37%

			Sentimientos de soledad	11	15,07%
			Insatisfacción con su vida	9	12,33%
			Sentimientos de angustia	2	2,74%
			Inadecuado relacionamiento con sus compañeros	1	1,37%
			Total	73	100,00%
Satisfecha	11	16,67%			
Total	66	83,33%			
Necesidad N°13: Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas	Fa	Fr%			
Insatisfecha	53	80,30%		Fa	Fr%
			Limitación funcional/ física para realizar pasatiempos/actividades recreativas	3	3,66%
			No participa en actividades por falta de tiempo	1	1,22%
			Sin interés en participar en actividades recreativas	27	32,93%
			Se aburre en las actividades recreativas	15	18,29%
			Falta de motivación para participar en actividades recreativas	1	1,22%
			Situación de limitación cognitiva	21	25,61%
			Deseos de realizar actividades recreativas	12	14,63%
			Sentimientos de frustración por no poder realizar actividades	1	1,22%
			Inadecuado relacionamiento con sus compañeros	1	1,22%
			Total	82	100,00%
Satisfecha	13	19,70%			
Total	66	80,30%			
Necesidad N°14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los	Fa	Fr%			

centros de salud disponibles					
Insatisfecha	47	71,21%		Fa	Fr%
			Por situación de limitación cognitiva	31	53,45%
			Falta de conocimientos sobre su situación de salud	12	20,69%
			Sin interés de informarse sobre su salud	10	17,24%
			No sabe leer ni escribir lo que impide aprender	2	3,45%
			Limitación funcional/ física que impide cumplir la necesidad	3	5,17%
			Total	58	100,00%
Satisfecha	19	28,79%			
Total	66	71,21%			

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
36	63	42	57	52	35	7	59	63	49	41	55	53	47
54,55%	95,45%	63,64%	86,36%	78,79%	53,03%	10,61%	89,39%	95,45%	74,24%	62,12%	83,33%	80,30%	71,21%

Anexo N° 17 – Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería NIC 2013

(6ª Edición)

- 4420 Acuerdo con el paciente
- 1320 Acupresión
- 2210 Administración de analgésicos
- 2214 Administración de analgésicos: intraespinal
- 2840 Administración de anestesia
- 0466 Administración de enema
- 4030 Administración de hemoderivados
- 2300 Administración de medicación
- 2301 Administración de medicación: enteral
- 2311 Administración de medicación: inhalatoria
- 2302 Administración de medicación: interpleural
- 2312 Administración de medicación: intradérmica
- 2319 Administración de medicación: intraespinal
- 2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- 2303 Administración de medicación: intraósea
- 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- 2320 Administración de medicación: nasal
- 2310 Administración de medicación: oftálmica
- 2304 Administración de medicación: oral
- 2308 Administración de medicación: ótica
- 2315 Administración de medicación: rectal
- 2307 Administración de medicación: reservorio ventricular
- 2317 Administración de medicación: subcutánea

2316 Administración de medicación: tópica

2318 Administración de medicación: vaginal

1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT)

6630 Aislamiento

1050 Alimentación

1052 Alimentación con biberón

8240 Alimentación con taza: recién nacido

1056 Alimentación enteral por sonda

6700 Amnioinfusión

6520 Análisis de la situación sanitaria

7610 Análisis de laboratorio a la cabecera del paciente

1380 Aplicación de calor o frío

7140 Apoyo a la familia

7040 Apoyo al cuidador principal

7280 Apoyo de hermanos

5270 Apoyo emocional

6400 Apoyo en la protección contra abusos

6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos

6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños

6403 Apoyo en la protección contra abusos: pareja

6408 Apoyo en la protección contra abusos: religioso

5250 Apoyo en la toma de decisiones

5420 Apoyo espiritual

7500 Apoyo para la consecución del sustento

1330 Aromaterapia

4330 Arteterapia

5240 Asesoramiento

5247 Asesoramiento antes de la concepción

5244 Asesoramiento en la lactancia

5246 Asesoramiento nutricional

5248 Asesoramiento sexual

6750 Asistencia al parto por cesárea

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)

7380 Asistencia para los recursos financieros

2900 Asistencia quirúrgica

3160 Aspiración de las vías aéreas

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

7410 Autorización de seguros

2860 Autotransfusión

3390 Ayuda a la ventilación

1800 Ayuda con el autocuidado

1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD

1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación

1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia

1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

7680 Ayuda en la exploración

4470 Ayuda en la modificación de sí mismo

4490 Ayuda para dejar de fumar

1280 Ayuda para disminuir el peso

4640 Ayuda para el control del enfado

1240 Ayuda para ganar peso

1610 Baño

4680 Biblioterapia

5860 Biorretroalimentación

0840 Cambio de posición

0842 Cambio de posición: intraoperatorio

0844 Cambio de posición: neurológico

0846 Cambio de posición: silla de ruedas

5480 Clarificación de valores

7710 Colaboración con el médico

7620 Comprobación de sustancias controladas

5242 Consejo genético

7910 Consulta

8180 Consulta por teléfono

5460 Contacto

7630 Contención de los costes

6430 Contención farmacológica

7800 Control de calidad

8820 Control de enfermedades transmisibles

6540 Control de infecciones

6545 Control de infecciones: intraoperatorio

2395 Control de la medicación

5330	Control del estado de ánimo
0430	Control intestinal
2880	Coordinación preoperatoria
3664	Cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización
1620	Cuidado de las lentes de contacto
4040	Cuidados cardíacos
4044	Cuidados cardíacos: agudos
4046	Cuidados cardíacos: rehabilitación
4064	Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
4066	Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
6840	Cuidados de canguro (del niño prematuro)
7310	Cuidados de enfermería al ingreso
3000	Cuidados de la circuncisión
0410	Cuidados de la incontinencia intestinal
0412	Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
0610	Cuidados de la incontinencia urinaria
0612	Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
0480	Cuidados de la ostomía
3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico
3583	Cuidados de la piel: zona del injerto
3582	Cuidados de la piel: zona donante
0620	Cuidados de la retención urinaria
1874	Cuidados de la sonda gastrointestinal
3660	Cuidados de las heridas

- 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
- 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras
- 3520 Cuidados de las úlceras por presión
- 1680 Cuidados de las uñas
- 1640 Cuidados de los oídos
- 1650 Cuidados de los ojos
- 1660 Cuidados de los pies
- 0940 Cuidados de tracción/inmovilización
- 1670 Cuidados del cabello y del cuero cabelludo
- 4220 Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
- 1878 Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar
- 1875 Cuidados del catéter umbilical
- 1876 Cuidados del catéter urinario
- 1870 Cuidados del drenaje
- 1872 Cuidados del drenaje torácico
- 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo
- 4104 Cuidados del embolismo: periférico
- 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar
- 6820 Cuidados del lactante
- 6826 Cuidados del lactante: prematuro
- 6824 Cuidados del lactante: recién nacido
- 3420 Cuidados del paciente amputado
- 0740 Cuidados del paciente encamado
- 0762 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
- 0764 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo

3440	Cuidados del sitio de incisión
5260	Cuidados en la agonía
6200	Cuidados en la emergencia
6830	Cuidados intraparto
6834	Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
1750	Cuidados perineales
6950	Cuidados por interrupción del embarazo
7260	Cuidados por relevo
6930	Cuidados postparto
1770	Cuidados post mórtem
2870	Cuidados postanestesia
6960	Cuidados prenatales
5310	Dar esperanza
7930	Declaración/testimonio
5470	Declarar la verdad al paciente
7650	Delegación
8100	Derivación
8700	Desarrollo de un programa
7640	Desarrollo de vías clínicas
7850	Desarrollo del personal
3270	Desintubación endotraqueal
3310	Destete de la ventilación mecánica
5820	Disminución de la ansiedad
0470	Disminución de la flatulencia
4020	Disminución de la hemorragia

4022 Disminución de la hemorragia: digestiva

4024 Disminución de la hemorragia: epistaxis

4028 Disminución de la hemorragia: heridas

4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto

4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto

5350 Disminución del estrés por traslado

5900 Distracción

7920 Documentación

6982 Ecografía: obstétrica

5510 Educación para la salud

5562 Educación parental: adolescentes

5566 Educación parental: crianza familiar de los niños

5568 Educación parental: lactante

0560 Ejercicios del suelo pélvico

5000 Elaboración de relaciones complejas

4364 Elogio

5603 Enseñanza: cuidados de los pies

5614 Enseñanza: dieta prescrita

5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

5634 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres

5655 Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses)

5656 Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses)

5657 Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses)

5604 Enseñanza: grupo

5620 Enseñanza: habilidad psicomotora

5606 Enseñanza: individual

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

5640 Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)

5641 Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses)

5642 Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses)

5643 Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses)

5660 Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)

5661 Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)

5662 Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)

5610 Enseñanza: prequirúrgica

5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

5622 Enseñanza: relaciones sexuales seguras

5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)

5646 Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses)

5647 Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses)

5648 Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses)

5665 Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)

5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)

5667 Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)

5624 Enseñanza: sexualidad

5840 Entrenamiento autógeno

4340 Entrenamiento de la asertividad

4760 Entrenamiento de la memoria

0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria

0600	Entrenamiento del hábito urinario
0440	Entrenamiento intestinal
4370	Entrenamiento para controlar los impulsos
4920	Escucha activa
4380	Establecer límites
4410	Establecimiento de objetivos comunes
4720	Estimulación cognitiva
1340	Estimulación cutánea
7100	Estimulación de la integridad familiar
7104	Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
1540	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
1020	Etapas en la dieta
1024	Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso
7700	Evaluación de compañeros
7760	Evaluación de productos
6522	Exploración mamaria
5520	Facilitar el aprendizaje
5426	Facilitar el crecimiento espiritual
5290	Facilitar el duelo
5294	Facilitar el duelo: muerte perinatal
5280	Facilitar el perdón
5922	Facilitar la autohipnosis
4480	Facilitar la autorresponsabilidad
5300	Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
5960	Facilitar la meditación

5424 Facilitar la práctica religiosa

7170 Facilitar la presencia de la familia

7560 Facilitar las visitas

7440 Facilitar permisos

3230 Fisioterapia torácica

4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial

4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa

4234 Flebotomía: obtención de una unidad de sangre

4235 Flebotomía: vía canalizada

6710 Fomentar el apego

8272 Fomentar el desarrollo: adolescentes

8278 Fomentar el desarrollo: lactantes

8274 Fomentar el desarrollo: niños

8300 Fomentar el rol parental

7110 Fomentar la implicación familiar

0140 Fomentar la mecánica corporal

7200 Fomentar la normalización familiar

8340 Fomentar la resiliencia

1720 Fomentar la salud bucal

8500 Fomentar la salud de la comunidad

9050 Fomentar la seguridad en el vehículo

0200 Fomento del ejercicio

0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza

0202 Fomento del ejercicio: estiramientos

6924 Fototerapia: neonato

6926 Fototerapia: regulación del biorritmo

7320 Gestión de casos

5430 Grupo de apoyo

5920 Hipnosis

5320 Humor

6610 Identificación de riesgos

6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido

6614 Identificación de riesgos: genéticos

6574 Identificación del paciente

6000 Imaginación simple dirigida

6850 Inducción al parto

5580 Información preparatoria: sensorial

7980 Informe de incidencias

8140 Informe de turnos

4266 Infusión de células madre

0910 Inmovilización

7960 Intercambio de información de cuidados de salud

7330 Intermediación cultural

7690 Interpretación de datos de laboratorio

6160 Intervención en caso de crisis

3120 Intubación y estabilización de la vía aérea

3680 Irrigación de heridas

0550 Irrigación de la vejiga urinaria

3316 Irrigación nasal

4740 Llevar un diario

6480 Manejo ambiental

6484 Manejo ambiental: comunidad

6482 Manejo ambiental: confort

6485 Manejo ambiental: preparación del hogar

6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia

6486 Manejo ambiental: seguridad

6489 Manejo ambiental: seguridad del trabajador

2000 Manejo de electrolitos

2001 Manejo de electrolitos: hipercalcemia

2005 Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia

2003 Manejo de electrolitos: hipermagnesemia

2004 Manejo de electrolitos: hipernatremia

2002 Manejo de electrolitos: hiperpotasemia

2006 Manejo de electrolitos: hipocalcemia

2010 Manejo de electrolitos: hipofosfatemia

2008 Manejo de electrolitos: hipomagnesemia

2009 Manejo de electrolitos: hiponatremia

2007 Manejo de electrolitos: hipopotasemia

6410 Manejo de la alergia

6412 Manejo de la anafilaxia

4090 Manejo de la arritmia

4350 Manejo de la conducta

4354 Manejo de la conducta: autolesión

4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención

4356 Manejo de la conducta: sexual

6460 Manejo de la demencia

6462 Manejo de la demencia: baño

6466 Manejo de la demencia: deambulación errática

2760 Manejo de la desatención unilateral

0460 Manejo de la diarrea

2560 Manejo de la disreflexia

0590 Manejo de la eliminación urinaria

0180 Manejo de la energía

2120 Manejo de la hiperglucemia

4170 Manejo de la hipervolemia

2130 Manejo de la hipoglucemia

4180 Manejo de la hipovolemia

6530 Manejo de la inmunización/vacunación

2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica

2380 Manejo de la medicación

1100 Manejo de la nutrición

6140 Manejo de la parada cardiorrespiratoria

2240 Manejo de la quimioterapia

6600 Manejo de la radioterapia

2260 Manejo de la sedación

2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada

7880 Manejo de la tecnología

7886 Manejo de la tecnología reproductiva

2570 Manejo de la terapia electroconvulsiva

4270 Manejo de la terapia trombolítica

3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva

3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva

3304 Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía

3140 Manejo de la vía aérea

6510 Manejo de las alucinaciones

2680 Manejo de las convulsiones

6450 Manejo de las ideas delirantes

1450 Manejo de las náuseas

3180 Manejo de las vías aéreas artificiales

4120 Manejo de líquidos

2080 Manejo de líquidos/electrolitos

8550 Manejo de los recursos económicos

7840 Manejo de los suministros

1030 Manejo de los trastornos de la alimentación

7820 Manejo de muestras

3500 Manejo de presiones

4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central

3210 Manejo del asma

6440 Manejo del delirio

4095 Manejo del desfibrilador: externo

4096 Manejo del desfibrilador: interno

1400 Manejo del dolor

1910 Manejo del equilibrio acidobásico

1911 Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica

1913	Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria
1912	Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis metabólica
1914	Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria
0450	Manejo del estreñimiento/impactación fecal
4091	Manejo del marcapasos: permanente
4092	Manejo del marcapasos: temporal
0630	Manejo del pesario
1260	Manejo del peso
0490	Manejo del prolapso rectal
3550	Manejo del prurito
4050	Manejo del riesgo cardíaco
4250	Manejo del shock
4254	Manejo del shock: cardíaco
4256	Manejo del shock: vasogénico
4258	Manejo del shock: volumen
1440	Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
1570	Manejo del vómito
1710	Mantenimiento de la salud bucal
7130	Mantenimiento de procesos familiares
4240	Mantenimiento del acceso para diálisis
8750	Marketing social
1480	Masaje
5020	Mediación de conflictos
5395	Mejora de la autoconfianza
5220	Mejora de la imagen corporal

2550 Mejora de la perfusión cerebral

3250 Mejora de la tos

5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria

5230 Mejorar el afrontamiento

1850 Mejorar el sueño

4974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo

4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla

4978 Mejorar la comunicación: déficit visual

0640 Micción estimulada

4360 Modificación de la conducta

4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales

2020 Monitorización de electrolitos

2590 Monitorización de la presión intracraneal (PIC)

3480 Monitorización de las extremidades inferiores

4130 Monitorización de líquidos

6680 Monitorización de los signos vitales

1920 Monitorización del equilibrio acidobásico

6771 Monitorización fetal electrónica: antes del parto

6772 Monitorización fetal electrónica: durante el parto

4210 Monitorización hemodinámica invasiva

2620 Monitorización neurológica

1160 Monitorización nutricional

3350 Monitorización respiratoria

7120 Movilización familiar

4035 Muestra de sangre capilar

4400 Musicoterapia

6260 Obtención de órganos

5210 Orientación anticipatoria

4820 Orientación de la realidad

7400 Orientación en el sistema sanitario

3320 Oxigenoterapia

6720 Parto

6784 Planificación familiar: anticoncepción

6788 Planificación familiar: embarazo no deseado

6786 Planificación familiar: infertilidad

7370 Planificación para el alta

5390 Potenciación de la autoconciencia

5400 Potenciación de la autoestima

5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje

5380 Potenciación de la seguridad

5100 Potenciación de la socialización

5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria

5370 Potenciación de roles

4070 Precauciones circulatorias

6560 Precauciones con el láser

2720 Precauciones con la hemorragia subaracnoidea

6590 Precauciones con los torniquetes neumáticos

6470 Precauciones contra fugas

6500 Precauciones contra incendios provocados

2690 Precauciones contra las convulsiones

4110 Precauciones en el embolismo

6570 Precauciones en la alergia al látex

3840 Precauciones en la hipertermia maligna

3200 Precauciones para evitar la aspiración

2920 Precaciones quirúrgicas

7722 Preceptor: empleado

7726 Preceptor: estudiante

6760 Preparación al parto

8810 Preparación ante el bioterrorismo

8840 Preparación para un desastre en la comunidad

2930 Preparación quirúrgica

2390 Prescribir medicación

8080 Prescripción: pruebas diagnósticas

8086 Prescripción: tratamiento no farmacológico

5340 Presencia

7160 Preservación de la fertilidad

6490 Prevención de caídas

4010 Prevención de hemorragias

5422 Prevención de la adicción religiosa

1350 Prevención de la sequedad ocular

6648 Prevención de lesiones deportivas: jóvenes

3540 Prevención de úlceras por presión

4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas

4260 Prevención del shock

6340 Prevención del suicidio

6240	Primeros auxilios
6550	Protección contra las infecciones
7460	Protección de los derechos del paciente
8880	Protección de riesgos ambientales
4190	Punción intravenosa (i.v.)
6320	Reanimación
6972	Reanimación: feto
6974	Reanimación: neonato
7940	Recogida de datos forenses
8120	Recogida de datos para la investigación
4700	Reestructuración cognitiva
3900	Regulación de la temperatura
3902	Regulación de la temperatura: perioperatoria
4150	Regulación hemodinámica
1520	Reiki
1460	Relajación muscular progresiva
4140	Reposición de líquidos
1730	Restablecimiento de la salud bucal
6420	Restricción de zonas de movimiento
8020	Reunión multidisciplinar sobre cuidados
7660	Revisión del carro de emergencias
7970	Seguimiento de la política sanitaria
8190	Seguimiento telefónico
1080	Sondaje gastrointestinal
0580	Sondaje vesical

0582	Sondaje vesical: intermitente
6900	Succión no nutritiva
6580	Sujeción física
7830	Supervisión del personal
6870	Supresión de la lactancia
6860	Supresión de las contracciones de parto
3620	Sutura
1390	Tacto curativo
5465	Tacto terapéutico
5880	Técnica de relajación
4320	Terapia asistida con animales
4390	Terapia con el entorno
4430	Terapia con juegos
3460	Terapia con sanguijuelas
4310	Terapia de actividad
1860	Terapia de deglución
2150	Terapia de diálisis peritoneal
0221	Terapia de ejercicios: ambulación
0226	Terapia de ejercicios: control muscular
0222	Terapia de ejercicios: equilibrio
0224	Terapia de ejercicios: movilidad articular
5360	Terapia de entretenimiento
5450	Terapia de grupo
2100	Terapia de hemodiálisis
2110	Terapia de hemofiltración

3790 Terapia de inducción de hipotermia

6040 Terapia de relajación

4860 Terapia de reminiscencia

2280 Terapia de sustitución hormonal

6670 Terapia de validación

5410 Terapia del trauma: niño

7150 Terapia familiar

4200 Terapia intravenosa (i.v.)

1120 Terapia nutricional

8060 Transcripción de órdenes

0970 Transferencia

7892 Transporte: dentro de la instalación

7890 Transporte: entre instalaciones

3740 Tratamiento de la fiebre

3786 Tratamiento de la hipertermia

3800 Tratamiento de la hipotermia

2540 Tratamiento del edema cerebral

6300 Tratamiento del trauma de la violación

4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas

4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol

4516 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis

6362 Triage: catástrofe

6364 Triage: centro de urgencias

6366 Triage: teléfono

1630 Vestir

6650 Vigilancia

6656 Vigilancia: al final del embarazo

6652 Vigilancia: comunidad

6658 Vigilancia: electrónica por control remoto

3590 Vigilancia de la piel

5328 Visitas domiciliarias de apoyo

Anexo N°18 - Fármacos recibidos por la población en estudio

Fármacos	Fa	Fr%
Anticoagulante oral	3	1,15%
Hipotensores no diuréticos	24	9,20%
Antianémicos	9	3,45%
Protectores gástricos	22	8,43%
Antiviral	1	0,38%
Citostático	1	0,38%
Antidepresivo	15	5,75%
Vitaminas y minerales	22	8,43%
Hormonas	11	4,21%
Benzodiacepinas	18	6,90%
Benzodiacepina-Diazepam	1	0,38%
Antiepiléptico	7	2,68%
Digitalicos	3	1,15%
Antipsicóticos	29	11,11%
Antiparkinsonianos	5	1,92%
Diuréticos	6	2,30%
Antiagregantes	7	2,68%
Hipnóticos	16	6,13%
Antiespasmódicos	2	0,77%
Antiandrógeno	2	0,77%
Analgésicos	13	4,98%
Antidemencial	13	4,98%
Broncodilatador	3	1,15%
Antibióticos	3	1,15%
Vasodilatador coronario	1	0,38%
Glucocorticoides	4	1,53%
Antiarrítmico	6	2,30%
Hipoglucemiantes orales	3	1,15%
Antiemético	2	0,77%
Medicamentos urológicos	3	1,15%
Hemostático	1	0,38%
Antihistamínico	1	0,38%
Laxante	2	0,77%
Antirreumático no esteroideo	1	0,38%
Analgésicos mayores	1	0,38%
Total	261	100,00%