

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR

Introducción

El acelerado desarrollo tecnológico en el área de la salud y la expansión universal de la educación, en los últimos 20 años, han provocado enormes cambios sanitarios y demográficos. Uno de los mejores indicadores de estas transformaciones se focaliza en la reducción progresiva de la fecundidad y en el incremento paralelo de la esperanza de vida: mientras la población mundial crece a una tasa anual de 1.7%, los adultos mayores se incrementan en el orden del 2.5% anual.

Chile ha tenido uno de los más notables procesos de transición demográfica y epidemiológica de América Latina, con una variación muy importante en la situación de salud de la población derivada de cambios políticos, económicos y sociales que han caracterizado al país desde la década de los ochenta. Por una parte, existen problemas vinculados al subdesarrollo como enfermedades entéricas, transmisibles y carenciales mientras, por otra, adquieren progresiva vigencia enfermedades crónicas como los cánceres, accidentes y problemas de salud mental, tan estrechamente asociados a los estilos de vida y desarrollo económico que ha logrado el país en el último tiempo.

Esta transición se expresa en indicadores biodemográficos como la mortalidad general estimada en 5.4 por 1000 habitantes, una tasa de natalidad de 18.7 por 1000 habitantes y un crecimiento vegetativo de la población que, en los últimos 10 años, se ha mantenido estable en un 1.4 % anual y la expectativa de vida es de 75.2 años. En la década de los 90, la proporción de adultos mayores sobre el total de población aumentó consistentemente, mientras que la proporción de niños y adolescentes, sobre el mismo total, progresivamente, ha disminuido (Mardones F, 2000). A modo de ejemplo, se puede establecer que en la distribución de la población, el grupo menor de 15 años corresponde a un 30.6%, mientras el grupo de 15 a 65 corresponde a un 66.4%, los mayores de 65 años representan más del 6.0%. Para el año 2001 se estima que el porcentaje de adultos mayores ascenderá por sobre un 8%, mientras que para el año 2025, se estima que este porcentaje se duplicará, esto es llegará a un 16%. En base a estas tendencias cuantitativas de su población es que las Naciones Unidas, últimamente, considera a Chile un país demográficamente envejecido.

Utilizando como punto de partida la situación actual y las proyecciones poblacionales del país, el Ministerio de Salud definió una

política específica de salud para el adulto mayor con el propósito central de abordar en forma eficiente los cambios epidemiológicos de la población.

Los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población, por lo tanto, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio de 12 días de estadía en comparación con los 8 días de la población general excluyendo a los menores de 1 año (MINSAL, 1998).

En cuanto a las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías asociadas directamente al envejecimiento de la población, tales como las enfermedades del aparato respiratorio que representan, en conjunto, más del 60% del total de las muertes.

El gran desafío en la atención de salud a la población consiste, sin lugar a dudas, en lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad. La situación de salud aún presenta problemas por resolver por lo que el Ministerio ha orientado su actual función en otros tres principios: descentralización, satisfacción del usuario y participación. Todos estos principios son los que sustentan el modelo de atención de salud actual focalizado en las personas y sus necesidades reales. Existe consenso en nuestra sociedad, que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud y que los servicios de salud y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a esas demandas.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

La enfermería profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales.

En el Código Sanitario Chileno publicado el 18 de noviembre de 1998, la atención de enfermería es definida como: “Los servicios

profesionales de la enfermera en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de la asistencia para el paciente”.

Puede desprenderse de lo anterior muy claramente que enfermería es “la ciencia del cuidado profesional” (Rivera, 2000), lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras.

La enseñanza de la geriatría y la gerontología en las Escuelas de Enfermería de pre-grado y en la formación continua de las enfermeras especialistas debe ser considerada esencial para responder de una mejor manera a los cambios que enfrenta nuestro país en particular en lo referido al aumento de los adultos mayores y al incremento de la calidad de los cuidados otorgados a este grupo etéreo.

Perfil de enfermería

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Para Miller, las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la

ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.

Enseñanza de la Enfermería Geriátrica

En nuestro país al realizar un análisis de la enseñanza gerontogeriatrica de la última década se observa que en los currículos de las profesiones de la salud no aparece explícitamente como programa de curso, debido a que la preocupación por la longevidad es relativamente reciente. Según Lange et al, (2000) la mayoría de las unidades académicas de enfermería tienen planes de estudios con contenidos de gerontogeriatrica dispersos en las distintas asignaturas. Sin embargo, en la preparación de pregrado se observan en algunas escuelas la modalidad de contenidos gerontológicos de enfermería en cursos básicos y electivos. Además de los enfoques mencionados el profesional de enfermería tiene la alternativa de realizar cursos de educación continua, tales como: capacitación, diplomados y cursos con certificación de postítulo en el área de mención y con concentración en gerontogeriatrica dentro de programas de Magister en enfermería.

En nuestra casa de estudios, el primer contacto del profesional de enfermería, con el adulto mayor y sus cuidadores se realiza en los Centros de Atención Ambulatoria del nivel estatal y privado, en donde los estudiantes realizan la valoración como primera etapa del proceso de enfermería. Allí se aplican índices de valoración funcional (KATZ y otros). Luego se programa un plan de intervención con relación a los problemas de salud detectados, con la guía y orientación docente.

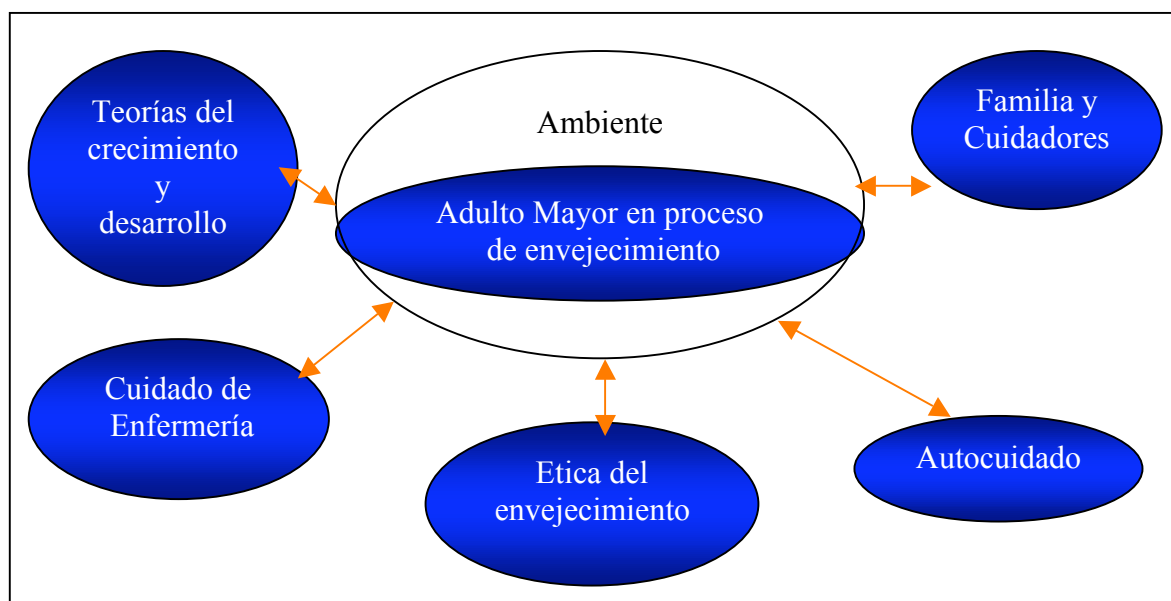
Para facilitar la valoración que las estudiantes y enfermeras realizan en el adulto mayor es necesario recordar que el uso de escalas o de guías clínicas permite la valoración de capacidades y habilidades, colaboran al diagnóstico y permiten la evaluación sistemática para poder realizar una intervención específica, trátase en el ámbito de servicios de salud o en el ambiente domiciliario para un seguimiento posterior. De tal modo que la utilización práctica de ellas permitirá una mejor organización del cuidado definiendo cantidad, calidad, oportunidad y nivel de atención.

Posteriormente se realiza un segundo acercamiento al adulto mayor en el escenario hospitalario, con el fin de planificar la atención del adulto mayor y sus cuidadores, utilizando el proceso de enfermería bajo el marco conceptual de Dorothea Orem. El énfasis principal es el diagnosticar las

demandas terapéuticas, clasificando al adulto mayor en los diferentes sistemas de enfermería a modo de determinar la cantidad y calidad del cuidado que requerirá y definir los agentes de autocuidado en la atención de salud profundizándose en los siguientes semestres del curriculum de pregrado. También existe un programa de optativo de profundización de enfermería en el adulto mayor, en donde se enfatiza en los problemas de salud y el logro de los requisitos de autocuidado más frecuentes haciendo hincapié en la promoción, fomento y mantención de la salud utilizando el proceso de atención de enfermería en un contexto multidisciplinario.

En el ámbito de posgrado, la especialista tendrá la posibilidad de analizar el proceso del envejecimiento humano con un enfoque holístico y realizar una intervención de enfermería en un contexto multidisciplinario en un programa integrado que conduzca a una mejor calidad de vida de los adultos mayores.

Mapa Conceptual



• Pivonka MA 20000

1. *Teorías del Crecimiento y Desarrollo*: Existen diversas teorías y clasificaciones de la vejez, no siempre centradas en el número de años. Erickson (1968) pone énfasis en los estadios de la adultez y relaciona en su teoría la edad de la madurez con la integridad del Yo v/s la desesperación, en la cual la persona se acepta con sus éxitos, fracasos y limitaciones. Una persona está integrada cuando busca trascendencia en su vida, otorgándole conocimientos y experiencia; por el contrario, cuando hay desintegración

del yo, este proceso lleva al adulto mayor a un estado de desesperación por el tiempo que pasa y por la imposibilidad de comenzar nuevamente la vida.

Según Erickson los logros de esta etapa son adquirir la aceptación del ciclo de vida y de la muerte. De esta manera se adquieren las virtudes de aceptación y sabiduría. La no consecución de estas tareas del desarrollo traen como consecuencia temor a morir, desesperanza, negación, rebeldía, malestar y desesperación. Quizás la última tarea evolutiva sea aceptar la muerte como algo inevitable, pero con una actitud positiva (merecido descanso).

De esta manera el adulto mayor puede hacer una revisión de su vida en cuatro aspectos:

- *Ratificación*: Se hace una exploración al pasado para enfrentar el presente, buscando aquellas situaciones que le ayuden a enfrentar de mejor manera el momento actual.
- *Establecimiento de límites*: A través de sus recuerdos se colocan sus propios límites frente a lo que quieren y pueden hacer.
- *Perpetuación del pasado*: Es hacer presente el pasado manteniendo las tradiciones y acciones del pasado como reglas, ceremonias, estilos, etc.
- *Repeticiones*: Se reafirman y se sienten seguros contando una y otra vez las mismas anécdotas y aquellos hechos que fueron importante para ellos.

Para ayudar a los adultos mayores al logro de esta tarea evolutiva es necesario fortalecer sus recursos internos y ofrecerle recursos de ayuda externos. De esta manera es posible lograr una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que ha vivido y hecho en su vida.

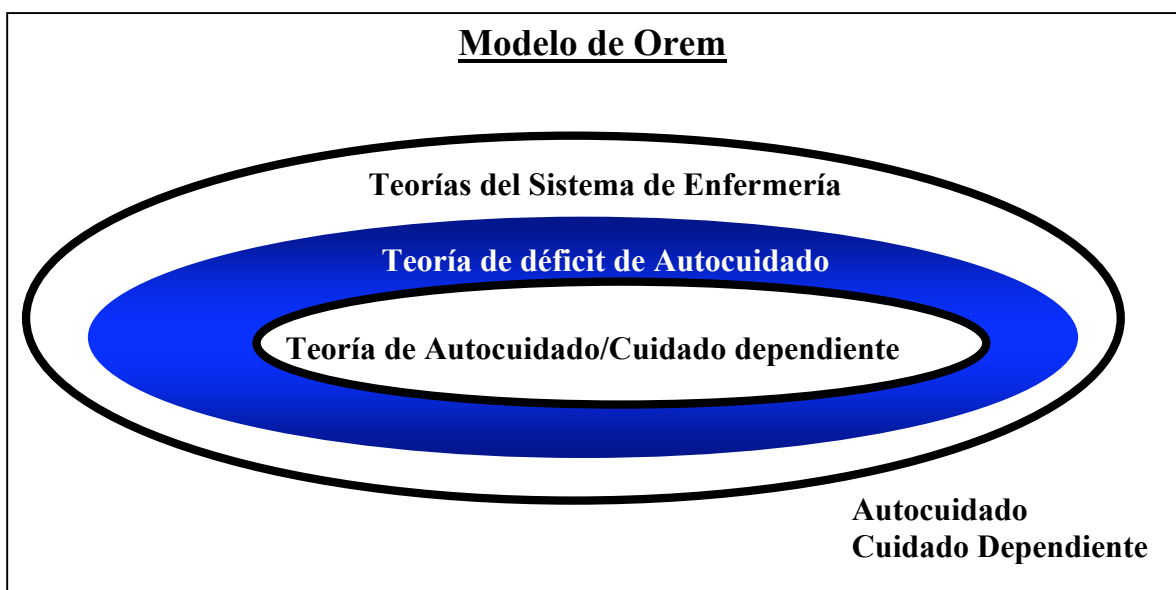
Havighurst (1973) considera la vejez como la última etapa de la adultez denominándola “Madurez tardía” en la que se toma en cuenta tareas de carácter intelectual, emocional, motor y social otorgando prioridad al área psicológica. A continuación se mostrará un extracto del último estadio que clasifica este autor y las consiguientes tareas del desarrollo.

Adultez tardía (60y más años): Ajuste a la menor fuerza física y salud
Ajuste a la muerte del cónyuge
Ajuste a la jubilación e ingresos
Establecer afiliación explícita con su grupo

Aceptar obligaciones sociales y cívicas
Establecer arreglos de vida satisfactorios

Las autoras del texto, han incluido sólo estas dos teorías por considerarlas orientadoras y aplicables en la práctica de enfermería. Sin embargo, para la realización de la valoración integral del adulto mayor deberá primar el criterio de funcionalidad en el contexto social y cultural en el que se encuentra inserto. Para esto se incluyen más adelante valoraciones de la funcionalidad tales como las Actividades de la Vida diaria y el Índice de Katz.

2. *Cuidado de enfermería y el Autocuidado*: Se fundamenta en el marco conceptual del modelo de Dorothea Orem. Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador-Educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

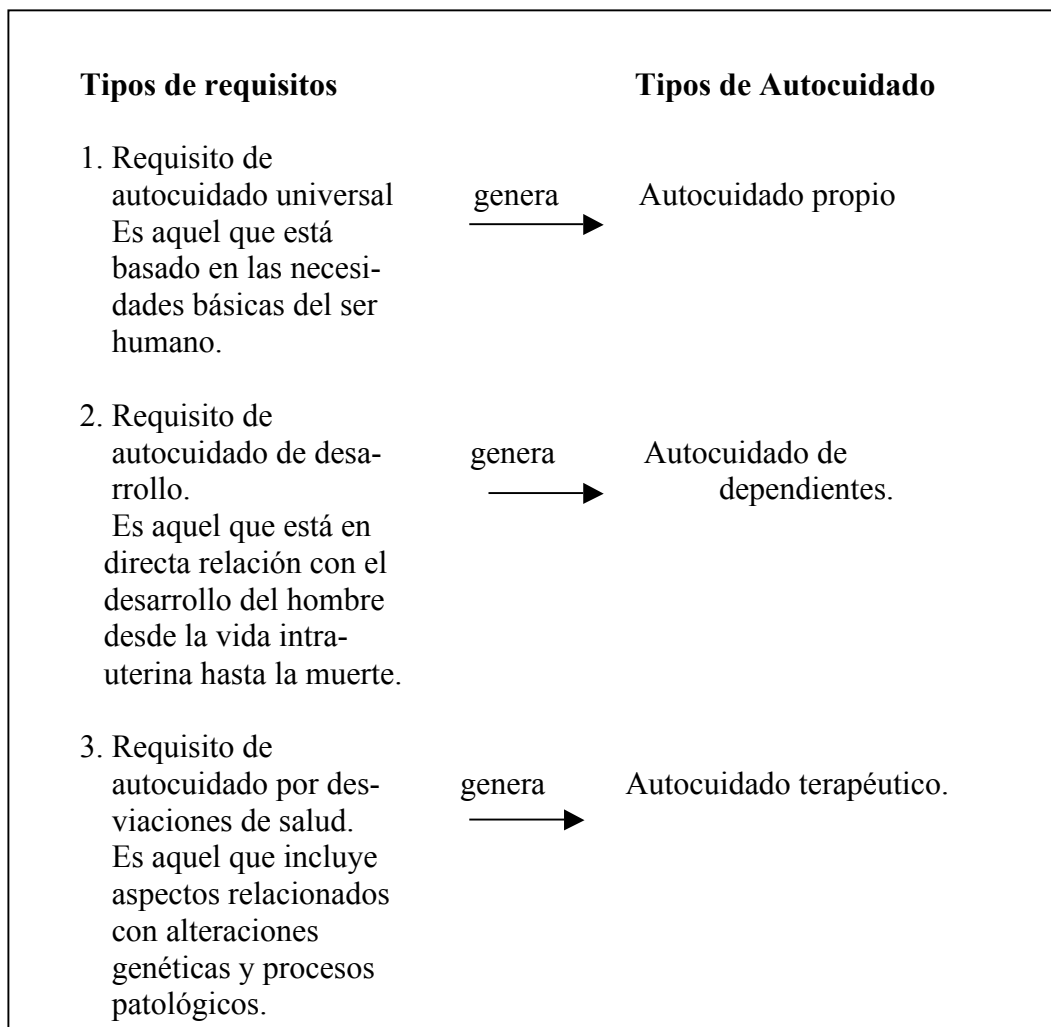


Principales conceptos y definiciones:

- ❖ Autocuidado: es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.
- ❖ Requisitos de Autocuidado: derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija: 1º el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y, 2º la naturaleza de la acción realizada.
- ❖ Requisitos de autocuidado universales: los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente y que ocurren en las diversas etapas del ciclo vital.
- ❖ Requisito de autocuidado relativo al desarrollo: estos se desprenden de los universales y se definen como aquellos que tienen como objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos.
- ❖ Requisitos del autocuidado en desviación de salud: son comunes a las personas que están enfermas o que han sufrido un accidente en los que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado u tratamiento médico.
- ❖ Demanda de autocuidado terapéutico: es la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en un momento dado para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo que dependen en particular de cada enfermedad y sus circunstancias.
- ❖ Actividad de autocuidado: es la capacidad compleja adquirida por las personas para conocer y satisfacer en forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada para regular su funcionamiento y desarrollo.
- ❖ Agente de autocuidado: son personas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas o bien de regular el desarrollo para que esas personas lleguen a conseguir su autocuidado.

- ❖ **Déficit de autocuidado:** relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial en el cual las capacidades de autocuidado desarrolladas no resultan adecuadas para satisfacer una parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.
- ❖ **Sistemas de enfermería:** secuencia de acciones prácticas y deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con sus pacientes para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado.
- ❖ **Métodos de acción:** son métodos de ayuda en una sucesión de acciones que al aplicarse resuelven o compensan las limitaciones que tienen las persona en el ámbito de salud para regular su funcionamiento o de otros. Estos métodos pueden combinarse y adaptarse a las necesidades de las personas en función de sus limitaciones y son cinco.

❖ TIPOS DE REQUISITOS



* Prieto AA, 1994

❖ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

- 1) Mantenimiento de un aporte adecuado de aire
- 2) Mantener un aporte suficiente de alimentos
- 3) Mantener un aporte suficiente de líquidos
- 4) Cuidados asociados con la eliminación
- 5) Mantener el equilibrio entre el reposo y la actividad
- 6) Mantener el equilibrio entre la soledad y la relación social
- 7) Prevenir los peligros o amenazas para la vida
- 8) Normalidad

**Orem, 1993*

❖ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO

- Ajuste en la forma de satisfacer necesidades universales de autocuidado
- Establecer nuevas técnicas de autocuidado
- Modificar la imagen se si mismo
- Revisión de la rutina diaria
- Desarrollar nuevos estilos de vida compatible con los efectos de las desviaciones de salud o al tratamiento prescrito.

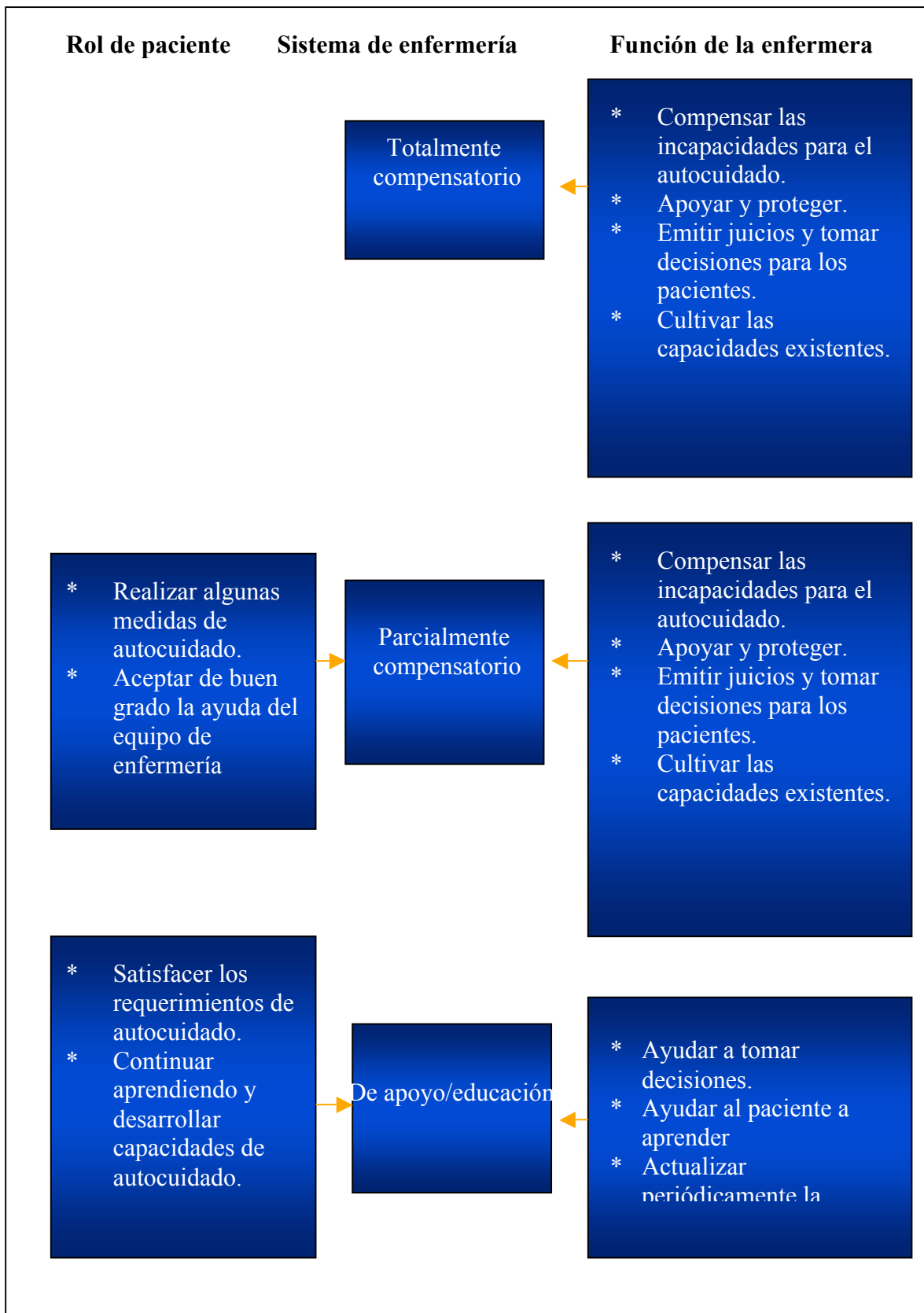
**Orem, 1993*

❖ METODOS DE AYUDA

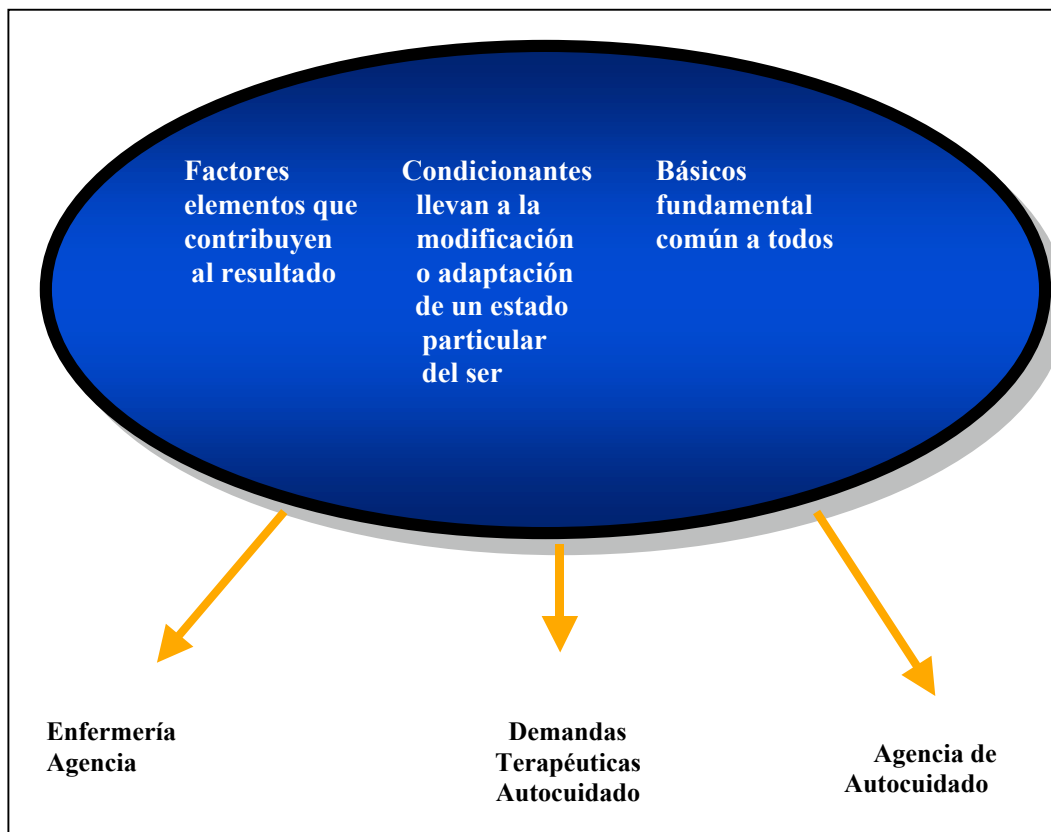
- 1) Actuar o hacer por otros
- 2) Guiar o dirigir
- 3) Dar sostén físico y psicológico
- 4) Promover un ambiente para que el individuo sea capaz de satisfacer las demandas de acción presentes o futuras
- 5) Educar

** Orem, 1996*

❖ SISTEMAS DE ENFERMERIA



❖ FACTORES CONDICIONANTES BASICOS



Están constituidos por las siguientes diez características o atributos de la persona:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado del desarrollo: físico, funcional, cognitivo y psicosocial.
4. Estado de salud: pasado, presente y la propia percepción.
5. Sistema de salud
6. Orientación sociocultural y espiritual
7. Sistema familiar
8. Patrones de vida
9. Ambiente
10. Recursos disponibles

3. La Familia: la familia funcional o sana es aquella que satisface o afronta efectivamente las necesidades de los miembros de la familia y soluciona los problemas de salud. Sus características específicas son:

- 1) Cumplen los roles, función y tarea familiar
- 2) Evidencia logro de metas

- 3) Reconoce la necesidad de cambio
- 4) Reconoce y busca ayuda en forma oportuna
- 5) Maneja las tensiones y el estrés
- 6) Ofrece sensación de bienestar a sus miembros
- 7) Satisface los requerimientos familiares

Existen además otras clasificaciones de familia siendo éstas, en un momento dado, recursos de autocuidado como un factor condicionante básico para la familia que está en riesgo y que requiere cuidados de enfermería. Estas clasificaciones son:

❖ TIPOS DE FAMILIA

- 1) Familia energizada
- 2) Familia vulnerable
- 3) Familia adaptada
- 4) Familia en crisis
- 5) Disfunción familiar
- 6) Familia negligente

4. *El Adulto Mayor*: según un criterio convencional y epidemiológico utilizado en el MINSAL, adulto mayor es aquella persona que tiene sobre 65 años de edad cronológica.

Sin embargo se debe reconocer que no existe una base fisiológica para distinguir a un adulto de un adulto mayor (Sarra y Carbonell, 1989).

Según Mario Benedetti (escritor uruguayo contemporáneo), la vejez varía de acuerdo con la edad de quien la vive, por lo general, “viejo o vieja” es alguien que tiene diez años más que uno.

Es indudable que el número de años no sólo es un indicador epidemiológico que define la vejez, sino que existen múltiples factores que la afectan como los valores, tradiciones, costumbres, creencias y actitudes del propio adulto mayor que condicionarán su funcionalidad, su modo de ser y de estar en este mundo.

❖ Reflexiones:

“El hombre no tiene naturaleza, tiene historia”

(José Ortega y Gasset)

“Los años pueden arrugar la piel, pero cuando se renuncia al entusiasmo le salen arrugas al alma”

(Samuel Ullman)

5. *Etica*: los valores éticos en los que se sustenta el cuidado de enfermería otorgado a los adultos mayores son los cuatro principios básicos o fundamentales (Beauchamp, T Childress, F.J, 1990):

❖ PRINCIPIOS BASICOS O FUNDAMENTALES

- (a) Autonomía
- (b) No maleficencia
- (c) Beneficencia
- (d) Justicia

Todos estos principios deontológicos forman parte del quehacer profesional de la enfermera y conllevan obligaciones y responsabilidades. Para el adulto mayor quisiéramos destacar el principio de la autonomía por cuanto involucra la capacidad de tomar decisiones. En el contexto en el que se desarrolla la atención con el Modelo de Orem, la enfermera debe realizar una valoración muy precisa de la capacidad de juicio del adulto mayor para tomar decisiones en el cuidado de su salud.

El principio de beneficencia que obliga hacer el bien y limitar al máximo los riesgos implica el que los profesionales de enfermería comprendan qué es lo mejor para el adulto mayor y cómo esto puede entrar en conflictos con el sistema de valores de él o de su familia.

SECCION I: CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR

La atención de enfermería descrita en este capítulo se enmarca en el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, que permite su aplicación en todas las situaciones de valencia del adulto mayor, incluyendo al grupo de los cuidadores como parte importante en su cuidado.

El objetivo de este capítulo es que el profesional logre:

- Diferenciar, desde una perspectiva integral, el envejecimiento normal y el patológico en un adulto mayor.
- Detectar problemas o desviaciones de salud de acuerdo al modelo de Orem.
- Plantearse diagnósticos e intervenciones.
- Clasificar el sistema de enfermería a utilizar
- Conocer y aplicar los cuidados básicos de enfermería geriátrica
- Fortalecer prácticas de autocuidado para los adultos mayores y sus cuidadores.
- Ofrecer apoyo a los cuidadores

Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones.

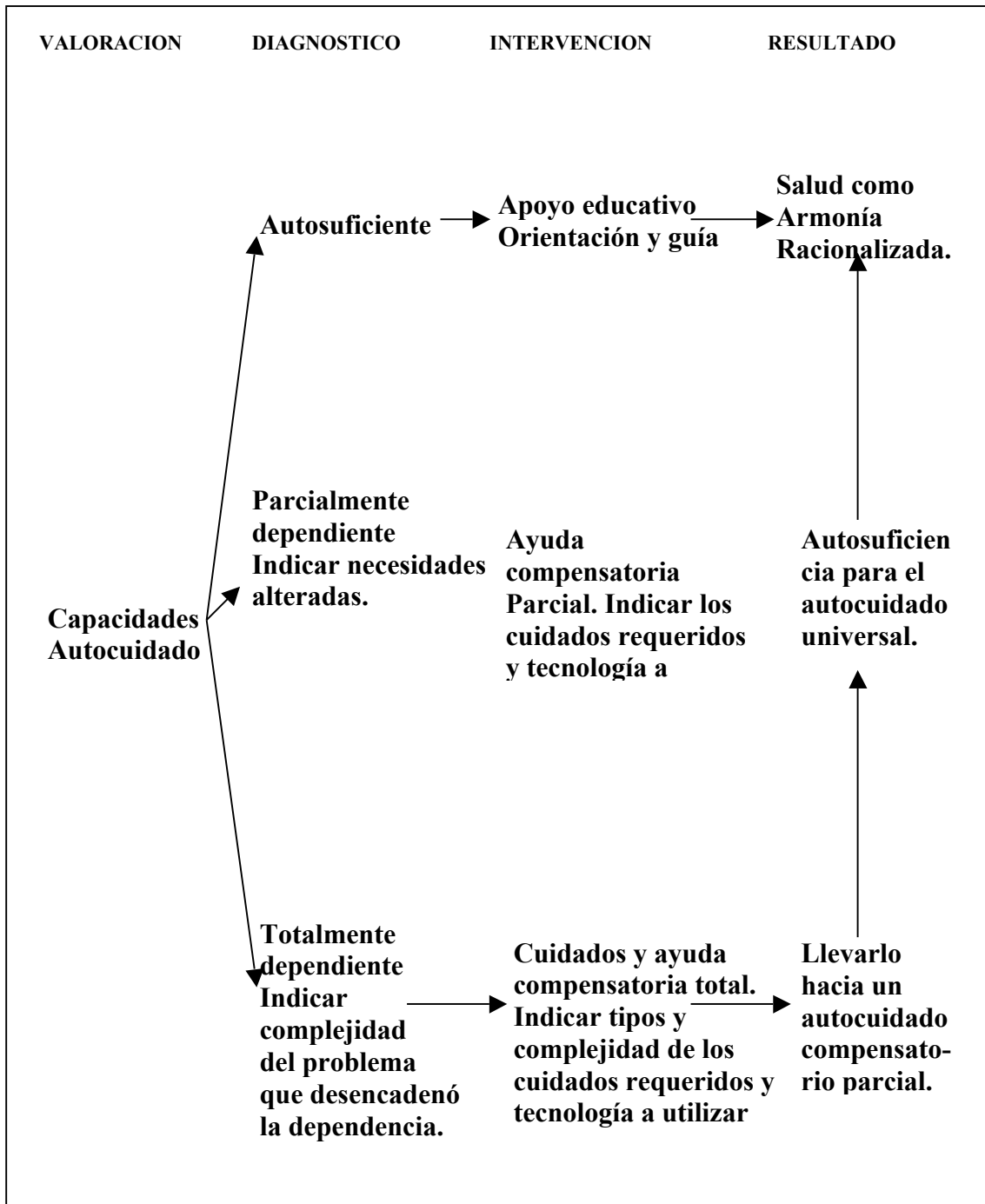
Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

Concepto

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la

interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 65 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas.

❖ **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL APLICAR EL AUTOCUIDADO**



I. VALORACION DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR

Variaciones normales durante el envejecimiento

❖ Paso 1: ¿Qué Valorar?

Existen muchas dimensiones para valorar al adulto mayor: física, actividades de la vida diaria, estado mental, psicoafectiva y social o familiar. Para facilitar el aprendizaje, el desarrollo siguiente sigue este mismo orden de precedencia.

1) Valoración Física

Ojos

- Observar “ojos hundidos” y laxos, lo que se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo
- Observar sequedad y pérdida de brillo ocular
- Observar formación del arco senil, debido a depósitos de colesterol
- Reducción del lagrimeo
- Aumento de la presión intraocular
- Reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad
- Valorar la necesidad de usar lentes por disminución de la agudeza visual (cerca y lejos), la tolerancia a la luz brillante, los campos visuales, y la acomodación del cristalino
- Reducción de la percepción viso-espacial
- Reducción en la diferenciación entre el verde y el azul, mientras que mejora la percepción de los colores cálidos como el amarillo y el naranja

Oído

- Valorar la necesidad de utilizar audífonos por pérdida de la agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos, debido a la disminución de las células ciliadas del órgano de Corti a partir de los 50 años)
- Valorar el control postural reflejo
- Reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad
- Presbiacusia, es decir, aumenta la intensidad del sonido
- Reducción de la tolerancia a los tonos altos
- Aumenta la capacidad de reacción ante un estímulo, lo cual se incrementa en los mayores de 70 años
- Valorar el riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural

Boca

- Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas
- Pérdida del apetito
- Reducción de la agudeza de las papilas gustativas
- Reducción de la sensación del calor o frío
- Reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno
- Valorar la deglución (se dificulta con la edad)
- Reducción del reflejo del vómito
- Valorar la habilidad masticatoria (disminuye con la edad)
- Valorar el deterioro dental (pérdida de piezas)
- Valorar la necesidad de utilización de prótesis dentales
- Valorar la salud oral, son frecuentes las caries, las enfermedades periodontales, alteraciones en la mucosa oral, xerostomía, los trastornos de la lengua, la reabsorción del reborde alveolar y el aumento de la incidencia de cambios malignos (Misrachi, C, 1999)

Nariz

- Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales
- Observar el crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz

Aparato Respiratorio

- Reducción del volumen respiratorio
- Reducción de la perfusión periférica
- Aumento del diámetro anteroposterior y la rigidez torácica
- Reducción del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos
- Reducción de la distensibilidad muscular; hipoventilación de los alvéolos con la consiguiente disminución a la tolerancia del ejercicio
- Reducción de moco producto de la reseca de las membranas mucosa lo que predispone a las infecciones respiratorias
- Valorar frente a un cuadro respiratorio la mecánica de la tos y favorecer la hidratación para fluidificar las secreciones.

Sistema Cardiovascular

- Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica; hipotensión ortostática.
- Reducción de la frecuencia y del gasto cardíaco, entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico
- Reducción de la circulación arterial

- Palpar pulsos periféricos fácilmente palpables (pulsos pedios más débiles)
- Valorar la presencia de insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, varices, edemas e inflamaciones.

Aparato Gastrointestinal

- Reducción de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivas y moco intestinal.
- Reducción de la motilidad intestinal, debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno.
- Reducción del peristaltismo esofágico
- Reducción de la tolerancia alimentaria producto de la disminución de la flora bacteriana
- Valorar el patrón de eliminación (estreñimiento)
- Valorar la presencia de incontinencia fecal, asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica
- Observar prognatismo (pérdida de altura facial)
- Valorar síntomas de esofagitis o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica.
- Existe una sensación de plenitud gástrica precoz
- Reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos
- Observar signos de malnutrición
- Valorar las preferencias y gustos alimenticios

Aparato Renal

- Reducción de la perfusión renal
- Valorar el patrón de eliminación (nicturia)
- Valorar la presencia de síntomas y/o signos de incontinencia urinaria, (de estrés, urgencia, inaplazable, rebosamiento y funcional), las cuales pueden presentarse en forma única o simultánea
- Valorar la dificultad para iniciar y terminar el chorro de orina en el varón, debido a una hipertrofia prostática

Sistema Reproductor Femenino

- Estrechamiento y acortamiento de la vagina
- Reducción en la producción de estrógenos
- Cambios en la flora y ph vaginal.
- Reducción de la lubricación vaginal
- Observar atrofia vulvar
- Reducción y aclaramiento del vello pubiano

- Observar el aplastamiento de labios mayores y menores
- Reducción del tejido mamario volviéndose péndulas, elongadas y/o flácidas
- Valorar presencia de: vaginitis, dispaneuria y hemorragias.
- Valorar irritaciones a nivel vulvar

Sistema reproductor masculino

- Reducción del tamaño y de firmeza de los testículos
- Aumento del tamaño de la glándula próstata
- Aumento del diámetro del pene
- Reducción de la producción de testosterona

Sistema Musculoesquelético

- Reducción de los movimientos voluntarios rápidos
- Reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular
- Existe una respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos).
- Reducción de la masa muscular, no asociándose a pérdida de fuerza
- Reducción de la estatura 2.5 a 10 cm (pérdida de agua del tejido cartilaginoso y un estrechamiento de los discos vertebrales).
- Observar cambios artrósicos en las articulaciones
- Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca.
- Observar postura de flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulares y ligamentos)
- Valorar el uso de silla de rueda, bastones, etc.

Sistema Tegumentario

- Observar piel más fina y floja destacándose las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de manos y pies; más pálida con depósitos de pigmentos (pecas).
- Observar la resequeidad y descamación de la piel producto de la disminución del número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas.
- Observar la presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol
- Observar las púrpuras seniles (aumento de la fragilidad vascular).
- Observar la presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad
- Frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación del dolor, presión y vibración.
- Reducción en el proceso de cicatrización

- Reducción del crecimiento del cabello y apareamiento de “canas”
- Reducción del vello pubiano y axilar, después del climaterio
- Observar la presencia de “telangectasia senil”, son pequeños tumores diseminados de color escarlata.
- Reducción de la velocidad de su crecimiento de las uñas
- Valorar la turgencia cutánea

Sistema Neurológico

- Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios
- Reducción del sentido del olfato
- Reducción del sentido postural
- Reducción de la sensación táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas
- Valorar el patrón de sueño
- Reducción del rango, intensidad y duración de la voz

2) Valoración de las actividades de la vida diaria

Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo las enfermedades y el grado de autovalencia de ellos hacen necesario la ayuda con las actividades de la vida diaria.

Es necesario llegar a un justo equilibrio y aprender a equilibrar la dependencia de la independencia por parte de los adultos mayores. Los cuidadores requieren de los conocimientos para poder sobrellevar este nuevo estado de sus familiares.

Se consideran actividades de la vida diaria:

- *Actividades Básicas*: como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.
- *Actividades Instrumentales*: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras actividades.

Es importante valorar estos aspectos en los adultos mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores. Para ellos existen distintas escalas de valoración de las actividades de la vida diaria tales como: Índice de Katz, Escala de Barthel y Escala de Autocuidado de Kenny, la Escala de Incapacidad Física de la Cruz roja, entre otras.

El Índice de Katz es el más utilizado en nuestro país, valora de forma dicotómica las funciones de bañarse, vestirse, ir al aseo, desplazamiento

cama-sillón, continencia y alimentación. El índice clasifica en 8 categorías a los adultos mayores según su grado de dependencia.

3) Valoración del Estado Mental

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

El foco de la valoración está en la identificación de las fortalezas del adulto mayor y sus capacidades para interactuar con el medio.

El estado mental del adulto mayor no presenta una declinación en su inteligencia a menos que exista un desorden neurológico o se desarrolle alguna alteración sistémica. La capacidad para resolver problemas que tiene el adulto mayor probablemente puede declinar por desuso, pero su imaginación no presenta cambios significativos. La memoria remota es más eficiente que la reciente, pero esto es función del patrón general de salud que presenta la persona. Con la edad hay una declinación en la síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores, en momentos de estrés el metabolismo es inadecuado para responder a una presión tan alta como puede serlo una enfermedad aguda o un desequilibrio metabólico. Esto se puede observar claramente en la hospitalización aguda de un adulto mayor que puede presentar un delirium como una forma de mostrar su inadaptación a este fenómeno.

En cuanto a las tareas cognoscitivas del adulto mayor incluyen llegar a la aceptación de su propia muerte y la de sus seres cercanos; aprender a tener una vida feliz aceptando sus enfermedades y limitaciones físicas.

En resumen, los dos aspectos que se deben valorar son:

- a) Cambios en las funciones mentales: cognitivas, proceso de pensamiento, memoria y confusión
- b) Depresión

Para examinar el estado mental se recomienda valorar una serie de aspectos tales como: apariencia y comportamiento, habilidades cognitivas, estabilidad emocional, lenguaje y expresión oral.

Para valorar la función cognitiva se recomienda utilizar una escala de medición cuantitativa de esta función, llamada Mini-Mental-State (de Folstein ME, McHugd FR, 1975), validada en Chile por la Dra. Pilar Quiroga. Este instrumento a través de 28 preguntas de fácil aplicación permite detectar enfermedades orgánicas y discriminar a los adultos

mayores normales de los que tienen demencia u otras patologías como: esquizofrenia y desordenes afectivos.

4) Valoración Psicoafectiva

La valoración de la situación psicoafectiva y del desarrollo se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional de enfermería que apunta a la detección de la psicopatología y de los déficit de autocuidado.

Afectividad

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos.

La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima.

La sexualidad en esta edad está llena de mitos y creencias y a su vez se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

En cuanto a los cambios descritos en la sexualidad de los adultos mayores se destaca que disminuye la frecuencia o deseo de la actividad sexual relacionado con viudedad o otras parejas sexuales; entorno sexualmente restrictivo; depresión; enfermedades debilitantes (Seidel, H, 1997). Cabe destacar que estos cambios deben relacionarse con la anterior actividad sexual.

En las mujeres la libido y la capacidad orgásmica no disminuyen con la edad, existe una reducción de la lubricación vaginal y puede existir dispareunia. Además se describe en la literatura que existe una mayor capacidad de disfrute sexual (Tucker, S et al, 1997).

En el hombre existe mayor dificultad para llegar a una erección que para llegar a un orgasmo, disminuye el número de eyaculaciones, reducción

de la cantidad y viscosidad del líquido seminal, existe una mayor duración de la fase de excitación y la meseta del orgasmo; la fase de resolución puede durar de 12 a 24 horas y la libido y sensación de satisfacción no suelen cambiar con la edad.

5) Social y Familiar

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da ha esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.

Es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar en aspectos como:

- ¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?
- ¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?
- ¿Buscan ayuda en forma oportuna?
- ¿Cómo manejan el estrés?
- ¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?
- ¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?
- ¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería.

II. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

❖ Paso 2: Diagnóstico y Prescripción



** Orem, 1997*

Seguidamente se han seleccionado los tres diagnósticos de enfermería que abordan los problemas de salud que con mayor frecuencia forman parte del día a día de la enfermera que trabaja con los adultos mayores.

Diagnóstico N°1

Incontinencia Urinaria relacionado con déficit en la musculatura pelviana asociada a la presencia de factores de riesgo manifestado por escape de orina involuntario

Demandas Terapéuticas

Agente de Autocuidado

Agente de Autocuidado

Enfermera

- Desarrollar una escucha activa para lograr la apertura del adulto mayor al tema
- Educar a los agentes de autocuidado sobre las medidas de sostén para los incontinentes tales como: toallas higiénicas, pañales, entre otros dispositivos
- Desarrollar un plan educativo para eliminar o reducir los factores de riesgo
- Demostrar los cuidados relacionados al método de ayuda a la eliminación urinaria (pañal, estuche penneal o sonda vesical)
- Reforzar los ejercicios de Kegel
- Enseñar un reentrenamiento vesical
- No ingerir líquidos después de las 17:00 hrs
- Instruir sobre el cuidado de la piel
- Intervenir en los aspectos de la baja de autoestima

Adulto Mayor y Cuidadores

- El adulto mayor es capaz de verbalizar sus miedos y temores con respecto al tema
- El adulto mayor aprende el método de control
- Es capaz de verbalizar algunos cuidados
- Reconoce algunos dispositivos
- Mantendrá una piel sana
- El adulto mayor es capaz de cambiar sus hábitos de ingesta hídrica
- El adulto mayor comienza a aumentar su actividad social
- El adulto mayor refuerza sus ejercicios del suelo pélvico
- El adulto mayor es capaz de aprender en reentrenamiento vesical
- Los cuidadores están atentos para el cambio de pañal
- Los cuidadores manifiestan sensación de tranquilidad con la educación recibida

Diagnóstico N°2

Alto riesgo de caídas relacionado con la falta de conocimientos de las precauciones necesarias secundario a las deficiencias motoras, sensoriales y a los riesgos ambientales

Demandas Terapéuticas

Agente de Autocuidado

Agente de Autocuidado

Enfermera

- Identificar la presencia de factores de riesgos para caer
- Identificar situaciones que contribuyan a los accidentes (personales o ambientales)
- Desarrollar una estrategia de intervención para reducir o eliminar las situaciones de riesgo de caer domiciliarias
- Desarrollar un plan educativo para eliminar o reducir los factores de riesgo que posea el adulto mayor tales como:
Visión afectada, disminución de la agudeza auditiva, hipotensión ortostática, marcha insegura y los efectos de los medicamentos.

Adulto Mayor y Cuidadores

- Identificarán los factores que aumentan el riesgo de caer
- Aplicarán las prácticas de seguridad en su casa
- Explicarán cómo utilizar las medidas de seguridad para prevenir accidentes
- Entrenara en el reconocimiento del espacio físico domiciliario
- Explicarán cómo practicar las medidas de prevención seleccionadas de acuerdo con sus riesgos
- El adulto mayor comenzará paulatinamente a aumentar su actividad diaria
- Los cuidadores se sentirán más seguros para manejar al adulto mayor en casa.

Diagnóstico N°3

Demencia relacionado con una enfermedad del cerebro crónica o progresiva manifestado por déficit de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio)

Demandas Terapéuticas

Agente de Autocuidado

Enfermera

- Acoger al adulto mayor y sus cuidadores
- Valorar la funcionalidad de los cuidadores
- Valorar el deterioro cognoscitivo a través de instrumentos tales como: Escala MINIMENTAL de Folstein y Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer
- Desarrollar un plan de cuidados para: establecer rutinas, mantener su independencia, ayudarlo a mantener su dignidad, evitar la confrontación, entender el "aquí y el ahora", estimular la reminiscencia, tomar medidas de seguridad, estimular la salud y el ejercicio, mantener las habilidades remanentes y la comunicación.
- Enseñar a los cuidadores a identificar signos de carencia o incomodidad en aspectos tales como: hambre y sed, eliminación, temperatura, higiene.
- Ayudar a los cuidadores a afrontar comportamientos difíciles como: preguntas repetitivas, pérdida de objetos, alucinaciones, inquietud y agitación, irritabilidad y agresividad

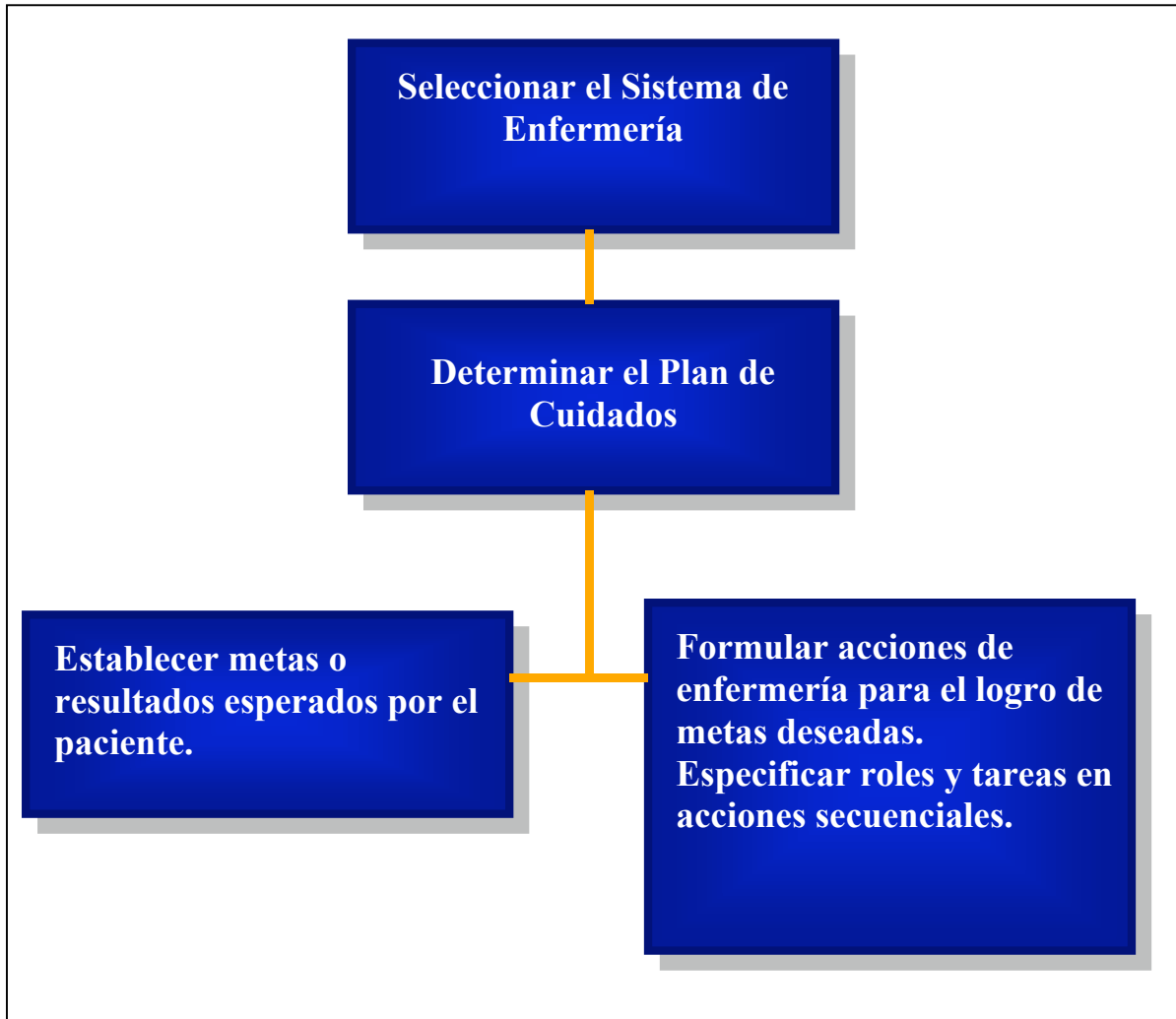
Agente de Autocuidado

Adulto Mayor y Cuidadores

- El adulto mayor y sus cuidadores verbalizarán sus miedos, inquietudes y expectativas.
- Colabora de buena forma para la aplicación de los instrumentos
- Aplicará algunas acciones aprendidas tales como: mantener horarios fijos de alimentación y baño; dejara que realicen pequeñas tareas mientras tenga posibilidad de hacerlas; Evitara la exposición innecesaria de sus comportamientos deficitarios; Evitara los conflictos; entrara en el tema que el adulto mayor le propone sin burlarse de él; Estimulara conversar lo que aún recuerda sobretodo si son recuerdos positivos; Planificara su rutina de ejercicios (caminar); Lo integrara en actividades recreativas importantes para él.
- Explicara sus nuevos canales de comunicación
- Aplicara medidas de seguridad en la casa
- Explicara signos y síntomas de incomodidad del adulto mayor
- Los cuidadores pedirán ayuda cuando lo necesiten

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL ADULTO MAYOR (Pauta de intervención)

❖ Paso 3: Diseño y Plan



**Orem, 1997*

1. Seleccionar sistema de enfermería a utilizar según el modelo del autocuidado para planificar la atención de enfermería que se requiere
2. Acoger al momento de la entrevista al adulto mayor y sus cuidadores
 - Escuchar aquello que el adulto mayor nos quiere decir
 - Dirija la voz al oído del adulto mayor, colocarse de frente y a su altura.
 - Hablarle despacio, evitando los tonos agudos
 - Utilizar un lenguaje sencillo, coherente y concreto de acuerdo a los requerimientos del adulto mayor

3. Controlar los signos vitales
4. Realizar examen físico detallado
 - Buscar aquellos parámetros de normalidad e identificar las patologías con el objeto de derivar en forma oportuna
 - Identificar los déficit de autocuidado para determinar el plan de cuidados que requiera el adulto mayor
5. Fomentar aspectos del autocuidado del adulto mayor
 - ❖ Prevención
 - Eviten conducir de noche.
 - Utilizar lentes los adultos mayor que lo requieran
 - Tener controles de salud frecuentes
 - Participar de grupos organizados
 - ❖ Aseo e higiene
 - Educar en cuanto a la limpieza del tapón ceroso
 - Educar en cuanto a la limpieza personal
 - Estimular el cepillado de dientes después de la comida para evitar la halitosis y la limpieza de las prótesis, con agua con bicarbonato
 - Higiene de las prótesis dentales con agua con bicarbonato
 - ❖ Piel
 - Lubricar y masajear superficialmente las zonas de las articulaciones
 - Hidratar el lóbulo de la oreja para evitar resequedad y prurito en la zona
 - Hidratar la piel en general con cremas lubricantes
 - Usar protectores solares en la exposición al sol.
 - Objetivar signos de deshidratación (turgencia cutánea)
 - ❖ Alimentación
 - Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto mayor es más susceptible de caer en una deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y de concentración de agua.
 - Calcular el índice de masa corporal
 - Mantener una dieta alimenticia adecuada
 - Estimular la alimentación con una presentación atractiva de los alimentos
 - No consumir alimentos muy salados, calientes o ácidos

- Dar alimentos con abundante salsas en aquellos adultos mayores con resequeidad de la mucosa oral
- Apoyar el déficit en la masticación y la deglución con la preparación de alimentos blandos

- ❖ Incontinencias
 - Fomentar un buen patrón de eliminación intestinal
 - Observe signos de estreñimiento, si existiera apoyar con dieta rica en fibras y con vaselina líquida hasta lograr un tránsito normal.
 - Planificar una educación vesical con eliminación de orina cada cuatro horas, ya que los adultos mayores son más susceptibles a las infecciones por un aumento de la orina residual
 - Educar sobre el uso de ropa interior de algodón
 - Valorar la presencia de signos y síntomas de Incontinencia Urinaria
 - Educar al adulto mayor y familiares sobre las medidas de sostén para los adultos mayores incontinentes, tales como: toallas higiénicas, pañales, entre otros
 - Derivar al adulto mayor a un programa de educación sistemática

- ❖ Eliminación
 - Tener libre de secreciones la vía área superior
 - Estimular la ingesta hídrica con el objeto de fluidificar las secreciones
 - Enseñar mecánica de la tos efectiva

- ❖ Caídas
 - Valorar el riesgo de caídas (existe una pérdida de fuerza, tono y tamaño muscular).
 - Evaluar las condiciones ambientales en donde de desenvuelve el adulto mayor como: baño, dormitorio, cocina, salas, escaleras y fuera de la casa. También es importante tener buena iluminación, contar con pisos antideslizantes, entre otras cosas.
 - Utilizar zapatos cómodos, anchos, bajos y antideslizantes.
 - Promover los beneficios del ejercicio muscular activo
 - Promover la recuperación y mantenimiento de la postura corporal
 - Vestir al adulto mayor cómodo y adecuado al clima
 - Si el adulto mayor ha sufrido caídas durante los últimos 3 meses, se debe derivar junto con sus cuidadores a un programa de educación sistemática.

- ❖ Medicamentos

- Registrar: nombre, dosis y horario de todos los medicamentos recetados o autorrecetados que el adulto mayor se encuentre ingiriendo
 - Pesquisar efectos colaterales de estos
 - Investigar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico recetado
 - Educar sobre la utilización de métodos de organización de la administración de los medicamentos
- ❖ Actividad y reposo
- Indagar sobre la capacidad para desarrollar Actividades de la Vida diaria (AVD)
 - Incentivar el ejercicio moderado según su estado de salud, se les puede recomendar que caminen todos los días
 - Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo
 - Educar sobre los cuidados al utilizar silla de rueda, bastones, etc.
6. Estimular la comunicación y las actividades sociales
- Dar a conocer métodos alternativos de comunicación de demandas
 - Haga participe al adulto mayor de su propio cuidado
 - Estimule a los cuidadores para que apoyen al adulto mayor
7. Controlar los peligros ambientales
- Procurar que exista una buena iluminación en los lugares de desplazamientos habituales del AM o en el hospital.
 - Procurar que exista una buena ventilación del ambiente físico y de los objetos personales de los AM
 - Evitar la luz de frente y brillante.
 - Utilizar pisos antideslizantes
 - Utilizar colores diferentes para el piso y los muebles, destacando los bordes de las escaleras y pisos resbalosos (baño).
 - Evitar el contacto directo con el polvo ambiental
 - Precaución en el manejo de objetos y sustancias calientes.
8. Investigar los sistemas de apoyo sociales
- Sistema de salud
 - Cuidadores
9. Establecer con el adulto mayor y sus cuidadores metas y tareas para lograr niveles óptimos de autocuidado
10. Proporcionar educación a los cuidadores sobre:
- Cambios posturales
 - Prevención de úlceras por presión

- Estimule y enseñe una higiene física correcta
- Hidratación de la piel

❖ Para adultos mayores hospitalizados:

- Oriente al adulto mayor sobre el servicio en donde se encuentra
- Establecer un protocolo para prevenir efectivamente las úlceras por presión
- Mantenga un ambiente seguro para el adulto mayor: buena iluminación, pisos secos con pisos antideslizantes, mantener espacios libres para que el adulto mayor se desplace sin dificultades.
- Prestar ayuda en aquellas actividades de la vida diaria que el adulto mayor demande
- Observar signos de retención, deshidratación o de sobrehidratación
- Aporte de líquidos dentro de los parámetros en que la enfermedad lo permita
- Apoyar y estimular la alimentación
- Compruebe el uso de prótesis para la alimentación
- Dejar la chata y/o plato cerca y a la altura de las manos del adulto mayor
- Administre medicamentos en forma juiciosa (pueden estar reducidas la frecuencia o la dosis de administración), recuerde que la absorción, destoxificación y excreción de fármacos se encuentran reducidas
- Manejar con mucho criterio y cuidado las medidas de contención
- Involucrar lo menos posible al adulto mayor
- Tratar lo antes posible las equimosis secundaria a las punciones venosas o arteriales
- Integre a la familia en los cuidados básicos del adulto mayor
- Desarrolle programas educativos sistematizados para el adulto mayor y sus cuidadores dependiendo de los cuidados específicos de enfermería con que será dado de alta.

❖ Paso 4: Regulación y Control

*Piwonka, 2000

Es la última etapa del proceso de enfermería y consiste en supervisar y evaluar la atención de enfermería diagramada con el objeto de pesquisar la efectividad de las acciones planeadas, el logro de las metas y la resolución de las metas adquiridas en función del bienestar del adulto mayor.

❖ Resumen:

El cuidado de los adultos mayores no es tarea fácil pues requiere de una mirada transdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

Lo que se expuso anteriormente son los lineamientos generales de los cuidados de enfermería al adulto mayor, sin lugar a dudas que este grupo de pacientes y sus cuidadores requieren de atenciones de salud sistemáticas y con una fuerte orientación a desarrollar prácticas de autocuidado de manera de fortalecer las destrezas remanentes y de planificar estrategias para aquellas funciones que se han perdido de manera que impacten en gran medida en la calidad de vida de ellos y de sus familiares.

**SECCION II: VALORACION GERIATRICA
MULTIDISCIPLINARIA**

Introducción

Esta sección tiene como objetivo instruir a otros profesionales del área de salud el cuidado de algunos aspectos de salud más relevantes del adulto mayor. De esta manera se han seleccionado aquellos tópicos más frecuentes de la educación que se observan en la práctica clínica. Además será complementados con algunas sugerencias de acercamiento a este grupo de edad a través de la entrevista.

Entrevista

La entrevista de un adulto mayor debe considerar las variaciones individuales con respecto a la experiencia, conocimientos, capacidad intelectual y personalidad. También es necesario tener en cuenta que el ritmo del envejecimiento varía entre los adultos mayores y que muchas veces la edad fisiológica y la edad cronológica no coinciden.

❖ Sugerencias al momento de la entrevista:

- Colóquese frente al adulto mayor
- Hable clara y lentamente, con un lenguaje sencillo
- Ambiente bien iluminado
- Haga preguntas cortas
- Consulte a los familiares para obtener o aclarar información

Valoración Geriátrica Multidisciplinaria

- Anamnesis completa y exploración física
- Lista detallada de los medicamentos (recetados y autorrecetados).
- Extensa revisión de la función como: marcha, actividades de la vida diaria y evaluación del grado de independencia.
- Actitudes de la vida diaria básicas: bañarse, vestirse, asearse, deambulación y alimentación.
- Instrumentales: actividades domésticas, compra de comestibles, preparación de comidas, cumplimiento de la medicación, habilidades en la comunicación, gestión del dinero.
- Uso de dispositivos de ayuda para la deambulación y función

- Revisión por sistemas sobre todo de los síndromes geriátricos habituales:
- Estado nutricional
- Incontinencia urinaria
- Demencia precoz
- Depresión
- Evaluación del estado mental con especial atención a la cognición, memoria y humor
- Caídas, trastornos de la marcha y del equilibrio que provoca temor a caerse
- Heridas cutáneas, úlceras por decúbito
- Situación social
- Identificación de los cuidadores y probables cuidadores, incluyendo a quienes se encargan del mantenimiento del hogar
- Valoración de las capacidades de los cuidadores
- Valoración de los recursos financieros y sanitarios
- Discutir con el adulto mayor los deseos relativos al apoyo vital avanzado
- Valoración de la situación social

Los métodos para realizar esta valoración geriátrica incluyen procesos médicos y de enfermería tradicionales, las intervenciones sociales, dietéticas, y de rehabilitación.

Los profesionales que pueden contribuir son:

- Enfermeras
- Médicos
- Asistentes sociales
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Kinesiólogos
- Psicólogos
- Entre otros profesionales

También es necesario educar a aquellas personas que trabajan con los adultos mayores como:

- Familiares
- Cuidadores de ancianos

Luego de realizada la valoración por parte de los profesionales de la salud es necesario intervenir en aquellos aspectos más deficitarios del cuidado del adulto mayor. En esta sección se ha seleccionado un problema frecuente de cuidado para analizarlo en detalle.

Intervención Geriátrica Multidisciplinaria

Problema

Déficit en el autocuidado: alimentación; baño e higiene personal; vestido y administración de medicamentos relacionado con un deterioro en las habilidades y capacidades de autocuidado manifestado por: deterioro en la capacidad de cortar los alimentos, dificultad para bañarse, falta de interés en su higiene personal, deterioro en la capacidad de ponerse o quitarse la ropa, dificultad para del manejo de sus medicamentos.

Intervención

Profesionales de la Salud

- Valorar el déficit de autocuidado
- Plantearse estrategias prácticas de intervención como:
 - Alimentación: establecer rutinas de comidas y orientar en la preparación y administración de los alimentos
 - Baño e Higiene personal: estimular el baño diario, recomiende el cuidado de los pies y la humectación de la piel
 - Oriente en la elección de la ropa respetando sus gustos
 - Administración Medicamentos: oriéntelo sobre el uso del pastillero y sobre los efectos adversos de la automedicación

Adulto Mayor y Cuidadores

- Mostrará una higiene óptima
- Participaran física y/o verbalmente en las actividades de alimentación, vestido y baño
- manifestarán mayor interés y deseo de comer, bañarse y hacerse su higiene personal
- se bañará por si solo
- demostrará la capacidad de autoadministración de medicamentos

❖ En resumen:

Creemos que es importante abordar el cuidado de los adultos mayores desde una perspectiva biosicosocial e integral abordando el quehacer de varias disciplinas para lograr un cuidado humanizado y transdisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

1. Mardones F. en capítulo La seguridad social en salud y la tercera edad Boletín de Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2000; 29: 10-14.
2. MINSAL Políticas de Salud para el Adulto Mayor 1998
3. Rivera, MS. Cuidar como arte de enfermería Clase magistral dictada a alumnos de postítulo en enfermería PUC. 2000.
4. Código Civil de Chile. libro quinto De as Profesiones Medicas 1993
5. Lange I, Reyes A, Zavala M, Arechabala C. Formación de los estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. En Libro de Resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica, Logroño, España 2000; pág 175-80.
6. Piwonka MA. Aplicación del modelo de Orem en el cuidado de enfermería a pacientes post operados con desviaciones de salud en el requisito de eliminación Conferencia 51ª Congreso Uruguayo de Cirugía. 2000.
7. Erickson E. El Ciclo Vital Completado. Editorial Paidos México
8. Havighurst En Apuntes de clase Proceso de Enfermería I y II de Piwonka MA. 2000
9. Cavanagh JS. Aplicación práctica del Modelo de Orem capítulo 1 ´pag 3-21 Editorial salvat Barcelona 1993.
10. CIPE Proyecto de definición de diagnósticos de enfermería para la práctica 2000
11. Sarra-Carbonell Aspectos clínicos propios de la tercera edad Medicina Interna en Geriatria Series Clínicas Volumen VIII-Nº3 1989
12. Beauchamp, T y Childress, J. Principles of Biomedical Ethics Ed. Third edition 1992.

13. Misrachi, C. y Cabargas, J.; Salud Oral en el adulto mayor Serie guías clínicas del adulto mayor, División Salud de las personas, Programa de Salud, Ministerio de Salud. 1999.
14. Conjunta, Ucrea, cannobio, Vargo y otros “Normas de cuidados del paciente Guía de planificación práctica asistencial” sexta edición
15. Piwonka MA. Modelo de Orem y su aplicación en el curriculum de enfermería Conferencia 51ª Congreso Uruguayo de Cirugía. 2000.
16. Seidell, MH. Ball, WJ. Dains, EJ. y Benedict, WG. Manual Exploración Física” Editorial Harcovat Bracet tercera edición Capítulos del 1-18 pág. 1-724 España 1997