

**ENFERMERÍA Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS
PERSPECTIVAS DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

Fernández-Silva, Carlos Alberto; Cannobbio Chiguay, Claudia
Enfermería y Síndromes geriátricos. Perspectivas del cuidado
en el contexto de la atención primaria en salud / Carlos
Fernández-Silva y Claudia Cannobbio Chiguay – Osorno;
Editorial Universidad de Los Lagos, octubre del 2022
320 P; 15 X 23 cm cerrado
RPI: 2022-A-3877
ISBN: 978-956-6043-66-9
1. Ciencias de la salud 2. Enfermería 3. Síndromes Geriátricos
4. Atención Primaria en Salud

ENFERMERÍA Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS. PERSPECTIVAS DEL CUIDADO EN EL
CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Primera edición: octubre de 2022
© 2021 Carlos Alberto Fernández-Silva
© 2021 Claudia Cannobbio Chiguay
RPI: 2022-A-3877
© 2021 Universidad de Los Lagos
ISBN: 978-956-6043-66-9

editorial@ulagos.cl
www.editorial.ulagos.cl
Cochrane 1070, Osorno

Edición: Carolina Carillanca Carillanca y Ricardo Casas Tejeda
Diseño: Alexis Hernández Escobar
Ilustración de portada: Kiyen Clavería Aguas

La presente edición ha sido posible gracias al proyecto ULA 1895 Fortalecimiento
de la investigación y posicionamiento institucional para el desarrollo regional,
financiado por el Ministerio de Educación.

Derechos reservados.

Prohibida la reproducción parcial o total de este libro por cualquier medio
impreso, electrónico y/o digital, sin la debida autorización escrita de los editores
y Editorial Ulagos.

**ENFERMERÍA Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS.
PERSPECTIVAS DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

EDITORES

Carlos Alberto Fernández-Silva
Claudia Adriana Cannobbio Chiguay

AUTORES

Daniela Andrea Gómez Gallardo – Bárbara Consuelo
González Gómez – Macarena Andrea Tapia Rabí - María José
Soto Velásquez – David Emilio Sánchez Martínez Catalina
Bañares Maldonado – Daniela Alejandra Campos Mellado–
Sofía Ignacia Díaz Chávez – Catalina Fernanda Anjari
Maldonado – Ivanna Francesca Vera Soto – Hernán Nicolás
Vera Vera – Constanza Javiera Cerón Guzmán – Francisca
Alejandra Vásquez Oyarzún Catalina Del Tránsito Andrade
Millatureo – Sebastián Ignacio Gajardo Pardo - Patricia
Cárcamo Paredes – Valentina Herrera Lanas.



ÍNDICE

Prólogo.	13
Introducción	17
Síndromes geriátricos, valoración geriátrica integral y algunas reflexiones preliminares	21
Cuidados de enfermería para personas mayores con disfunción sexual	25
El aislamiento y la soledad como síndrome geriátrico	51
Sarcopenia en las personas mayores	65
Dismovilidad en las personas mayores.	83
Las personas mayores y las caídas.	103
Malnutrición en personas mayores	129
Lesiones por presión	151
Cuidados de enfermería para personas mayores con deshidratación	171
El estreñimiento en las personas mayores	187
Incontinencia urinaria.	205
Incontinencia fecal	225
Delirio o síndrome confusional agudo (SCA)	241
Cuidados de enfermería en personas mayores con demencia	267
Trastorno de la termorregulación	301

AGRADECIMIENTOS

A las/os colegas y colegas en formación que aportaron cada capítulo, quienes aceptaron el desafío planteado para su construcción, y tuvieron la apertura para recibir las sugerencias que se fueron brindando en el camino, especialmente a Daniela Gómez Gallardo y Catalina Bañares.

A la carrera de enfermería de la Universidad de Los Lagos, y a la enfermera y doctora Doris Sequeira Daza, coordinadora de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (REDESAM) – filial Chile, quien realizó el prólogo para el presente texto.

DEDICATORIA

*A las enfermeras y enfermeros de la atención primaria,
A aquellas/os que se encuentran en formación,
Y, principalmente a las personas mayores,
Quienes nos motivan a aportar en sus cuidados.*

PRÓLOGO

El envejecimiento poblacional en nuestro país iniciado en la década de los `70 no ha ido acompañado con el desarrollo de la gerontología y la formación de los profesionales al mismo ritmo que lo requiere el acelerado proceso de envejecimiento que ubica a Chile, como uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe junto con Uruguay, Argentina y Cuba.

Aunque el término geriatría fue utilizado por primera vez en el año 1909 por I.L. Nascher nos es hasta el año 1946 que se la reconoce como especialidad en el Reino Unido gracias al esfuerzo y trabajos de Marjorie Warren quien antes de ser médico, había estudiado enfermería, trabajando en el Hospital West Middlesex se dio cuenta que los ancianos pasaban mucho tiempo hospitalizados y que este tiempo se podría acortar si se hacía una exhaustiva evaluación de sus características y condiciones de salud asentando los cimientos de lo que hoy conocemos como Valoración Geriátrica Integral.

La geriatría, rama de la gerontología y la medicina, se centra en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad de las personas mayores, su objetivo fundamental es su recuperación funcional y su reinserción en la comunidad.

Warren establece que la vejez no es una enfermedad, que muchas enfermedades que se presentan en la vejez son curables, que el reposo injustificado puede ser peligroso y que es esencial hacer un diagnóstico exacto y precoz. Para poder realizar este diagnóstico precoz se requiere que quienes

atienden a las personas mayores tengan las competencias necesarias para diferenciar el envejecimiento patológico del fisiológico.

En un esfuerzo por complementar y sistematizar los conocimientos teóricos prácticos para brindar cuidados de enfermería de excelencia, la carrera de Enfermería con el apoyo de la Universidad de Los Lagos pone a disposición de los profesionales de enfermería y los estudiantes en formación este libro donde encontrarán una base teórica para la práctica asistencial que les servirá para planificar y ejecutar los cuidados de enfermería a las personas mayores que cursan algún síndrome geriátrico.

El texto proporciona orientación a los estudiantes de enfermería y a los profesionales de enfermería que están en prácticas o trabajando en atención directa con personas mayores en la atención primaria sobre 13 síndromes geriátricos como soledad, fragilidad, dismovilidad, incontinencia urinaria y fecal entre otros, incluye una parte conceptual de éstos, la atención de enfermería específica, así como guías de valoración, diagnóstico e intervención.

Un aporte interesante de este texto es que reúne información sobre la atención en la Red Integrada de Salud y el Acceso a las Garantías (GES) específicas para cada uno de los síndromes, así como su identificación con su entorno cultural describiendo las prácticas interculturales asociadas a éstos.

Se espera finalmente que este texto elaborado tanto por los académicos de Enfermería, egresados y estudiantes en formación, contribuya a mejorar la atención de salud que proporcionan los estudiantes de enfermería en sus prácticas y los enfermeros (AS) a las personas mayores, sector de la población que se incrementa constantemente.

Un reconocimiento a todos los autores comprometidos con la geriatría, con las personas mayores y a la Universidad de Los Lagos que hacen posible esta edición.

DORIS SEQUEIRA DAZA
Coordinadora REDESAM- Chile
Dra. en Gerontología Social
Profesora Titular
Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Central

INTRODUCCIÓN

En numerosas ocasiones se ha abordado la realidad del cambio demográfico experimentada a nivel mundial, y que ha conllevado a que el número de personas mayores vaya en aumento, siendo este un fenómeno que se produce a diferentes ritmos en cada país, debido a que depende de una multiplicidad de factores, siendo Chile, uno de los países de Latinoamérica en los que se hace evidente dicha transición.

Se esperaría que el proceso de envejecimiento sea fisiológico, que si bien conlleva cambios biológicos, psicológicos, y sociales, estos no afecten la funcionalidad de las personas que los experimentan, sin embargo, en algunos casos se presentan alteraciones de la salud que son específicos a este grupo de la población, y que se han denominado como síndromes geriátricos.

El tratamiento de estos síndromes usualmente requiere la atención de personal de salud especializado que permita dar el acompañamiento pertinente, y que conduce a establecer vínculos con instituciones de mayor complejidad; pero se debe tener presente que el contexto de la atención primaria en salud es clave para su detección e intervención precoz, con lo cual se contribuye al bienestar de las personas que los padecen al evitar complicaciones y secuelas.

Desde este escenario se hace necesario la preparación de los equipos de salud para cumplir esta labor, siendo las/os profesionales de enfermería quienes tienen un papel trascendental, puesto que son responsables de la gestión del cuidado de los usuarios/as, lo que implica el contar con los fundamentos necesarios para que realice además del tamizaje, la articulación con los demás profesionales, y a su vez, esta-

blezca los procesos necesarios para garantizar la continuidad de los cuidados en consideración de la red asistencial.

Centrados en dicho contexto, el presente texto pretende ofrecer sustento teórico general para identificar los síndromes geriátricos más prevalentes, incentivando a su profundización teórica, puesto que el énfasis principal estará en el proceso de enfermería, motivo por el que se trabajó con la valoración por dominios y etiquetas diagnósticas propuestos por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería –NANDA–, facilitando de esta forma el abordaje de tipo biopsicosocial.

Se presentarán un total de 14 síndromes: la disfunción sexual, el aislamiento y la soledad, sarcopenia, dismovilidad, caídas, malnutrición, lesiones por presión, deshidratación, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, delirio o síndrome confusional agudo, demencia, y trastorno de la termorregulación. Para cada uno de ellos se agregó aspectos relacionados con las redes asistenciales, su vínculo con las garantías explícitas en salud, y algunas prácticas sociales y/o culturales contextualizadas al territorio de la zona sur del país, desde donde se ha escrito el presente texto. Cada capítulo concluye con un ejemplo, tipo caso clínico ficticio, que permite llevar a la aplicación la conceptualización teórica revisada.

Aspectos como la valoración geriátrica integral y el trabajo interprofesional son mencionados en las intervenciones y actividades, pero debido a su especificidad, estos ameritan un mayor nivel de profundización complementaria por parte de la persona que lea el texto, no obstante, la estructura del proceso de enfermería que contiene cada tema facilitará dicha labor.

Por último, es de mencionar que este trabajo reúne las contribuciones de profesionales y estudiantes de enfermería, quienes aceptaron el desafío de realizar un ejercicio de escritura, basado en la literatura, y vivencias acontecidas en

el transcurso de su formación, personales y/o en el ejercicio profesional, por lo que se espera, aportar con un texto que sea de utilidad tanto para enfermeras/os en ejercicio como aquellas/os que se encuentran en formación de pregrado, que además contribuya a potenciar la gestión del cuidado dirigida a la población de personas mayores.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS, VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL Y ALGUNAS REFLEXIONES PRELIMINARES

CARLOS ALBERTO FERNÁNDEZ-SILVA

un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en las personas mayores y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos¹.

Así son definidos los síndromes geriátricos. Existen algunos más prevalentes que otros, pero la presencia o factores de riesgo que conduzcan a cualquiera de ellos ameritan su intervención a fin de contribuir a la mantención de la funcionalidad de las personas mayores, foco sobre el cual se deben centrar los cuidados que se imparten desde las diferentes instituciones sanitarias.

La complejidad en la cual se producen estas condiciones de salud requiere el abordaje interprofesional, pero este debe ser ejecutado por personal capacitado para tal fin, puesto que se genera la necesidad de cuidados específicos.

En este sentido es relevante mencionar que pese a que las temáticas geronto-geriátricas usualmente son incorporadas en el pregrado, resultan ser insuficientes para garantizar lo

anteriormente mencionado, requiriéndose además, de una postura crítica y propositiva por parte la atención primaria, a fin de cambiar el foco de atención a las personas mayores, el que actualmente se centra en la medición de su funcionalidad a través de instrumentos que requieren ser actualizados, y que omiten aspectos tan relevantes como la garantía en la continuidad de los cuidados.

Desde la perspectiva de la atención, aparece en el escenario el concepto de Valoración Geriátrica Integral (VGI), la que es entendida como un

proceso diagnóstico, multidimensional, dirigido a identificar las capacidades y problemas médicos, psicosociales y funcionales que tiene una persona mayor frágil, con el objetivo de desarrollar un plan completo de tratamiento y de seguimiento a largo plazo².

Este aspecto se suma a los requerimientos de formación especializada que hasta el momento representan una deuda sanitaria en el contexto chileno, en cuanto a la atención de las personas mayores en todos los niveles de complejidad, situación que pone en riesgo su bienestar ante el incremento de lo que se ha denominado: *el cuidado perdido*^{3,4}, fenómeno que se está estudiando desde la enfermería, y que se relaciona con la omisión de cuidados que afectan la seguridad y por lo tanto la calidad en la atención.

Uno de los grandes desafíos para la enfermería como disciplina, es incorporar los principios de la VGI en el campo de la atención primaria en salud, desde los fundamentos científicos que le son propios, aspecto que, en rigor, no debería representar mayores inconvenientes, puesto que los paradigmas que le son propios y el lenguaje estandarizado

que ha consolidado con el tiempo, contemplan las diferentes dimensiones humanas.

La pertinencia de estas proyecciones guardan coherencia con lo consagrado a nivel país en la política pública denominada *Política integral de envejecimiento positivo*, emanada en el 2012, en la que Chile se compromete a 2025 en el cumplimiento de diferentes objetivos, entre ellos, aumentar el personal capacitado en esta área, y otros aspectos que favorecerían la salud de las personas mayores; sin embargo, ad portas de la fecha límite y pese los ajustes hacia el año 2030, se puede apreciar que aún nos encontramos distantes de su cumplimiento^{5,6}.

Algunos esfuerzos se encuentran en desarrollo; entre ellos se debe destacar la gestión realizada por la Dirección Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud, desde la que se está trabajando en pro del reconocimiento de las especialidades de esta disciplina, siendo el área de los cuidados geronto-geriátricos una de sus prioridades, aspecto que sin lugar a dudas impactará favorablemente la salud de las personas mayores en todo nivel de atención, y que será un gran aporte para el posicionamiento de la gestión del cuidado en el ámbito de la atención primaria en salud.

Con lo anteriormente expuesto, se puede apreciar que el camino por recorrer aún es largo, pero requiere que avancemos con prisa para satisfacer las necesidades de una población cada vez más creciente; vale la pena retomar lo mencionado en la introducción en cuanto a la intención del presente texto en relación con la vgi, ya que si bien, esta es mencionada como parte del proceso de enfermería, no se especifican detalles de su incorporación, puesto que esta es una tarea que debe generarse desde las/os profesionales de enfermería en ejercicio actual en la atención primaria en salud, para lo cual sin duda, el presente texto será un aspecto que lo facilite.

Referencias

1. Luengo C, Maicas L, Navarro M, Romero L. Síndromes geriátricos. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. ISBN: 84-689-8949-5. 807p.
1. Baztán JJ, Valero C, Regalado P y Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32: 26-34.
1. Zárate-Grajales R, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enfermería Universitaria 2019,16(4). DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>
1. Obregón-Gutiérrez N, Puig-Calsina S, Bonfill-Abella A, Forrellat-González L, Subirana-Casacuberta M. Cuidados perdidos y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID-19: factores y estrategias influyentes. Enfermería Clínica. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.06.003>
1. Chile - Ministerio de Desarrollo Social. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 -2025. Santiago: Servicio Nacional para el Adulto Mayor – SENAMA.
1. Chile - Ministerio de salud. Envejecimiento positivo en Chile. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS MAYORES CON DISFUNCIÓN SEXUAL

DANIELA ANDREA GÓMEZ GALLARDO

Generalidades

La sexualidad es una cualidad intrínseca de los seres humanos y parte esencial de la identidad de las personas. Somos seres sexuales y sexuados a lo largo de toda nuestra vida, desde la vida intrauterina hasta la muerte¹. Según Acevedo y Bartolucci, la sexualidad es placer, comunicación, afecto y reproducción. La sexualidad humana va más allá de la genitalidad y el coito. También incluye nuestra identidad de género, el sentirnos hombre, mujer u otra identidad, así como nuestros valores, creencias e ideas al respecto de nuestro ser sexuado. Es importante destacar que negar la vida sexual o asumir erróneamente que en la adultez mayor se vive obligatoriamente de forma enferma, es privar a las personas de un Derecho Sexual y Reproductivo, es privarlas de un Bien¹.

En cuanto a la definición de disfunción sexual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 las definió como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal y como se desea. La clasificación diagnóstica de referencia para las disfunciones sexuales es la recogida en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), y las define como aquellas alteraciones en el deseo sexual, así como cambios en la psicofisiología que

caracterizan el ciclo de la respuesta sexual, y que causan disturbios y dificultades interpersonales¹.

La exploración de posibles disfunciones sexuales en la persona mayor, debería ser parte de la valoración que se realiza en las consultas de enfermería, al ser un factor importante que afecta la calidad de vida, y que puede generar otros problemas de salud relacionados con las alteraciones del estado emocional, y por ende con la funcionalidad de la persona. A continuación, se mencionan los principales cambios fisiológicos y disfunciones presentes tanto en hombres como en mujeres, aspectos que se deben incluir en la etapa de valoración al realizar el proceso de enfermería¹.

Aspectos biológicos relacionados con la disfuncionalidad sexual en mujeres

En relación con la sexualidad en las mujeres, la menopausia es una vivencia a abordar, debido a que su representación como el término de la vida fértil puede generar la sensación de mayor libertad al no existir el temor al embarazo, sin embargo, en algunas mujeres es causa de inseguridad y sensación de baja autoestima².

La menopausia se produce cuando los niveles de estrógeno disminuyen y el número reducido de folículos ováricos, pierden su capacidad para responder a la estimulación de la hormona gonadotrópica. Antes de la menopausia la principal fuente de estrógeno es el estradiol, el cual se produce en los ovarios. Cuando esta función de los ovarios disminuye, la mayoría de los estrógenos se obtienen de la conversión de androstenediona en estrona en la piel y el tejido adiposo, encontrándose muchos factores que pueden causar que los niveles de estrógeno varíen post menopausia³.

Dentro de los síntomas físicos que la menopausia puede causar podemos encontrar la fatiga, migraña, síntomas de artritis o fibromialgia, palpitaciones, sequedad vaginal, pérdida de grasa subcutánea en los labios vulvares, insomnio, disminución de la tasa metabólica, aumento del tejido adiposo en caderas y abdomen, entre otras; a nivel emocional/cognitivo se puede mencionar algunos síntomas como el mal humor, depresión, problemas de memoria, pensamiento difuso, falta de concentración, irascibilidad, impaciencia, ansiedad y la paranoia³.

El déficit de estrógenos que es característico de la menopausia, produce atrofia del epitelio urogenital lo que lleva a un aumento a la incidencia de infecciones y dolor durante el coito (dispareunia), lo que no se relaciona directamente con la disminución de la libido. Una de las alteraciones más frecuentes es la disminución de la lubricación vaginal, la que en una mujer joven puede completarse en 30 segundos, tomando hasta 5 minutos o más en una mujer en post menopausia, motivo por el que la estimulación resulta aún más relevante en esta etapa¹; otros cambios que pueden presentarse son la disminución de la distensibilidad y adelgazamiento de las paredes vaginales, y pérdida de la rugosidad de la mucosa vaginal, encontrándose zonas de irritación y sangrado³⁻⁴.

Los medicamentos también explican una parte importante de los trastornos de la función sexual en mujeres, causando no sólo disminución de la libido sino también disminución de la excitación y el orgasmo, especialmente en aquellas que consumen anticolinérgicos, antipsicóticos y antidepressivos².

Otras disfunciones que deben explorarse en las mujeres es la anorgasmia, que es más frecuente que en el hombre, alcanzando entre un 10 a 20% de las disfunciones sexuales; el vaginismo, que consiste en el espasmo involuntario del tercio externo de la vagina, que con frecuencia es de origen

psicológico, y que afecta todo tipo de inserción, bien sea al realizar algún procedimiento, como ante relaciones sexuales de tipo coital⁵.

Aspectos biológicos relacionados con la disfuncionalidad sexual en hombres

Aproximadamente el 30% de los hombres a la edad de 40 años menciona tener alguna dificultad en la erección, lo que se va incrementando con la edad alcanzando el 70% a los 70 años, cifras que son aproximadas debido a que se existe renuencia por parte de las personas afectadas para acudir al personal de salud, y abordar explícitamente este tipo de situaciones².

Existen ciertos cambios normales en la sexualidad que afloran con el envejecimiento como el enlentecimiento de la respuesta sexual, que es más notorio en los hombres, en quienes se puede evidenciar menor fluido preeyaculatorio, menor volumen y fuerza en la eyaculación por pérdida de la contractilidad muscular durante la eyaculación, y disminución de la libido. La causa de la disminución gradual de esta última es multifactorial, pero la secreción testicular de testosterona juega un papel preponderante, aunque es de mencionarse que esta disminución fisiológica es mucho menor a la que generan patologías crónicas o el consumo de alcohol².

La disminución de los niveles de testosterona es conocida como andropausia, no se produce en todos los hombres y es un proceso mucho más lento en comparación a la menopausia que ocurre en las mujeres. Al caer la testosterona el cuerpo incrementa la producción de la hormona folículo estimulante y luteinizante, como un esfuerzo para aumentar sus niveles. Este descenso es importante, debido a que los niveles bajos de testosterona pueden resultar en sarcopenia, baja en la energía, fuerza y resistencia, también es posible que ocurra disfunción

eréctil, ginecomastia, osteopenia, osteoporosis además de cambios emocionales y cognitivos², dentro de estos últimos se puede mencionar: la irritabilidad, impaciencia, mal humor, depresión, sensibilidad y en algunos casos hiperemotividad⁴.

A nivel testicular se puede apreciar disminución gradual en el volumen y la fibrosis, siendo aún un interrogante si estos cambios obedecen al proceso de envejecimiento o afecciones vasculares y celulares asociadas a otros procesos. Otros cambios que se pueden observar guardan relación con la disminución de la respuesta penénea a la estimulación, lo que conlleva a la necesidad de aumentar el estímulo táctil directo para poder concretar la erección, cuyo origen radica en alteraciones en la respuesta neuronal penénea asociada a cambios degenerativos asociados a la aterosclerosis o a enfermedades que ocasionan alteraciones vasculares o neurales como la diabetes mellitus².

Cuando aparece la disfunción sexual, esta se puede asociar a factores como el estrés, la fatiga, la depresión, y enfermedades en general, encontrándose mayor asociación con factores orgánicos (80%), si se comparan con aquellos de origen psicológico (20%), no obstante, es de mencionar que estos factores pueden estar presentes en forma simultánea².

Las patologías en diferentes sistemas pueden ocasionar una disfunción sexual, entre las más importantes se destacan aquellas que generan alteraciones vasculares como la isquemia u otras alteraciones en el drenaje venoso del pene; las neuropatías también cuentan con un porcentaje importante en los casos de impotencia, siendo las causas endocrinas y alteraciones estructurales las más raras de encontrar en este caso².

Medicamentos como los antidepresivos, betabloqueadores y antipsicóticos se relacionan a un 25% de las causas de disfunción sexual, y debe tenerse en consideración que,

cuando las personas tienen tratamientos farmacológicos por enfermedades de base, debe evaluarse si estos pueden ocasionar efectos adversos sobre la funcionalidad sexual².

La disfunción eréctil como ya lo mencionamos anteriormente es una de las disfunciones sexuales más frecuentes en el sexo masculino a medida que avanza la edad, no obstante, también se puede mencionar que existen otras disfunciones como la eyaculación precoz y la anorgasmia, que no necesariamente se ligan con esta etapa de la vida y que representan aproximadamente el 10%⁵.

Barreras psicológicas y sociales

La disfunción sexual puede tener causas psicológicas y/o sociales, la que guardan relación con el considerar como inapropiadas o ridículas las expresiones sexuales en esta etapa de la vida, conllevando a que las personas mayores forjen la idea que este tipo de aspectos sean calificados como grotesco, se debe tener presente también que los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento pueden generar ansiedad ante una falsa idea de disfuncionalidad.

La imagen corporal y la autoestima también son capaces de afectar la actividad sexual, puesto que los cambios físicos asociados al envejecimiento, junto con la sobrevaloración de la juventud a nivel social, pueden desarrollar una autoimagen negativa al considerarse poco atractiva/o hacia las demás personas.

Otros aspectos que pueden afectar la vida sexual son las ideas erróneas tales como: considerar que la prostatectomía impide la erección, la menopausia elimina el deseo sexual, o que el sexo es perjudicial si se padece de enfermedades cardíacas o problemas osteoarticulares², también el considerar que no es necesario resguardar espacios para la intimidad y

privacidad de las prácticas sexuales a las personas mayores dentro de los hogares cuando estos son compartidos por otras personas, lo que guarda relación con la negación social de su sexualidad⁶.

Dentro de las patologías con Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) declaradas por la Superintendencia de Salud, no está considerada ninguna que se relacione a la disfunción sexual en la persona mayor, tampoco en otras edades, sólo se garantiza la atención de algunas patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión, la depresión, entre otras que pudieran ser causantes de algún tipo de disfunción sexual^{7,8}.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), el abordaje de este síndrome es posible tamizarlo a partir del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)⁹, en el que, si bien no incluye un apartado exclusivo en relación con la sexualidad, sí se incorpora el tamizaje de infecciones de transmisión sexual, permitiendo recordar al profesional la necesidad de ampliar la valoración. Otras opciones de abordaje son las consultas de enfermería desde otros programas como el cardiovascular, el programa de dependencia severa, y cualquier otro escenario en el que participe o lidere enfermería.

Cabe mencionar que entre las estrategias sanitarias en el contexto de la APS en Chile, se encuentra el Programa *más adultos mayores autovalentes*¹⁰, en el que se integra el apartado de sexualidad con el objetivo de fortalecer el diálogo sobre la temática y aumentar los conocimientos sobre los cambios relacionados sobre el envejecimiento y las estrategias de afrontamiento, lamentablemente este programa no está disponible en forma permanente en los establecimientos de salud,

y su acceso es restringido a determinadas condiciones que impiden la participación de las personas mayores en general.

Ante la pesquisa de disfunción sexual, el abordaje inicial debe darse en el contexto de la APS en articulación con el equipo multidisciplinar con el fin de abordar su origen, que como bien se comentó al inicio, puede guardar relación con aspectos psicosociales, o biológicos tal como son los efectos adversos de los medicamentos, siendo pertinente la derivación inicial a médico general. Ante este escenario, las/os profesionales de enfermería deben garantizar dicha articulación, y velar por la continuidad de los cuidados, aspecto que incluye el hacer seguimiento a posibles derivaciones médicas a niveles de mayor complejidad, además de incluir y fomentar en sus cuidados el entorno, contribuyendo de esta manera al abordaje integral.

En el sistema privado la atención se articula desde las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), quienes derivan a los usuarios/as hacia consultas médicas de especialidad a partir de una derivación médica general, evidenciando de esta forma la ausencia de tamizaje, puesto que las consultas médicas iniciales son motivadas por los mismos usuarios/as. Es de mencionar que no existe la participación de un equipo multidisciplinar establecido para el acompañamiento de las personas en este contexto, puesto que las acciones sanitarias se solventan en forma parcelada, y de acuerdo con los requerimientos que se van generando por cada profesional en el transcurso de la atención en salud, invisibilizándose además, el rol como gestoras/es del cuidado por parte de las/os profesionales de enfermería.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

En relación con las prácticas culturales, se abordarán dos condiciones como son la menopausia, y la disfunción sexual, destacando que estas pueden aparecer en diferentes momentos del curso de vida de las personas adultas, pero que pueden arrastrar consecuencias para la salud, evidenciándose en momentos posteriores de la vida como personas mayores.

En relación a la menopausia, el tratamiento que más se menciona es la terapia hormonal, pudiendo reducir los síntomas característicos de este proceso, sin embargo, existen diferentes posturas con relación a los riesgos y beneficios que esta pudiera causar en las mujeres, se puede apreciar, además, escasez de evidencia respecto de alternativas naturales con base en plantas, que sean más seguras y efectivas al compararlas con el tratamiento farmacológico tradicional.

Es de mencionar que existen datos respecto de un estudio controlado en el que se utilizó ruibarbo en comparación con placebo, evidenciando utilidad en la reducción de los bochornos y otros síntomas asociados a la menopausia³.

Respecto a la disfunción sexual, en las prácticas se puede encontrar diferentes abordajes como son: la acupuntura, Tai chi, yoga, el ejercicio, la meditación, y el uso de plantas como, por ejemplo: la lubricación vaginal con brionia, ungüentos a base de caléndula, consuelda, ñame salvaje o la raíz del regaliz, también aceites de la hierba de San Juan, hierba de clavo o *liliantú*, entre otros métodos^{3,13}. Si bien la efectividad de estos métodos no está comprobada, se sugiere que las orientaciones sean impartidas por profesionales con la respectiva formación, y con la capacidad de poder evaluar en forma integral a las personas mayores, teniendo presente posibles consecuencias

negativas relacionadas con interacciones farmacológicas, y con cambios fisiológicos asociados con la edad.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

En la valoración de este síndrome usualmente tiene mayor relevancia la entrevista, y otras fuentes secundarias de información como lo son los antecedentes de la ficha clínica, por lo que de ser necesario un examen físico específico de tipo genital, debe reservarse para que se realice desde la atención médica, contribuyendo de esta manera al resguardo de la intimidad, evitando la sobreexposición innecesaria del usuario/a.

La exploración física dentro de una disfunción sexual debe ser completa y no solo del área genital ya que como se mencionó anteriormente muchas enfermedades sistémicas como la diabetes y la hipertensión arterial pueden ser causantes de estas disfunciones, por ello es necesario evaluar constantes como la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, aspectos de la piel como la coloración, lesiones, pigmentación, hidratación, aspectos neurológicos como reflejos, fuerza, sensibilidad, también a nivel cardiovascular la auscultación cardíaca, pulsos periféricos, signos de insuficiencia venosa crónica; a nivel endocrino palpación de la tiroides, la distribución del panículo adiposo. De ser necesaria la valoración de genitales, tenga la precaución de mantener informado al usuario/a, resguardar su privacidad e intimidad, y garantizar que dicha valoración sea realizada por el o la profesional idóneo para la toma de decisiones terapéuticas, de esta manera se evita la sobreexposición innecesaria, incluya en la entrevista y registre las características de flujos, secreciones y/o características del dolor que se presente en la zona genital.

A lo anterior se pueden sumar análisis de laboratorio como hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, bioquímica de sangre básica como niveles de glucemia, colesterol, función hepática y renal, lípidos además de orina elemental, además esto se puede solicitar test de sobrecarga de glucosa, niveles de testosterona, hormona foliculoestimulante, hormona lúteo estimulante, prolactina, perfil tiroideo, test para infecciones de transmisión sexual y cultivo vaginal y uretral, todo en base a la historia clínica del usuario y la exploración física, sin descartar otras técnicas más invasivas de diagnóstico que deben ser determinadas por atención especializada⁵⁻⁸.

Es importante entonces indagar por antecedentes personales: hábitos como el alcohol, tabaco y drogas además de las condiciones médicas que pudieran predisponer a la disfunción sexual, o contraindicar ciertos tratamientos para ella; también antecedentes quirúrgicos y secuelas de traumatismo en la zona genital. A continuación, se describe la nemotecnia **IMPOTENCE**, la que facilita el abordaje de las causas orgánicas durante la valoración⁵:

- **I**nflamatorias: uretritis, prostatitis vaginitis, endometriosis.
- **M**ecánicas: enfermedad de Peyronie, fimosis, atrofia vulvar, vagina posmenopáusica.
- **P**ostquirúrgicas: cirugía de próstata, episiotomías, cirugía deformante, radioterapia, simpatectomías.
- **O**clusivas: enfermedad cardiovascular y/o arteriosclerosis.
- **T**raumáticas: fractura de pelvis, fractura de columna vertebral, lesiones medulares; **E**ndurance (induración): Anemia y/o fallo cardiaco congestivo.

- Neurológicas: enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatías periféricas.
- Chemical (Químicas): alcohol, drogas tipo opiáceos, anfetaminas o cannabis, también psicofármacos como antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepinas, u otros medicamentos como diuréticos, bloqueadores beta, bloqueadores de los canales de calcio e Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA).

La última letra de la sigla corresponde a las causas *Endocrinas*: hipo o hipertiroidismo, hipogonadismo, diabetes, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario, Prolactinomas, y deficiencia de micronutrientes como el zinc.

Respecto al tratamiento farmacológico, se debe tener en cuenta no sólo el historial y la prescripción vigente, ya que conductas como la automedicación son una realidad. Entre los fármacos que pueden generar afecciones se encuentran: psicofármacos (antipsicóticos tipo litio, antidepresivos IMAO, ISRS, tricíclicos), benzodiacepinas, antihipertensivos (diuréticos: tiazídicos, espironolactona, indapamida; bloqueadores beta: propanolol, IECA: enalapril, antagonistas de calcio: verapamilo), antiulcerosos (famotidina, omeprazol); también el consumo de opiáceos, anfetaminas, cannabis, cocaína o alcohol, o hábitos como el tabaquismo⁵.

Se debe tener presente evaluar la historia sexual del usuario/a para indagar la naturaleza del problema, el modo de inicio, la gravedad, la duración, los factores precipitantes y la repercusión que trae a la calidad de vida, tanto para la persona como para su pareja. La valoración debe incluir explícitamente aspectos como el deseo sexual, la capacidad de excitación, eyaculación y orgasmo.

En cuanto a los antecedentes psicosociales, se puede incluir la valoración de la autoestima, la capacidad para afrontar su vivencia en relación con la disfunción sexual, teniendo presente las repercusiones de ésta en otras áreas como la laboral y relaciones interpersonales. Se debe indagar por el apoyo familiar y social con el que cuenta la persona, la seguridad económica, entre otros aspectos.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de disfunción sexual

A continuación, se presentarán los dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de disfunción sexual, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería^{14, 15}:

Dominio 4: Actividad / reposo

Valoración objetiva: establecer la cantidad y calidad del sueño, determinar el nivel de actividad física y dificultades en la ejecución de estas.

Valoración subjetiva: se pueden formular las siguientes preguntas: ¿cuántas horas destina para dormir?, ¿se levanta descansado?, ¿utiliza ayuda para dormir?, ¿puede realizar de manera autónoma actividades de la vida diaria? y ¿presenta algún tipo de dificultad respiratoria al realizar alguna actividad de esfuerzo?

Dominio 5: percepción / cognición

Valoración objetiva: establecer el nivel de conocimientos respecto de la sexualidad.

Valoración subjetiva: se pueden formular las siguientes preguntas: ¿qué entiende usted por sexualidad?, ¿conoce los

cambios derivados del envejecimiento en torno a las relaciones sexuales?, ¿conoce alguna estrategia de afrontamiento en torno a las dificultades de las relaciones sexuales? y ¿qué tipo de causas podrían derivar a una dificultad en las relaciones sexuales?

Dominio 6: autopercepción

Valoración objetiva: aplicación de escala de Yesavage.

Valoración subjetiva: indagar respecto del autoconcepto, autoestima e imagen corporal. Se pueden incluir preguntas como: ¿cuál es su estado de ánimo al llevar a cabo una relación sexual?, ¿cómo se definiría usted físicamente? y ¿si tuviera que destacar cosas buenas de usted qué características cree que lo reflejan?

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: establecer las relaciones generadas con la pareja y redes de apoyo, se puede incluir instrumentos de valoración familiar tipo genograma y mapa de redes.

Valoración subjetiva: se sugiere incluir preguntas como: ¿con quién vive?, ¿cuál es su situación laboral?, ¿hay alguna persona que esté a su cargo?, ¿cuenta con apoyo por parte de su familia?, ¿cómo definiría este apoyo?, ¿existe algún conflicto entorno al funcionamiento de su familia o en las relaciones familiares?, ¿cuenta con el apoyo de una pareja?, ¿cómo definiría su relación con esta pareja? y ¿si tiene algún problema a quién recurre?

Dominio 8: sexualidad

Valoración objetiva: establecer la capacidad o habilidad para participar en relación con la sexualidad.

Valoración subjetiva: preguntas que pueden aplicarse para este ítem: ¿usa algún método de protección al llevar a cabo

una relación sexual?, ¿cómo definiría sus relaciones sexuales? y ¿está satisfecho con la manera en la que desarrolla su sexualidad?

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración objetiva: establecer el nivel de ansiedad, temor, impotencia y estado de ánimo en torno a la sexualidad.

Valoración subjetiva: se pueden plantear las siguientes preguntas: ¿cuáles son sus sentimientos previos al llevar a cabo una relación sexual?, ¿expresa sus sentimientos entorno a las relaciones sexuales con alguna persona?, ¿se siente ansioso/a al llevar a cabo una relación sexual?, ¿cómo cree usted que está llevando a cabo el afrontamiento de su sexualidad? y ¿cree que podría mejorar la forma que soluciona sus problemas en torno a su sexualidad?

Dominio 12: confort

Valoración objetiva: establecer el nivel o percepción de bienestar ó dolor que pudiese estar presente en aspectos relacionados con la sexualidad.

Valoración subjetiva: se pueden formular las siguientes preguntas: ¿presenta algún tipo de dolor, prurito o algún otro malestar al llevar a cabo una relación sexual?, ¿se siente cómodo al llevar a cabo una relación sexual? y ¿hay situaciones entorno al desarrollo de sus relaciones sexuales que le incomoden?

Se debe tener presente que la valoración planteada hace parte de información básica para los cuidados, no obstante, la profundización en cada uno de estos aspectos debe ser realizada por personal especializado en el área y bajo el enfoque multidisciplinar, lo que requiere derivación médica hacia niveles de mayor complejidad. Se sugiere revisar los protocolos institucionales para tal fin.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Posibles etiquetas diagnósticas, intervenciones y/o actividades de uso frecuente para el síndrome y ejemplos de parámetros de evaluación^{14,16}.

Etiqueta: 00126 Conocimientos deficientes

Intervenciones / actividades

1. Conocimiento del funcionamiento sexual: enseñanza de sexo seguro, enseñanza de sexualidad y asesoramiento sexual.
2. Conocimiento del manejo del dolor: aromaterapia, autohipnosis, terapias de relajación simple.

Etiqueta: 00120 Baja autoestima situacional

Intervenciones / actividades

1. Ayudar a la persona a identificar y expresar sus sentimientos: ser empático, no juzgar; escuchar. No desalentar expresiones; y, preguntar a la persona en qué estaba pensando cuando comenzó a sentirse de esa manera.
2. Ayudar a la persona a identificar las autoevaluaciones positivas: preguntar el manejo de otras crisis; examinar y reforzar las habilidades y rasgos positivos; transmitir confianza en las habilidades de la persona; involucrar a la persona en el establecimiento mutuo de metas; y, reforzar el uso de ejercicios para desarrollar la autoestima.
3. Valorar y movilizar el sistema actual de apoyo: ayudar a la persona a participar en organizaciones de voluntariado local.
4. Ayudar a la persona a aprender nuevas habilidades de afrontamiento: animar a la persona a imaginar futuros y

resultados positivos; reforzar la creencia de que la persona tiene el control de la situación; y, obtener un compromiso para la acción.

Etiqueta: 00118 Trastorno de la imagen corporal

Intervenciones / actividades

1. Establecer una relación de confianza entre la enfermera y la persona: animar a la persona a expresar sus sentimientos, especialmente acerca de cómo se siente, piensa, o se ve a sí misma; reconocer los sentimientos de hostilidad, tristeza, miedo y dependencia; enseñar estrategias para afrontar las emociones; evitar la crítica; y, procurar privacidad y ambiente seguro.
2. Promover la interacción social: ayudar a la persona a aceptar la ayuda de los demás; animar la participación en actividades grupales; ofrecer la oportunidad de compartir con personas con experiencias similares.

Etiqueta: 00223 Relación ineficaz

Intervenciones / actividades

1. Enseñar: hablar diariamente sobre los sentimientos; entender los sentimientos de la pareja; hacer participar a la pareja cuando se analizan y validan las soluciones o pedirle su opinión sobre el problema; establecer un sistema de apoyo; y, participar juntos en actividades de pareja.

Etiquetas: 00059 Disfunción sexual y **00065** Patrón sexual ineficaz

Intervenciones / actividades

1. Valorar los factores causales o contribuyentes
2. Analizar los patrones de actividad sexual de la persona: animarle a compartir sus preocupaciones; discutir la relación entre la actividad sexual y los factores estresantes de

la vida; aclarar la relación entre los factores estresantes y el problema en la actividad sexual; explorar las opciones disponibles para reducir los efectos de los factores estresantes en la actividad sexual.

3. Reiterar la necesidad de que la pareja sexual se comunique con franqueza: analizar como la persona y su pareja pueden usar el juego de roles para analizar las preocupaciones sobre el sexo; reiterar la necesidad de cercanía y expresiones de cariño mediante caricias, masajes y otros medios; y, sugerir que la actividad sexual no siempre debe terminar con un coito, sino que la pareja puede llegar al orgasmo a través de la estimulación manual u oral.
4. Procurar derivar a otros profesionales: profesional médico (quien deberá derivar a la consulta de especialidad de ser necesario), enfermera especialista, profesional de matronería, y/o psicólogo/a.
5. Tratar los factores en personas con enfermedad aguda o crónica: eliminar o reducir los factores causantes o contribuyentes si es posible; enseñar la importancia de cumplir el régimen terapéutico; procurar información apropiada a la persona y a su pareja referente a las limitaciones reales de la actividad sexual causadas por la enfermedad; y, enseñar las modificaciones posibles en las prácticas sexuales para ayudar a afrontar las limitaciones causales por la enfermedad.
6. Intervenciones geriátricas: explicar que el envejecimiento normal influye en la actividad reproductiva pero no tiene mucho impacto en la actividad sexual, analizar los intereses, actividades, actitudes y conocimientos sobre la sexualidad; explicar los efectos determinados de los fármacos en la actividad sexual; en el género femenino analizar la calidad de la lubricación familiar y la disponibilidad de lubricantes hidrosolubles; y, propiciar la formulación de preguntas.

Etiqueta: 00146 Ansiedad

Intervenciones / actividades

1. Ayudar a la persona a reducir el nivel de ansiedad: proporcionar tranquilidad y confort; no exigirle nada ni pedirle que tome decisiones; respaldar los mecanismos actuales de afrontamiento; hablar despacio y con calma; ser consciente de la propia preocupación y evitar la ansiedad recíproca, transmitir una comprensión empática; tranquilizar a la persona diciéndole que encontrara una solución; respetar el espacio personal; concentrarse en el presente; establecer una interacción tranquila; proporcionar medidas fisioterapéuticas que sirvan de ayuda a relajarse; y, demostrar técnicas de respiración.
2. Ayudar a la persona a reconocer la ansiedad y sus causas: ayudar a la persona a ver que la ansiedad leve puede ser un catalizador positivo para el cambio y no es necesario evitarlo; pedir a la persona que valide su valoración de ansiedad; determinar mecanismos de afrontamiento habituales, valorar las necesidades o expectativas no satisfechas; y, enseñar a las personas estrategias para interrumpir la ansiedad.
3. Disminuir o eliminar los mecanismos de afrontamiento problemáticos: depresión; negación; y, expectativas poco realistas de uno mismo.
4. Fomentar la resiliencia: favorecer discretamente el humor; fomentar el optimismo; y, fomentar la discusión con personas significativas.
5. Iniciar la educación para la salud y la derivación a otros profesionales: explicar con términos no técnicos, comprensibles, las enfermedades o tratamientos relacionados; enseñar a la persona ejercicios de reafirmación personal; y, enseñar cómo utilizar técnicas de relajación.

Etiqueta: 00148 Temor

Intervenciones / actividades

1. Evaluar factores contribuyentes.
2. Reducir o eliminar factores contribuyentes: orientar a la persona con explicaciones sencillas; hablar de manera tranquila y pausada; y, alentar el dominio gradual de una situación.
3. Iniciar educación para la salud y derivar a otros profesionales: enseñar técnicas de relajación progresiva; propiciar la lectura, música y ejercicios de respiración; enseñar técnicas de auto preparación; enseñar el uso de la imaginación; y, propiciar ejercicios físicos.

Etiqueta: 00125 Impotencia

Intervenciones / actividades

1. Evaluar factores causantes y contribuyentes: falta de conocimientos y patrones previos de afrontamiento inadecuado.
2. Eliminar o reducir factores contribuyentes: mejorar la comunicación eficaz con el personal de salud; dedicar tiempo a contestar preguntas; anticipar preguntas e intereses y ofrecer información; destacar los cambios positivos en el estado de la persona; y, permitir a la persona expresar preocupaciones y sentimientos.

Etiqueta: 00214 Disconfort

Intervenciones / actividades

1. Valorar la presencia de fuentes de disconfort.
2. Prevenir la sequedad excesiva: lubricar la zona.
3. Evitar el uso de lociones irritantes.

Etiqueta: 00132 Dolor agudo

Intervenciones / actividades

1. Establecer el nivel de dolor.

2. Valorar los factores que reducen la tolerancia al dolor, tales como temor y falta de conocimientos.
3. Reducir o eliminar los factores que incrementan el dolor: explicar la causa del dolor si se conoce y hablar de la intensidad del dolor.
4. Colaborar con la persona a fin de seleccionar métodos posibles para reducir la intensidad del dolor: disponibilidad de la persona y capacidad de participar; preferencias; lubricación; practicar la distracción; y, practicar técnicas de relajación.

Evaluación: algunos parámetros de evaluación que se pueden emplear son: pautas de evaluación de actividades educativas; cuantificación del dolor mediante Escala Numérica Abreviada (ENA); registro de asistencia a terapias grupales e individuales; y, percepción de la condición de salud propia del usuario.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de disfunción sexual

Camilo es una persona mayor de 66 años, quien acude a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) para realizarse un control de salud cardiovascular, debido a su antecedente de hipertensión desde hace 20 años. Durante la valoración la enfermera le consulta respecto a su sexualidad, y Camilo se muestra un tanto temeroso a hablar, y refiere que “no tiene relaciones sexuales con su pareja actual -Ángela- desde hace 5 meses”, la enfermera ahonda en el motivo, a lo que Camilo responde que a él le gusta su pareja, que la encuentra atractiva y que le gustaría tener relaciones sexuales con ella, pero que ya no logra mantener una erección. Señala que lo ha conversado con ella, y juntos decidieron tratar este problema sexual mediante una hierba medicinal que les recomendó una persona

cercana: la hierba de clavo o leliantú. Camilo refiere que, en un comienzo las primeras dos semanas este método les funcionó, pero luego ya no le hacía efecto. La enfermera complementa la valoración incluyendo aspectos psicosociales, detectando que Camilo refiere preocupaciones a nivel económico para sobrellevar el mantenimiento de su hogar, lo que es una fuente importante de ansiedad.

Diagnóstico: 00059 Disfunción sexual R/C ausencia de intimidad y aspectos psicosociales familiar M/P cambio no deseado en la función sexual y percepción de limitación sexual.

Objetivo: el usuario mejorará su disfunción sexual evidenciado en función sexual activa, en un plazo de 6 meses mediante acciones multidisciplinarias en el cesfam.

Intervención: valorar factores causales o contribuyentes.

Actividades: animarle a compartir sus preocupaciones y analizar los intereses, actividades, actitudes y conocimientos sobre la actividad sexual.

Intervención: discutir la relación entre la actividad sexual y los factores estresantes de la vida

Actividades: aclarar la relación entre los factores estresantes y su incidencia en la actividad sexual, y explorar las opciones disponibles para reducir los efectos de los factores estresantes en la actividad sexual.

Intervención: orientar respecto de alternativas y necesidad de comunicación sincera

Actividades: reiterar la necesidad de cercanía y expresiones de cariño mediante caricias, masajes y otros medios; sugerir que la actividad sexual no siempre tiene que terminar en un coito vaginal, sino que la pareja puede llegar al orgasmo a través de la estimulación manual u oral; fomentar la comunicación y expresión sincera respecto de las percepciones, relacionadas con el ejercicio de la sexualidad.

Intervención: educación

Actividades: explicar que el envejecimiento normal influye en la capacidad reproductora pero no necesariamente en la actividad sexual; explicar otros efectos de la hierba medicinal, hierba de clavo o leliantú; y, explicar los efectos adversos del uso de la terapia farmacológica si esta es prescrita por profesional de la medicina.

Intervención: derivar a otros profesionales

Actividades: derivación a profesional de medicina y/o de psicología según protocolo institucional.

Intervención: Seguimiento.

Actividad: fijar cita para reevaluación y verificar cumplimiento a sesiones de seguimiento a cargo de otros profesionales.

Evaluación:

- Logrado: usuario notifica actividad sexual activa sin apoyo farmacológico en el plazo establecido.
- No logrado: usuario continúa sin actividad sexual satisfactoria en el plazo establecido.

Luego de la derivación a médico de Camilo por parte de la enfermera, se le indicó el uso de sildenafil y se le realizó una derivación al CAE de urología, en donde se descartó algún tipo de dificultad a nivel físico para mantener sus relaciones sexuales, por lo que se continuó con el tratamiento que le proporcionó médico general, las intervenciones programadas por la enfermera y el acompañamiento psicológico en el establecimiento de atención primaria.

A raíz de este caso podemos evidenciar la importancia que representa para las personas mayores el mantener un contacto físico con su pareja, y la necesidad de educarlos respecto de la sexualidad, lo que amerita tener presente las construcciones sociales en torno de los roles de género, que usualmente implican desde una perspectiva masculina, darle

prioridad a la genitalidad, y al coito, representando focos de alteración emocional cuando estos no se dan con las mismas características que en la juventud o adultez, debido a cambios asociados a la edad, o a diversas alteraciones de la salud.

Referencias

1. Acevedo Ayala J, Bartolucci Konga CB, Vásquez León M, editores. Sexualidad en el adulto mayor. Santiago de Chile: [editorial desconocida]; 2019. 92 p.
2. Gac H, Marín P. Manual de Geriatria y Gerontología. 1ra ed. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2002.
3. Eliopoulos C. Enfermería gerontológica. 8va ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.
4. Esguerra Velandia I. Sexualidad después de los 60 años. *Av. enferm.* 2007; 25(2):124-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12.pdf>
5. Herrero R. Un paciente con disfunción sexual. *Med. integral* 2002; 39(2):56-62. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-un-paciente-con-disfuncion-sexual-13026681>
6. Wong L, Álvarez Y, Domínguez M, González A. La sexualidad en la tercera edad: Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médicas Electrón.* 2010; 32(3).
7. Patologías garantizadas AUGE. Superintendencia de salud – Chile [Consultado el 8 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html>
8. Fonte Sevillano T, Rojas Pérez A, Hernández Pino Ya, Santos Hedman Damián J. Epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos de un área de salud. *Rev. cubana Med.* 2018; 57 (2): 1-18.

9. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. 1ed. Santiago (Chile): Ministerio de Salud, ISBN: 978-956-348-035-1; 2014.
10. MINSAL. [Internet]. Manual para el profesional del programa más adultos mayores autovalentes. Chile: 2015-2019. [Consultado el 16 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/012.Manual-para-el-profesional-programa-Mas-Adultos-Mayores-Autovalentes.pdf>
11. Vásquez Awad D. Menopausia, terapia de reemplazo hormonal y riesgo cardiovascular. *Medicina* 2018, 40(3): 372-373.
12. Gómez Tabares G, Maya Salazar D. Terapia de reemplazo hormonal en la menopausia. *Rev. Col. De menopausia* 2016; 22 (4): 30-44.
13. Medicamentos Herbarios Tradicionales 103 especies vegetales. Ministerio de salud Chile [Consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Libro-MHT-2010.pdf>
14. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
15. Johnson M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3th ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012.
16. Juall Carpenito L. Manual de diagnósticos enfermeros. 14va ed. Barcelona: Wolters Kluwers; 2013.

EL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD COMO SÍNDROME GERIÁTRICO

BÁRBARA CONSUELO GONZÁLEZ GÓMEZ

Generalidades

El proceso de envejecimiento conlleva a una serie de cambios de tipo físico, psicológico y social en las personas que lo vivencian, siendo una experiencia individual, que en ocasiones puede acarrear la afección de la funcionalidad en las personas mayores, generando la necesidad de una valoración que permita diferenciar entre los cambios normales y los patológicos¹.

Como parte de este proceso, algunas personas experimentan, por ejemplo, afecciones músculoesqueléticas, disminución de la audición, la muerte del cónyuge, creencias, estereotipos o prejuicios tanto autopercebidos como instalados en su entorno, o situaciones como la jubilación²⁻⁵, entre otros aspectos que potencian la necesidad de buscar acogida por parte de familiares, o bien, asumir situaciones de aislamiento que pueden ocasionar la percepción de soledad.

Es de relevar, respecto de las afecciones músculoesqueléticas, su relación con el abandono de medidas de autocuidado como la actividad física, y el aumento del tiempo que las personas mayores permanecen en su domicilio, lo que puede conducir al aislamiento y por ende, a afecciones cognitivas, conductuales y hasta del sistema inmunológico⁶, lo que conlleva a implementar medidas de cuidado interprofesional, que

favorezcan el fortalecimiento de sus redes, y la realización de actividades adaptadas a su realidad⁷⁻⁹.

Cuando las personas mayores tienen la percepción de soledad¹⁰, esta puede afectar su bienestar en general al favorecer la aparición de condiciones patológicas, que aumentan la dependencia funcional y acortan su expectativa de vida¹¹, constituyéndose de esta forma como un síndrome geriátrico, motivo por el cual se hace necesaria su exploración como parte de la etapa de valoración, a través de preguntas que directas, siendo necesario establecer lazos de confianza que faciliten la expresión de sentimientos y pensamientos respecto de dicha condición.

El que una persona mayor desee estar sola, es un factor de riesgo si se le suma el aislamiento y otros factores como las carencias socioeconómicas, es por ello que, dentro de las prestaciones que otorga el estado chileno para este grupo de la población, existe el Programa Vínculos, que emana desde el Ministerio de Desarrollo Social y consiste en un acompañamiento para personas mayores de 65 años. El objetivo del programa es entregar herramientas a las personas mayores que se encuentran en condición de vulnerabilidad social para lograr vincularse con su comuna y pares¹².

Otro programa que favorece la participación social es el Programa Envejecimiento Activo, que busca proporcionar conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y participación social, donde se necesita fomentar la responsabilidad personal, el encuentro y la solidaridad intergeneracional, y que todo esto aporte a su calidad de vida y retrasa los niveles de dependencia. En este programa pueden participar mayores de 60 años, autovalentes y autovalentes con riesgo de dependencia¹³.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Debe tenerse en consideración que las personas mayores pueden decidir vivir solas, lo cual debe asumirse como parte de la autonomía, y por ende, como un aspecto que favorece el reconocimiento de su dignidad; sin embargo, la preocupación debe generarse ante expresiones que demuestren la percepción de soledad, ó cuando se evidencie disminución de sus redes de apoyo, pérdida de la funcionalidad, alteraciones emocionales, y/o algún otro parámetro que indique condiciones de vulnerabilidad, como consecuencia de esta condición.

Entre las medidas que se pueden adoptar en el contexto de la atención primaria en salud son:

- Contar con un catastro de personas que viven solas, y con información respecto de su valoración funcional tanto física, cognitiva y emocional.
- Realizar visitas domiciliarias para establecer vínculos, y detectar tempranamente cualquier alteración que indique la percepción de soledad.
- Favorecer actividades intergeneracionales, y comunitarias enfocadas en visibilizar a las personas mayores, lo que se puede lograr a través de la educación para la salud y desde la perspectiva de la gestión del cuidado comunitario.
- Realizar y verificar la aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), examen integral que busca pesquisar todos los factores de riesgo que pueda presentar la persona mayor, dentro de este examen se realiza la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), el que incluye en uno de sus apartados la pesquisa de alteraciones emocionales a través de la escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage*,

si esta escala da un resultado alterado (mayor a 6 puntos), se debe derivar a médico para confirmación de depresión y posterior ingreso a Garantías Explícitas en Salud (GES).

- Incluir a la persona mayor en los programas Vínculos y Envejecimiento Activo si cumple los parámetros para ello.

En el caso de personas mayores que se encuentran solas, sin redes de apoyo y en estado de vulnerabilidad, se debe articular el trabajo con asistentes sociales, quien deberán gestionar su postulación al Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor, donde existen dos líneas de acción: los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) y los Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT). En los primeros se entrega alojamiento, evaluación geriátrica integral, atención gerontogeriátrica, de estimulación y rehabilitación, alimentación, y apoyo tanto al cuidado personal como socio-comunitario, promoviendo la vinculación de residentes entre sí y con la comunidad. Para aquellas personas mayores que se encuentran solas, en condición de vulnerabilidad, pero no presentan algún grado de dependencia, pueden optar a CVT encontrando una alternativa para poder vivir en forma independiente, en la que se les proporciona apoyo psicosocial y comunitario, promoviendo su vinculación con la red social y comunitaria, favoreciendo de esta forma su integración y autonomía¹⁴.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Según un estudio realizado por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) y el Servicio Nacional del Adulto

Mayor (SENAMA) realizado en 2013 sobre el Rol Social de las Personas Mayores en Primer Encuentro del Adulto Mayor Indígena⁴⁵, las personas mayores son el motor dentro de sus comunidades, son indicio de sabiduría y respeto, por lo que siempre están acompañadas y muchas veces se les consulta sobre decisiones, ya que tienden a ser referentes, siendo este un ejemplo a seguir para lograr su valoración social en otros contextos culturales, evitando de esta forma el aislamiento.

Como estrategia de fortalecimiento comunitario enfocado en el reconocimiento de las personas mayores en la sociedad, y que a su vez aporta a evitar el aislamiento, se puede fomentar encuentros intergeneracionales, aportando de esta manera a realizar cambios culturales, que permitan derribar los estigmas y conceptualizaciones erróneas que se tienen hacia este grupo poblacional.

Adentrándonos en aspectos territoriales, y como parte de las percepciones cotidianas, en el sur austral de Chile las condiciones climáticas relacionadas con el frío y la lluvia, favorecen el que las personas prefieran realizar actividades dentro de sus hogares, forjando una visión cultural desde y hacia las personas mayores, que consideran este aspecto como algo normal y cotidiano, omitiendo el riesgo que implica el que por ello pueda restringir su participación en actividades comunitarias y sociales.

Es importante tener presente que esta realidad va a muestra diferencias si se compara, por ejemplo, la vida urbana y la rural, ya que en la primera se puede apreciar la tendencia a establecer pocos vínculos sociales, evidenciados en el desconocimiento de las personas mayores respecto de sus vecinos/as, situación que usualmente no ocurre en el entorno rural.

La incorporación de estos aspectos en forma explícita como parte de la valoración de enfermería, y del contexto sanitario general relacionados con las personas mayores,

es trascendental, puesto que impactan sobre su bienestar, requiriéndose posturas críticas desde las/os profesionales, que permitan alejar el paradigma biomédico y den paso al pertinente paradigma biopsicosocial.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Es complejo identificar este síndrome geriátrico mediante un examen físico, debido a que lo que se afecta principalmente afecta las esferas psicológica, emocional y social, motivo por el cual es relevante prestar atención durante los momentos de encuentro, para detectar aspectos como la disminución de la higiene corporal y/o despreocupación por la imagen, cambios bruscos en el estado nutricional (por exceso o déficit), deshidratación y alteraciones de la movilidad, o cualquier otro que pueda requerir atención. Los aspectos específicos de la valoración se mencionarán en el siguiente apartado a partir de los dominios NANDA.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de Soledad

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que se relacionan con el síndrome de soledad, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que aplican para esta condición¹⁶⁻¹⁷:

Dominio 1: Promoción de la salud

Valoración subjetiva: valorar el significado de salud para la persona, si está interesada en cuidarse, si sigue con algún régimen terapéutico, si logra el bienestar.

Dominio 2: Nutrición

Valoración objetiva: valorar estado peso, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), masa muscular por bioimpedancia; y, establecer la cantidad y calidad de ingesta alimentaria.

Valoración subjetiva: indagar respecto del acceso a alimentos y cambios en la ingesta de alimentos relacionados con su estado emocional.

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: aplicación de efam.

Valoración subjetiva: indagar respecto de los cambios en el interés por las actividades que realiza en forma rutinaria.

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: realizar mapa de redes, genograma y eomapa.

Valoración subjetiva: Indagar respecto de las redes de apoyo; conocer respecto de la asistencia a controles de salud; indagar respecto de la asistencia a actividades sociales; y, explorar niveles de ansiedad.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00097 Déficit de actividades recreativas

Intervenciones / actividades

Terapia de entretenimiento: ayudar al usuario a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales; proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Etiqueta: 00168 Estilo de vida sedentario

Intervenciones / actividades

Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

- Evaluar el nivel actual del usuario de ejercicio diario.
- Ayudar al usuario a incorporar actividades físicas de forma diaria.
- Informar al usuario el propósito de aumentar el ejercicio físico y su importancia.

Etiqueta: 00193 Descuido personal

Intervenciones / actividades

1. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
2. Facilitar el mantenimiento de las rutinas del usuario respecto a la higiene corporal.
3. Proporcionar objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).

Etiqueta: 00124 Desesperanza

Intervenciones / actividades

Apoyo emocional: apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados; ayudar al usuario a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza; y, proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Etiqueta: 00054 Riesgo de soledad

Intervenciones / actividades

Apoyo emocional: ayudar al usuario a reconocer sentimientos como ira, ansiedad o tristeza; proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena; permanecer con el usuario y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de mayor ansiedad; y, realizar mapa de redes para valorar redes de apoyo del usuario/a.

Etiqueta: 00053 Aislamiento social

Intervenciones / actividades

1. Potenciación de la socialización: fomentar actividades sociales y comunitarias; ayudar al usuario a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
2. Aumentar los sistemas de apoyo: determinar el grado de apoyo familiar; determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso; remitir a programas comunitarios de fomento / prevención / tratamiento / rehabilitación, si procede.
3. Facilitar las visitas: determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos; controlar periódicamente la respuesta del usuario a las visitas de la familia.

Ejemplos de parámetros de evaluación: mapa de redes (aumenta círculo de apoyo familiar y social); asiste a actividades realizadas en el centro de salud; y, refiere disminuir nivel de ansiedad y tristeza.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de soledad

Estela de 68 años, viuda hace 15 años, no tuvo hijos, de profesión profesora, trabajó en escuela Rural de Lenca, jubilando hace 3 años. Tiene diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 5 mg y dislipidemia en tratamiento con Atorvastatina 10 mg. Ha faltado a su control de salud previo.

Acude al EMPAM con enfermera, sin acompañante. Vive sola en el sector rural de Lenca, donde tiene relación constante con una vecina; no tiene relación con otros vecinos ni familiares, debido a conflictos personales y de intereses económicos por parte de ellos. Al comenzar con la anamnesis, comenta que se encuentra preocupada, ya que su vecina,

única con la que tiene contacto, se mudará a la ciudad, por lo que se siente angustiada.

También comenta que desde que se jubiló, se ha alejado de a poco de sus amistades, ya que decidió quedarse en el campo y refiere no salir y preferir quedarse en casa con su mascota. Relata que hace 3 meses estuvo muy enferma con un cuadro respiratorio que la tuvo en cama y su vecina se encontraba de viaje, por lo que comenzó a asustarse, al darse cuenta que no contaba con alguien en caso de alguna emergencia. Estela, se muestra preocupada y le consulta a la enfermera si es posible que la apoye para solucionar esta situación.

Diagnóstico: 00054 Riesgo de Soledad R/C Aislamiento Social, secundario a jubilación y vivienda aislada.

Objetivo: la usuaria aumentará redes de apoyo para evitar su aislamiento social a través de acciones multidisciplinarias en Posta Rural de Lenca, en un plazo de 3 meses.

Intervención: apoyo emocional

Actividades: comentar la experiencia emocional; explorar con ella qué ha desencadenado las emociones; aplicar escala *Yesavage* para evidenciar si existe riesgo de depresión; escucha activa; y, realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Intervención: potencialización de la socialización

Actividades: fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas, lo que requiere el realizar un mapa de redes, ecomapa, y otros instrumentos de valoración familiar y comunitaria; animar a la usuaria a cambiar de ambiente: participar en actividades recreativas volver a reunirse con amistades del trabajo, y/o vincularse en los grupos comunitarios que se ofrecen en la aps; fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, a través de los grupos conformados en la comunidad; explorar

formas de comunicación a través del uso de internet: foros, videollamadas, entre otros.

Intervención: mejorar el afrontamiento

Actividades: tratar de comprender la perspectiva de la usuaria; potenciar la percepción de fortalezas; y, emplear las tecnologías de la información y comunicación, lo que puede implicar la alfabetización digital, y el fortalecimiento de redes desde los entornos virtuales.

Evaluación:

- Logrado: la usuaria recibe o ejecuta al menos una visita a la semana y expresa sus emociones de forma clara. Se evidencia el aumento de sus redes de apoyo en 3 meses a través del ecomapa y mapa de redes. Emplea las tecnologías de la información y comunicación para mantener contacto.
- Medianamente logrado: la usuaria recibe al menos una visita a la semana, no expresa sus emociones de forma clara, y el aumento de sus redes de apoyo en 3 meses recibiendo visitas 1 vez por mes, emplea ocasionalmente las tecnologías de la información y comunicación.

Es de mencionar que existen otros diagnósticos de enfermería que pueden aplicarse a este tipo de situaciones, sin embargo, es de destacar la importancia que tiene la ejecución de acciones de promoción y prevención en todas las etapas del curso de vida, y que tengan como foco propender por la creación y/o mantenimiento de redes de apoyo tanto familiares como comunitarias. Este aspecto facilita el reconocimiento de aspectos sociales en el contexto de la salud, especialmente en personas mayores, quienes pueden sufrir a causa del aislamiento social provocado o autoimpuesto. Se requiere del trabajo multiprofesional entre asistentes sociales, terapeutas

ocupacionales, profesionales de psicología, y enfermeras/o, entre otros. Se genera también la necesidad de incorporar las tecnologías de la información en el quehacer cotidiano de salud, lo que se ha evidenciado con mayor fuerza a raíz de la contingencia sanitaria experimentada desde el 2020 a raíz de la epidemia por COVID-19.

Referencias

1. Martins NFF, Abreu DPG, Silveira RS da, Lima JP de, Bandeira E de O, Santos C de SCS, et al. O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. *Research, Society and Development*; Vol 10 No 1; e44610111977 DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11977>
2. Arteaga CE, Santacruz JG, Ramírez LJ. Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. *Acta Médica Colombiana* 2011; 36(1): 30-5.
3. Reyes-Rodríguez MF, Cujíño-Medrano M, Cano-Santana D, Orozco-Barragán S, Pereira-Morales Á, Díaz-Trujillo MC. Afrontamiento y viudez en la vejez: Estudio mixto en población colombiana. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines* 2020;37(1):1-29.
4. Velasco V, Suárez G, Limones M, Reyes H, Delgado V. Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research* 2020; 6(1):85-96. DOI: <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.204>
5. Martins, T. The retirement and the social bond: reflections on transition 's convergences and divergences. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria* 2017, (30): 153-161. DOI: https://doi.org/10.7179/PSRI_2017.30.11
6. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro N, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista*

- Española de Geriatria y Gerontología 2009; 44 (3): 137-42.
DOI <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.12.001>
7. Fan Q. Utilizando las TIC para prevenir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Una revisión literaria. Cuadernos de Trabajo Social 2016; 29 (2): 185-200. <https://doi.org/10.5209/CUTS.251771>
 8. Rebollar AM, Francisco WC. Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica 2015; 36 (3):181-90. <https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4>
 9. Arias C. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED 2009; 1(1):147-58 DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158>
 10. Cardona J, Villamil M, Henao E, Quintero A. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. Rev. Fac Nac. Salud Pública 2009; 27 (2).
 11. Villaverde Fonseca IM, López Martos S. Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. RqR 2021; 9 (1): 29-41.
 12. Programa vínculos [Internet]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor -SENAMA; [Consultado el 17 de octubre 2019]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/vinculos>
 13. Programa Envejecimiento Activo [Internet]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor - SENAMA; [Consultado el 17 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo>
 14. Servicios de Atención de Vivienda-Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor [Internet]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA [Consulta-

- do el 16 de octubre de 2019] Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/vivienda>
15. Servicio Nacional del Adulto Mayor. CONADI y SENAMA presentan resultados del estudio sobre el rol social de las personas mayores en primer encuentro del adulto mayor indígena. SENAMA, Diciembre 27 de 2019 [Consultado el 10 de enero de 2020] Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/conadi-y-senama-presentan-resultados-del-estudio-sobre-el-rol-social-de-las-personas-mayores-en-prim>
 16. Hospital Universitario Reina Sofía. Intervenciones dirigidas a etiquetas diagnósticas. Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e Investigación. [Internet] [Consultado el 20 de octubre de 2019] Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/cuidados_enfermeria/nanda_nic.pdf
 17. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

SARCOPENIA EN LAS PERSONAS MAYORES

MACARENA ANDREA TAPIA RABÍ

Generalidades

La sarcopenia es la pérdida gradual de la masa, fuerza y función de los músculos esqueléticos relacionada a la edad. Sus determinantes son un conjunto de factores genéticos y ambientales en una compleja serie de interacciones entre ambos. A su vez, es una consecuencia que no ocurre de forma obligatoria con el envejecimiento, puesto que se puede prevenir, retrasar su aparición e incluso revertir, a través de intervenciones destinadas a mejorar la nutrición y la actividad física ^{1,2}.

El Grupo Europeo de Trabajo sobre la Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada (EWGSOP)³, elaboró en el año 2010, una definición clínica práctica y criterios diagnósticos de consenso de la sarcopenia relacionada con la edad. Dichos criterios son: la masa muscular baja, menor fuerza muscular y menor rendimiento físico. El diagnóstico se establece con el criterio 1 más el criterio 2 ó 3.

El diagnóstico de sarcopenia requiere de la cuantificación de la masa muscular esquelética apendicular (MMA), para lo cual el método considerado como “Gold Standard” en los estudios clínicos, es la medición por DEXA³ (absorciometría radiológica de doble energía), que es una de las tres técnicas de imagen para calcular la masa muscular o la masa magra. La DEXA es un método alternativo atractivo con fines de in-

vestigación y uso clínico para diferenciar los tejidos adiposo, mineral óseo y magro. Este estudio de cuerpo entero expone al paciente a una cantidad mínima de radiación. El principal inconveniente es que el equipo no es portátil, lo que puede descartar su uso en estudios epidemiológicos a gran escala. Las otras técnicas imagenológicas, son tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM)³.

Según la última actualización del EWGSOP y el Consenso Asiático de Sarcopenia (AWGS), es recomendable primero realizar un screening a través del cuestionario SARC-F o el SARC-CALF para identificar el riesgo de sarcopenia. El SARC-F es un instrumento de fácil aplicación, empleado para detectar el riesgo de sarcopenia, en el cual se indaga respecto del grado de dificultad que tiene una persona mayor para realizar 4 actividades funcionales (fuerza para cargar objetos, caminata, levantarse de una silla y subir escaleras), y además considera el número de caídas que el paciente ha tenido durante el año. La puntuación es de 0 a 10 donde el valor de referencia para definir riesgo de sarcopenia es ≥ 4 puntos. Debido a que éste instrumento no considera una medición de masa muscular o de composición corporal, fue adicionada al cuestionario la medición del perímetro de la pantorrilla, denominándose SARC-CALF. El valor para definir riesgo de sarcopenia a partir de esta modificación, es cuando el instrumento arroja un valor ≥ 11 puntos (Chen et al., 2020)⁴.

La sarcopenia, cuando se presenta en personas mayores, las hace susceptibles a limitaciones funcionales, discapacidad y dependencia, debido a que la debilidad muscular ocasiona problemas de movilidad que se pueden traducir en caídas, con las consecuentes fracturas, y la serie de eventos que estas puedan ocasionar, colocando en riesgo no sólo la funcionalidad, sino también su vida⁵.

Pese a que su etiología no es clara, se ha establecido relación con aspectos como el sedentarismo, la obesidad y la alimentación, haciendo necesaria su intervención en forma interprofesional, siendo estos aspectos el foco desde el cual se debe abordar esta problemática⁵⁻⁸, en todo contexto de atención, y en especial en los centros de Atención Primaria en Salud, a través de acciones de promoción y prevención.

Según la Guía Clínica del Adulto Mayor Frágil elaborada por el Ministerio de Salud, vincula a la sarcopenia con la fragilidad, principalmente por su efecto en la fuerza y resistencia física, que traen consigo la dependencia funcional; por este motivo resulta relevante mencionar los criterios para detectar Fragilidad, que han sido basados en la propuesta realizada por Linda Fried⁹:

- Pérdida involuntaria de más de 4,5 kilos o una disminución mayor o igual al 5 % del peso previo en el último año.
- Disminución en un 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo y al IMC. Se acepta como válida la auto percepción de pérdida de fuerza de las manos.
- Pobre resistencia: definida como la autopercepción de agotamiento fácil frente a las actividades habituales.
- Velocidad al caminar una distancia de 15 pies (4,6 m) mayor o igual a 6 ó 7s, según sexo y talla. Se aceptará válida la autopercepción de pérdida en la velocidad de la marcha previa (se puede considerar también el *test de timed up and go* que se aplica en el examen de medicina preventiva del adulto mayor).
- Baja actividad física según una versión de un cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas. Se acepta como válida la disminución de las actividades

físicas previas informadas por el adulto mayor o sus familiares.

Se considera que si una persona cumple con tres o más criterios alterados, existe una alta probabilidad de considerarse como frágil.

Es relevante tener presente que para el manejo integral del síndrome de sarcopenia, no existe una Garantía Explícita en Salud (GES), pero sí es posible encontrar orientaciones actualizadas para su manejo desde el Ministerio de salud en Chile¹⁰, sin embargo, debido a los aspectos comentados anteriormente, sería pertinente que su detección, diagnóstico y manejo, tuviesen carácter obligatorio.

La falta de dicha obligatoriedad, es una muestra del poco valor que se le ha dado a la prevención y promoción desde el ámbito estatal, puesto que las garantías de salud siguen centrándose en las complicaciones, es así como se pueden encontrar coberturas ante determinados tipos de fracturas y accesos a dispositivos de órtesis, que si bien, responden a una necesidad real de la población, no contribuyen a solucionar el problema de base, y por el contrario, posibilitan la aparición de varios síndromes geriátricos en forma simultánea, podemos ejemplificar a través de la sarcopenia que sin tratamiento, va a generar dismovilidad, la dismovilidad a su vez, aumenta el riesgo de caídas y consecuentes fracturas, las que a su vez, hace más propenso a las personas a generar lesiones por presión, y así sucesivamente, siendo una cadena de eventos que afectan de forma severa la salud y el bienestar de las personas mayores.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) entendidas como la coordinación entre la APS y los demás niveles de atención en salud (nivel hospitalario y atención de especialidad), permiten garantizar la continuidad de los cuidados, aspecto que es fundamental en consideración del modelo de atención integral de salud declarado en Chile¹¹.

En relación con la sarcopenia, su detección y manejo inicial debería ser una tarea prioritaria a realizar desde la APS, posibilitando establecer tempranamente los vínculos con otras instituciones de salud de mayor complejidad, según requerimientos de la persona mayor afectada.

Se requiere además considerar la elaboración de planes de cuidados desde una perspectiva multiprofesional, en los que se cuente con profesionales de la nutrición, kinesiología, medicina, y educadores/as físicos, siendo la consulta de enfermería el eje articulador.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

En general, es sabido que las personas a lo largo del curso de vida le dan poca importancia a la realización de ejercicio físico¹², lo que da como resultado que el sobrepeso y la obesidad tomen con mayor fuerza un papel protagónico, lo que representa un riesgo a la aparición de la sarcopenia al alcanzar la adultez y adultez mayor.

Sumado a lo anterior existen estigmas y autoestigmas desde los que se forjan actitudes y conductas, que pueden conducir al sedentarismo, alteraciones funcionales, y otros factores de riesgos^{12, 13}, que pueden incrementar los riesgos

hacia el bienestar, entre ellos la dificultad de mantener una adecuada masa muscular.

Esta condición conlleva a la necesidad de educar tanto a la persona mayor como a las personas que están en su entorno, en cuanto a los beneficios de la actividad física, además, de la forma en que deben adaptarla a sus condiciones de salud y dinámicas cotidianas de la vida, aspectos que pese a ser elementales, es frecuente que se dejen en un segundo plano, representando la necesidad de realizar cambios culturales tanto en los usuarios/as, como en los equipos sanitarios.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

El foco de la evaluación debe estar en la valoración nutricional, recordando que el estado nutricional afecta el funcionamiento de otros sistemas, y se expresa en la calidad de diferentes tejidos y órganos, como lo son el pelo, las uñas y la piel. A continuación, se presentan los aspectos generales^{5,14}:

- Verificar estado de la boca, dientes y/o prótesis dental.
- En forma ideal, los datos de peso y talla deben ser complementados con el uso de pesas de bioimpedancia, que permitan establecer el porcentaje de grasa y músculo, aspectos que pueden ser de utilidad para el seguimiento de las intervenciones.
- Durante la valoración física, es importante evaluar la fuerza muscular en las cuatro extremidades, y prestar atención a la contextura de la persona, teniendo presente que la sarcopenia se puede presentar independientemente de si la contextura es normal, o de una persona con sobrepeso u obesidad.
- La evaluación de la fuerza se puede apreciar indirectamente cuando la persona es capaz de caminar

sin alteraciones, y en forma intencionada, se le puede pedir levantar sus extremidades, verificando que pueda vencer la gravedad. Finalmente se le puede poner resistencia a cada extremidad, mediante las manos de quien examina. Esta evaluación puede ser realizada desde la consulta de enfermería, o con profesionales especialistas desde la misma disciplina, o de profesionales de la kinesiología.

- Valorar la marcha también es un parámetro importante, puesto que debido a la sarcopenia se puede presentar dificultad para caminar o realizar determinado tipo de actividades cotidianas.
- Valoración del funcionamiento cardíaco y respiratorio, puesto que alteraciones en estos sistemas pueden conllevar a dificultades para la realización de actividad física; de estar presente, las actividades deben ser instruidas por personal especializado.
- Valoración cognitiva y emocional, puesto que pueden relacionarse con cambios en la ingesta de alimentos, y la capacidad para ejecutar actividades de autocuidado, por lo que resulta relevante incluirlos en pro de la valoración integral.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de Sarcopenia

A continuación se presentará la valoración por dominios NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que se relacionan con el síndrome de sarcopenia, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud¹⁵:

Dominio 1: Promoción de la salud

Valoración objetiva: Aplicación de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Dominio 2: Nutrición

Valoración objetiva: aplicación Mini Nutritional Assessment (MNA); establecer las medidas antropométricas; cuantificar la composición corporal por bioimpedancia; valorar nivel de fuerza y marcha; y, verificar calidad de pelo, uñas y piel.

Valoración subjetiva: identificar el conocimiento que posee la persona mayor en relación con la alimentación, su estado cognitivo y afectivo.

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración subjetiva: indagar respecto del nivel de ejercicio o actividad física que realiza y el conocimiento que tiene sobre las necesidades y características de este aspecto según su edad y enfocados en la prevención o intervención de la sarcopenia.

Dominio 6: autopercepción

Valoración subjetiva: valorar la autoimagen y valorar la autoestima.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración subjetiva: valorar el estado mental y valorar el afrontamiento ante el síndrome.

Dominio 11: seguridad / protección

Valoración objetiva: aplicación de efam.

Valoración subjetiva: valorar el tono muscular e identificar conocimientos sobre la prevención de caídas.

Dominio 12: confort

Valoración subjetiva: valorar la conformidad con su vida e indagar respecto de las redes de apoyo.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00257 Síndrome de fragilidad del anciano

Intervenciones / actividades

Enseñanza: con respecto al proceso de la enfermedad y el proceso vital.

Vigilancia: no dejar sola a la persona mayor, respetando su autonomía e intimidad; ayuda con la mejora en el afrontamiento respecto al proceso de envejecimiento y la pérdida de masa muscular; y, brindar un apoyo emocional a la persona, ya que esta afección puede conllevar a la depresión.

Etiqueta: 00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Intervenciones / actividades

Ayuda para ganar peso: analizar las posibles causas de la baja de peso corporal; controlar el consumo diario de calorías; y, proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico de acuerdo con las sugerencias del profesional en nutrición.

Etiqueta: 00232 Obesidad

Intervenciones / actividades

Necesidad de asesoramiento nutricional: derivación hacia el profesional en nutrición del Centro de Salud Familiar (cesfam).
Enseñanza: cuantificar el peso, estableciendo una meta de pérdida razonable disminuyendo ansiedades y temores que se puedan presentar ante la incorporación o aumento de la

actividad física. Y también, es importante detectar si el aumento de peso se relaciona con problemas de tipo emocional, si ese es el caso, se quiere intervenir y solucionar la causa de base, con apoyo del equipo de salud.

Etiqueta: 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad

Intervenciones / actividades

Ayudar con el manejo de la energía: determinar las limitaciones físicas del usuario; determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del usuario; favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones; determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos); en caso de que el usuario fume, hay que ayudarlo para que deje de fumar: aconsejando de forma clara y consistente que deje de fumar; ayudar al usuario a identificar las razones por las cuales debe dejar de fumar; remitir a un programa de grupos o terapia individual, de ser necesario.

Etiqueta: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

Intervenciones / actividades

1. Potenciar la autoestima: animar al usuario a identificar sus propias virtudes; reafirmar las virtudes personales que identifiquen al usuario; proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del usuario, si procede; ayudar a establecer metas objetivas realistas para conseguir una autoestima más alta; y, ayudar al usuario a reexaminar las percepciones que tiene de sí mismo.
2. Derivar a psicólogo/a de ser necesario.

Etiqueta: 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

Intervenciones / actividades

1. Ayudar en el control del estado de ánimo: brindar apoyo emocional; realizando una escucha activa al usuario; vigilar

el estado anímico del usuario; e incitar al usuario a decir todo lo que siente.

2. Derivar a psicólogo/a de ser necesario.

Etiqueta: 00155 Riesgo de caídas

Intervenciones / actividades

Prevención de caídas: identificar conductas y factores que conlleven al riesgo de caídas; identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (como suelos resbaladizos o escaleras sin baranda, etc.); y, ayudar a controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Etiqueta: 00053 Aislamiento social

Intervenciones / actividades

1. Dar apoyo y aumentar las redes de apoyo.
Ejemplos de parámetros de evaluación
 - Mejoría evidente de la fuerza, resistencia, y/o desplazamiento (complementa la evaluación de la ganancia de masa muscular).
 - Comprensión respecto del concepto de fragilidad, e implementación de acciones de prevención y/o recuperación.
 - Comprensión de la condición de sarcopenia fomentando su aceptación y afrontamiento.
 - Asistencia a actividades de grupo para realización de actividades físicas y asimismo relacionarse con más personas que tienen la misma afección.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de sarcopenia

Acude al CESFAM para consulta con enfermera el señor Mauricio, persona mayor de 81 años, quien se encuentra viudo desde hace 2 años, junto a su hijo mayor, Matías (32 años), quien refiere que viven juntos, pero que debido a sus ocupaciones, no puede estar pendiente de su seguridad todo el tiempo.

Matías trabaja, y además debe cuidar de su hijo semana por medio, ya que se encuentra separado de su pareja. Mauricio, con antecedentes de hipertensión arterial hace 5 años y artrosis en ambas manos, se encuentra en buenas condiciones higiénicas y presenta aspecto enflaquecido. Su hijo comenta que tiene los controles y las vacunas al día, se toma los medicamentos en el horario establecido, todos los días, con una buena adherencia al tratamiento.

La enfermera realiza el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Mauricio refiere que bebe una copa de vino todos los días al almuerzo y no fuma cigarrillos. Y corrobora lo comentado por su hijo, añadiendo que él realiza lo que puede, ya que hace un año presentó una caída a raíz de la cual se lesionó su mano derecha, lo que le ha dificultado realizar algunas actividades. También refiere que “se cansa rápidamente” al caminar en trayectos cortos, por lo que vuelve enseguida a su hogar.

- Control de signos vitales: PA: 145/90 mmHg; FC: 90 lpm; FR: 15 rpm.
- Medidas antropométricas: talla: 1,58 m; peso: 52 kg; IMC: 20,8 kg/m²; Circunferencia de Cintura: 88 cm.
- EFAM parte A: 45 puntos; Mini Mental State Examination (MMSE): 18 puntos (normal); *Yesavage*: 3 puntos; EFAM parte B: 34 puntos; Resultado: autovalente con riesgo.

Examen físico

Mauricio se encuentra en buen estado general, orientado en espacio y tiempo, de contextura ectomorfa. Además de presentar un buen estado cognitivo, el cual se objetiva en el efam.

- Cabeza: buen estado, pelo intacto y limpio; cuero cabelludo indemne; se palpan ganglios móviles indoloros.
- Cuello: sin lesiones visibles, sin dolor a la palpación, piel indemne.
- Fanéreos: piel en buenas condiciones, indemne, mucosas rosadas y bien hidratadas.
- Tórax: simétrico, sin lesiones, sin dolor a la palpación.
- Abdomen: simétrico, sin lesiones, blando, depresible e indoloro. Ruidos hidroaéreos o peristálticos presentes sin masas palpables ni visceromegalias.
- Extremidades superiores: simétricas, con leve dolor al levantar el brazo izquierdo debido a que posee una lesión antigua por haberse dislocado el hombro izquierdo. Además de presentar artrosis en ambas manos.
- Extremidades inferiores: simétricas, sin edema en las piernas, pero se aprecia claudicación al caminar.
- Pies: en buen estado general. Limpios, uñas cortas, sin lesiones visibles.
- Musculatura: Mauricio ha perdido gran porcentaje de masa muscular, así como también fuerza en brazos y piernas. Lo que se vio demostrado en el efam cuando no pudo alcanzar el lápiz con la mano izquierda y se le dificulta levantarse cuando se le pidió recoger el lápiz del suelo. Además de no poder realizar el test *Time Up and Go* (TUG) por agotamiento.

Diagnóstico: síndrome de fragilidad del anciano R/C disminución de energía, de la fuerza y alteración emocional M/P malnutrición, deterioro de la movilidad física, antecedentes de caídas, fatiga al moverse, y posible sarcopenia.

Objetivo: el usuario disminuirá el avance del síndrome de la persona mayor frágil, evidenciado en una mejora de la resistencia y estado físico a través de intervenciones del equipo multiprofesional en un plazo de 3 meses en el cesfam.

Intervención: ayudar a ganar peso

Actividades:

1. Analizar las posibles causas de la pérdida de peso del usuario realizado por enfermera.
2. Realizar junto con nutricionista y en conjunto con el usuario un control de la ingesta calórica diaria, con el fin de poder aumentar el peso del usuario sin complicar su estado de salud.
3. Proporcionar una lista de alimentos nutritivos de alto contenido calórico para que el usuario tenga la posibilidad de escoger, para ello se requiere el acompañamiento de la/el profesional de nutrición.

Intervención: ayudar a mejorar la resistencia física

Actividades

1. Motivar al usuario con respecto a la realización de ejercicio y los beneficios que conllevan.
2. Planificar en conjunto con el usuario una rutina de ejercicio acorde al nivel de resistencia del usuario e ir aumentando el tiempo de este plan con el fin de aumentar la resistencia y mejorar el estado físico, de ser necesario orientar hacia consulta kinésica.

Intervención: prevenir las caídas

Actividades

1. Identificar conductas y factores en el usuario que afecten y aumenten el riesgo de caídas.

2. Realizar una visita domiciliaria con el fin de identificar las características del ambiente en la vivienda del usuario que puedan aumentar las posibilidades de caídas (por ejemplo: pisos resbaladizos, escaleras sin baranda, entre otros).
3. Derivar a kinesiología al usuario para rehabilitación de lesión en el hombro y mejorar la deambulación para evitar las caídas.
4. Educar al usuario en el control de la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Evaluación

- Logrado: el usuario logra ganar masa muscular y aumenta la resistencia física (Test de *TUG* en parámetros normales).
- Parcialmente logrado: Logra aumentar la resistencia la resistencia física, pero no hay pérdida ni ganancia de masa muscular.
- No logrado: El usuario pierde masa muscular y se aprecia deterioro de su resistencia física en relación con el control inicial.

En el presente caso se puede apreciar al comienzo que el hijo del usuario suministra los datos pese que su padre está en condiciones de darlos por sí mismo, lo que genera pérdida de la autovalencia, y que debe ser un tema importante para abordar durante el control, con el fin de hacer conciencia sobre este tipo de actitudes que implican paternalismos innecesarios y nocivos hacia la salud de las personas mayores.

En el contexto de la valoración, se requiere mayor profundización, teniendo presente que el abordaje de los aspectos físicos es relevante, sin embargo, la valoración integral implica prestar atención con igual importancia a las posibles alteraciones emocionales y sociales tales como las deficiencias de

las redes de apoyo, alteraciones en la funcionalidad familiar, entre otros aspectos, lo que amerita establecer planes de cuidado a corto, mediano y largo plazo.

Desde la perspectiva del curso de vida, se destaca la importancia del fomento de la actividad física y alimentación adecuada desde el nacimiento, hábitos que impactarán favorablemente en la salud de las personas mayores, y es por ello que se deben considerar como foco de las acciones en salud pública, requiriendo su abordaje de forma interprofesional y transdisciplinar.

Referencias

1. López Plaza B, Gómez Candela C, Bermejo López LM. Problemática nutricional relacionada con la fragilidad y la sarcopenia en personas de edad avanzada. *Nutr Hosp* 2019;36 (3):49–52. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.02809>
2. Age and Ageing. [lugar desconocido]: Oxford University Press; abril de 2010. 12 p. Sarcopenia: Consenso Europeo sobre su definición y diagnóstico. Informe del Grupo Europeo de trabajo sobre la sarcopenia en personas de edad avanzada. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2015/11/Consenso-2010-Sarcopenia-Age-and-aging.pdf>
3. Montero-Errasquín B, Cruz-Jentoft AJ. The value of sarcopenia in the prevention of disability. *Med Clin* 2019 ;153(6): 243–4. DOI <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.006>
4. Sepúlveda Loyola, W., Luna Corrales, G., Ganz, F., González Caro, H., & Suziane Probst, V. (2020). Sarcopenia, definición y diagnóstico: ¿Necesitamos valores de referencia para adultos mayores de Latinoamérica?. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 259 - 267. doi:10.5354/0719-5346.2020.53583

5. Serra Rexah J. A. Consecuencias clínicas de la sarcopenia. *Nutr. Hosp.* 2006; 21(Suppl 3): 46-50.
6. Héctor Fuentes-Barría, Sebastián Urbano-Cerda, Raúl Aguilera-Eguía, Catalina González-Wong. Ejercicio físico y suplementación nutricional para el combate de la obesidad sarcopénica en adultos mayores. *Universidad y Salud* 2020;23(1): 46-54.
7. García-González AI, Axtle-Serrano Z, López-Teros M, Szlejf C, Martínez-Ruiz A, Rosas-Carrasco O. Intervenciones clínicas en obesidad osteosarcopénica: alimentación, actividad física y psicológica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2018;;56 (Suppl 1): 82-93.
8. Rendón-Rodríguez R, Osuna-Padilla I. El papel de la nutrición en el manejo de la sarcopenia en el adulto mayor. *Nutr Clin Med* 2018; 12 (1): 23-36. DOI: <https://doi.org/10.7400/NCM.2018.12.1.5060>
9. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica del adulto mayor frágil. Santiago: Ministerio de Salud, 2008.
10. Ministerio de Salud de Chile. Guía de práctica clínica Sarcopenia. Santiago: Ministerio de Salud, 2020.
11. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago: Subsecretaría de redes asistenciales, 2012.
12. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 16 febrero de 2018. [Consultado el 8 Ene 2020]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160512_deportes_en_forma_levantar_pesas_resistencia_salud_positivo_jmp
13. Barranquero R, Ausín B. Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Psicogeriatría* 2019; 9 (1): 41-47.

14. Gazitúa R. Manual de Semiología. [Internet]. Santiago: Pontificia Universidad Católica, 2007 [Consultado el 21 Oct 2019] Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/indice.html>
15. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

DISMOVILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

MARÍA JOSÉ SOTO VELÁSQUEZ

Generalidades

La dismovilidad es un síndrome que por su prevalencia ha cobrado relevancia en los cuidados de las personas mayores, se define como “la molestia, dificultad o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, usualmente ligada a un trastorno de tipo biológico, psíquico, social y/o espiritual, que afecta la calidad de vida, siendo usualmente progresivo en el tiempo”^{1,2}. Definiéndose como “molesta” aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento (“arco del movimiento”) y “dificultosa” aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento¹.

Las causas más frecuentes de la dismovilidad, corresponden a la esfera biológica, y corresponden a alteraciones del aparato locomotor, aunque es posible establecer que en un gran número de casos, ya existía un nivel de Dismovilidad previo a la aparición de estas causas; y a que, por regla general, una vez que es posible determinar las enfermedades que afectan el área motora, el daño que ya se encuentra establecido¹.

En general, la dismovilidad progresa en forma lineal tras su instalación y en la mayoría de los casos, la evolución está ligada, en cuanto a rapidez, a la forma de instalación. Una vez instalada, la dismovilidad de instalación aguda progresa en forma más rápida que la dismovilidad larvada.

Puede decirse también que es la dismovilidad aguda la que se diagnostica con mayor acuciosidad y rapidez, puesto que las entidades nosológicas causales tienen una gran dosis de espectacularidad, y la pérdida de funcionalidad es abrupta y evidente en relación al nivel de actividad previo del paciente. No obstante, en términos de similitud, existe un común denominador para la dismovilidad aguda y larvada: ambas se diagnostican cuando existe un deterioro importante, que en general coincide con una etapa avanzada. Sólo que en la dismovilidad de instalación aguda el diagnóstico es precoz, y en la forma de instalación larvada, el diagnóstico generalmente es bastante tardío¹.

El diagnóstico de dismovilidad, se complementa con un método diagnóstico triaxial, centrado en 3 ejes:

Primer eje: corresponde a la forma de instalación, según la cual la dismovilidad puede ser aguda o larvada³.

Segundo eje: corresponde al tiempo de evolución, según lo cual la dismovilidad puede ser reciente o antigua. Se define como reciente aquella dismovilidad con evolución de hasta un año; y antigua aquella con más de un año de evolución.

Tercer eje: etapificación de la dismovilidad (ETADI), un sistema en continuum que caracteriza 3 tipos básicos de movilidad (pedestación, sedestación y encamamiento). Consta de 5 etapas con 2 sub etapas cada una. De este modo, se tiene: etapa 1: paciente con vida de pedestación; etapa 2: paciente con vida sedente; y, la etapas 3, 4 y 5: etapas de Encamamiento.

A partir de esta definición se invita a dejar de lado conceptos como como postrado e inmovilidad, pues existían vacíos en sus definiciones relacionados con elementos etiológicos, diagnósticos, evolutivos, terapéuticos y pronósticos^{1,2}.

Desde el punto de vista fisiológico, asociado al envejecimiento, el músculo esquelético sufre importantes cambios, entre ellos⁴:

- Disminuye su masa, especialmente las fibras tipo 2.
- El músculo esquelético, es infiltrado con grasa y tejido conectivo.
- Existe desarreglo de las miofibrillas.
- Disminuyen las unidades motoras y el flujo sanguíneo.
- A nivel subcelular, hay acumulación de moléculas con daño por estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, y falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la formación de miofibrillas.
- Existen cambios posturales por alteraciones en la columna: disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.
- Disminución en la actividad osteoblástica.
- Menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.
- Enlentecimiento de la remodelación de tendones y ligamentos.
- Estos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza, conllevando a la posibilidad de aparición de este síndrome en las personas mayores⁴.

Etiología de la dismovilidad

Como se mencionó anteriormente, la dismovilidad es un síndrome geriátrico, el cual tiene distintos orígenes, ya sea aguda o larvada, la cuales se mencionan a continuación⁴:

- Dismovilidad Aguda: origen agudo, con causales como accidente cerebrovascular (ACV), infarto agudo al miocardio (IAM), amputación secundaria a Diabetes Mellitus (DM), fracturas, traumatismos, entre otros.
- Dismovilidad Larvada: causada por patologías de tipo crónica entre ellas: osteoartritis degenerativas, obesidad, sedentarismo, parkinson, o procesos cancerosos.

En consideración de lo anterior, se puede apreciar que existen patologías que afectan directa o indirectamente al sistema músculo esquelético, trayendo consigo alteraciones funcionales que pueden limitar las actividades básicas cotidianas, que a su vez desencadenan alteraciones psicológicas y emocionales en quienes las vivencian, en su familia y en el entorno. Se hace necesario prestar atención a los cambios del estado de ánimo, expresiones continuas de cansancio, el aislamiento social, o cualquier otra manifestación que dé cuenta de ello, haciendo necesario, además, descartar un cuadro depresivo, lo que puede lograrse a través de la valoración geriátrica integral⁶⁻⁷.

Se requiere entonces el abordaje multidisciplinar, para garantizar la integralidad de los cuidados, mediante acciones que permitan recuperar la funcionalidad y/o evitar la progresión de la dismovilidad, y a su vez, que se ofrezca el apoyo psicosocial respectivo, en pro de atenuar el impacto que esta situación representa.

Es de mencionar que desde una perspectiva más global, se puede evidenciar la falta de entornos amigables⁸, desde los que se reconozca entre otras condiciones, a las personas que vivencian la dismovilidad, lo que se manifiesta en la falta de rampas para facilitar el desplazamiento en silla de ruedas, estacionamientos adaptados, y el uso correcto de estos espacios, por lo que se hace necesaria una cultura social que reconozca estas realidades, no sólo para las personas mayores, sino también para cualquier individuo de otras edades.

GES vinculadas al síndrome de dismovilidad

En cuanto a las Garantías Explícitas en Salud (GES), la dismovilidad como tal no está abordada, pero se puede mencionar algunas de estas garantías desde las que se establecen vínculos con esta condición⁹:

- Problema de salud auge N° 12: endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
- Problema de salud auge N° 34: depresión en personas de 15 años y más. Es de destacar que esta condición puede ser causa o consecuencia de la dismovilidad.
- Problema de salud auge N° 36: órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
- Problema de salud auge N° 37: acv Isquémico en personas de 15 años y más.
- Problema de salud auge N° 44: tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar.
- Problema de salud auge N° 62: enfermedad de Parkinson.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Existe el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, dirigido a todas aquellas personas que sufran dismovilidad severa, sin importar su origen: física, psíquica o multidéficit. El programa busca preparar a las familias que cuidan a este tipo de usuarios, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar, contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Para acceder a este programa, el único requisito es estar inscrito en un centro de APS y estar clasificados como dependiente severo según índice de Barthel¹⁰.

Es importante mencionar que desde el año 2018 se crearon las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), bajo un modelo de atención geriátrica integral, con el propósito de lograr que el proceso de hospitalización genere el menor daño posible e

incluso pueda ser una oportunidad de rehabilitación funcional e intervención en otros ámbitos de la persona mayor, para ello se vale de la valoración geriátrica integral y coordinación de cuidados dentro de la red asistencial, y con otros programas sociosanitarios ofrecidos por las Municipalidades o instituciones como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); además participa en el comité técnico multisectorial para la gestión de cupos en establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), todo ello con el fin de disminuir la incidencia de fragilidad en la persona mayor.⁶

Estas unidades tienen los siguientes criterios de ingreso:

- Que la persona mayor tenga 2 o más síndromes geriátricos.
- Riesgo de pérdida de funcionalidad con un Índice de Barthel basal de 60 puntos o más (considerada como 2 semanas previas a su hospitalización).
- La uga corresponde a una unidad de cuidados medios (ex agudos), por lo cual la persona mayor no debe estar con riesgo vital al momento de su ingreso.
- En el caso del traslado a la uga desde otra unidad del hospital, debe previamente producirse la autorización de la especialidad (médica o quirúrgica) del servicio de origen y estipulado en ficha clínica.

En este programa, la coordinación con otros niveles asistenciales está a cargo de la enfermera gestora de casos y la trabajadora social, a través de un trabajo conjunto y coordinado, poseen un rol clave en la mantención de una comunicación permanente, en especial con el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de referencia. En este contexto, la detección precoz de alguna complicación o reagudización del cuadro, debe ser comunicada oportunamente entre los niveles asistenciales

correspondientes, favoreciendo una entrega oportuna de la atención de salud que la persona mayor requiera.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Se hace necesario educar a la persona mayor y a su familia o cuidadores contextualizando los términos a utilizar para ello, de acuerdo con la cultura y/o nacionalidad de estos. También recordar preguntar si los usuarios tienen creencias propias para el tratamiento con respecto a la dismovilidad, y así identificar si estos son un aporte o una complicación al tratamiento y rehabilitación de este.

Como se mencionó anteriormente, se requieren cambios culturales que permitan la inclusión de las personas con este síndrome, a través de espacios y ciudades amigables, un aspecto que está al debe en nuestra sociedad, y que requiere contemplar las diferencias regionales, en particular las diferencias climáticas, y características geográficas que acompañan con amplia diversidad el territorio nacional en Chile, haciendo necesario su reconocimiento y consolidación a través de políticas públicas.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

A continuación, se mencionan algunos aspectos a destacar de la valoración general²⁴:

El examen físico general

1. Posición y decúbito: valorar si el usuario utiliza algún apoyo técnico o si se encuentra permanentemente en cama.
2. Marcha o deambulación: valorar forma, frecuencia y autonomía al momento de realizar el proceso de deambulación.

3. **Facies:** valorar si se genera facie de dolor al momento de realizar el examen físico.
4. **Constitución y estado nutritivo:** valorar si existe malnutrición por déficit o exceso.
5. **Examen de la piel y sus anexos:** valorar si existen lesiones en la piel, ya sean úlceras por presión o derivadas de otras patologías como dm.
6. **Examen físico segmentario**
7. **Examen de la cabeza:** valorar si existe alguna alteración ya sea a nivel ocular o de audición que pudiesen causar restricción en la movilidad de la persona mayor.
8. **Examen del tórax:** valorar si existe presencia de arritmias o alteraciones respiratorias.
9. **Examen del abdomen:** valorar presencia de hernias.
10. **Examen de la columna y articulaciones:** valorar si la persona tiene limitación del rango articular o alteraciones a nivel de la columna que impidan su movilidad de forma adecuada.
11. **Examen extremidades:** valorar tono muscular y fuerza, además de la presencia de lesiones o deformidades en ellas.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de dismovilidad

A continuación, se presentarán los dominios y diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que se relacionan con el síndrome de dismovilidad, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería¹²⁻¹⁴:

Dominio 2: Nutrición

Valoración objetiva: aplicación de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Valoración subjetiva: valorar si existe dificultad para alimentarse de forma autónoma o si lo hace con alguna ayuda.

Dominio 3: Eliminación

Valoración subjetiva: valorar si existe dificultad para ir al baño de forma autónoma y valorar uso de pañal y cuidados que realizan a diario.

Dominio 4: actividad y reposo

Valoración subjetiva: deambulación o posición en cama, así como valorar el tono muscular y la fuerza en extremidades superiores e inferiores.

Dominio 6: Autopercepción

Valoración subjetiva: valorar sentimientos de inutilidad, baja autoestima u otros que puedan indicar o hacer sospechar la presencia de depresión.

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: aplicar escala de Zarit al cuidador.

Valoración subjetiva: valorar si existe deterioro de la interacción social.

Dominio 8: sexualidad

Valoración subjetiva: indagar respecto de las creencias respecto de la dismovilidad como dificultad para el desarrollo de su sexualidad.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración subjetiva: identificar sentimientos relacionados frente a su situación de salud actual.

Dominio 10: principios vitales

Valoración subjetiva: valorar el deterioro de la religiosidad y valorar expectativas ante el síndrome de dismovilidad.

Dominio 11: seguridad / protección

Valoración subjetiva: valorar si existe deterioro de la integridad cutánea.

Dominio 12: confort

Valoración objetiva: cuantificar el dolor a través de escala numérica.

Valoración subjetiva: valorar las características del dolor y valorar el disconfort.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiquetas: 00085 Deterioro de la movilidad física; 00088 Deterioro de la ambulación; 00090 Deterioro de la habilidad para la traslación; 00091 Deterioro de la movilidad en la cama; 00155 Riesgo de caídas

Intervenciones / actividades

1. Realizar visita domiciliaria integral para identificar necesidades tanto en la persona mayor con dismovilidad, como en su familia y cuidadores.
2. Aplicar escala de Barthel a la persona mayor y según resultado, ingresar al programa de visita domiciliaria para personas con dependencia severa.
3. Verificar que la persona mayor se encuentre con el uso de órtesis o ayudas técnicas y de lo contrario, activar este ges.
4. Según grado de dependencia, gestionar con la asistente social y con el/la terapeuta ocupacional, posibles modi-

ficaciones en el hogar para facilitar la movilización de la persona mayor.

5. Realizar programa de ejercicios acorde a las necesidades y a lo que puede hacer de la persona mayor
6. Enseñar a la familia cómo realizar ejercicio según las condiciones del hogar.
7. Incentivar a la persona mayor a utilizar un calzado que se adapte a sus necesidades.
8. Incentivar a la persona mayor a que se movilice según su nivel de tolerancia, tanto de cama a silla, como desplazarse dentro de su habitación dentro de los límites de su seguridad.
9. Educar al usuario para que pueda utilizar correctamente su órtesis o dispositivo de ayuda.
10. Realizar ejercicios de extensión, sedestación o bipedestación según tolerancia de la persona mayor.
11. Realizar ejercicios de equilibrio según tolerancia de la persona mayor.
12. Realizar actividad física de tipo isométrica según tolerancia de la persona mayor.
13. Realizar ejercicios de tipo muscular, como levantamiento de pesas o ejercicios con su propio peso, según tolerancia de la persona mayor y de acuerdo a los estímulos fisiológicos que requiera la misma.
14. Realizar ejercicios de flexibilidad según tolerancia, para aumentar su rango de movimiento.
15. Sugerir alimentación saludable, abundante en vegetales, frutas y carnes blancas, evitando el consumo excesivo de grasas.
16. Aumentar la ejecución de actividad física cotidiana, como barrer, hacer la cama, caminar, subir y bajar escaleras.
17. Promover la participación de la persona mayor en actividades sociales o grupos de adultos mayores, fomentando

tanto las actividades de esparcimiento, como las de actividad física en grupo.

18. Si presenta dependencia severa, realizar cambios de posición cada 2 horas o según lo solicite.
19. Valorar la influencia de la nutrición en relación con la dismovilidad.

Etiqueta: 00046 Deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones / actividades

1. Realizar curaciones con la frecuencia que se requiera según el tipo de lesión.
2. Valorar condiciones del apósito (limpio, fijo y seco).
3. Realizar cambios de posición según necesidad de la persona mayor.
4. Realizar hidratación de la piel, con énfasis en las zonas de apoyo y pliegues.

Etiqueta: 00069 Afrontamiento ineficaz

Intervenciones / actividades

1. Gestionar la atención con psicólogo/a del cesfam tanto para la persona mayor, como para su familia y/o cuidadores.
2. Realizar visita domiciliaria integral para identificar redes de apoyo para la persona mayor.
3. Ayudar a la persona mayor a describir el proceso que vive producto del síndrome de dismovilidad, animándole a expresar sus sentimientos, percepciones y miedos.
4. Educar a la persona mayor, su familia y/o cuidadores sobre lo que significa el síndrome, el tratamiento, rehabilitación y pronóstico.

Etiquetas: 00097 Déficit de actividades recreativas, 00053
Aislamiento social

Intervenciones / actividades

1. Ayudar a la persona mayor a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
2. Incentivar a que la persona mayor realice actividades recreativas que sean de su gusto.
3. Incentivar la participación de la persona mayor en grupos de adulto mayor o en el mismo cesfam.
4. Ayudar a la persona mayor a obtener recursos necesarios para la actividad recreativa.
5. Supervisar las sesiones recreativas en caso de ser necesario.
6. Animar al usuario/a a desarrollar relaciones con personas que por ejemplo tengan intereses y objetivos en común.
7. Ayudar e incentivar a la persona mayor a cuidar y mejorar su aspecto personal.
8. Determinar el grado de conveniencia de las redes sociales existentes, el grado de apoyo familiar, los sistemas de apoyo que actualmente están en uso y también, las barreras existentes para el uso de sistemas de apoyo, todo por medio de una visita domiciliaria integral.
9. Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos, aclarando las normas de las visitas.
10. Fomentar el uso del teléfono celular para mantener el contacto con sus amigos y seres queridos.
11. Valorar el ajuste de la persona mayor a los cambios de imagen corporal.
12. Ayudar a la persona mayor a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Capacidad de caminar a paso moderado, evidenciado por un *Timed Up and Go* (TUG) ≤ 15 segundos.
- Traslado desde y hacia la silla con uso correcto de su ayuda técnica.
- Mantención del equilibrio en bipedestación, sedestación y al caminar, evidenciado además por una estación unipodal ≥ 4 segundos.
- Mantención de la movilidad de forma independiente con o sin ayuda de su dispositivo.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de dismovilidad

Esther usuaria de 76 años, vive con su hija y 3 nietos y cuyo sustento es su pensión más el ingreso de su hija. Solía ser muy independiente y alegre según antecedentes registrados en controles previos. Actualmente se encuentra inasistente a sus controles de persona mayor en el CESFAM, siendo el resultado del último Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) de hace 2 años: autovalente sin riesgo. Es por ello que la enfermera decide contactar vía telefónica para conocer el motivo de sus inasistencias, enterándose que, habría sufrido una caída desde el segundo piso de su hogar, luego de tropezarse con unos juguetes de sus nietos, por lo que estuvo hospitalizada con diagnóstico de fractura de tibia, con posterior osteosíntesis en extremidad izquierda y reposo por 1 mes. Posterior al suceso disminuyó su nivel de actividad física, lo cual comenta que la tiene muy angustiada, ya que no hace nada y sólo está acostada durante todo el día en la cama viendo televisión. Tras agendar la primera visita domiciliaria, se identifica deterioro de la movilidad física con un TUG de 25 segundos, dificultad para agacharse y para mantener el equilibrio, además de sedentarismo y sentimientos de angustia.

Diagnóstico: deterioro de la movilidad física R/C deterioro musculoesquelético secundario a caída de altura M/P TUG de 25 segundos, dificultad para agacharse y mantener el equilibrio.

Objetivo: mejorar la actividad física y la deambulación evidenciado por un tug <20 segundos en un plazo de 60 días.

Intervención: fomentar la realización de actividad física

Actividades

1. Realizar visita domiciliaria integral para identificar necesidades tanto en la persona mayor con dismovilidad, como en su familia y cuidadores.
2. Sugerir a la persona mayor el uso de un calzado apropiado a sus necesidades y que eviten la aparición de nuevas lesiones.
3. Sugerir a la persona mayor realizar actividad física de baja intensidad y tolerancia.

Intervención: realizar terapia de ejercicios de deambulación

Actividades

1. Motivar a la persona mayor a caminar dentro de espacios conocidos y que le generen confianza, estableciendo una rutina diaria.
2. Incentivar a la persona mayor a que se movilice según su nivel de tolerancia, tanto de cama a silla, como desplazarse dentro de su habitación, dentro de los límites de su seguridad.
3. Ingresar a la persona mayor al taller de prevención de caídas.
4. Evaluar la necesidad de órtesis, y de requerirse, activar ges correspondiente, recordando incorporar la educación para su uso correcto.

Intervención: realizar terapia de ejercicios de equilibrio

Actividades

1. Realizar ejercicios de extensión, sedestación o bipedestación según tolerancia de la persona mayor.
2. Realizar ejercicios de equilibrio según tolerancia de la persona mayor.

Intervención: realizar terapia de ejercicios de movilidad articular

Actividades

1. Realizar ejercicios de tipo muscular, como levantamiento de pesas o ejercicios con su propio peso, según tolerancia de la persona mayor y de acuerdo a los estímulos fisiológicos que requiera la misma.
2. Realizar ejercicios de flexibilidad según tolerancia, para aumentar el rango de movimiento de la persona mayor.
3. Aumentar la ejecución de actividad física cotidiana, como barrer, hacer la cama, caminar, subir y bajar escaleras.
4. Sugerir a la familia, modificar el orden y/o distribución de muebles y todo tipo de obstáculos que puedan interferir en la deambulación de la persona mayor.
5. Sugerir a la familia que repitan los ejercicios al menos día por medio junto a la persona mayor, para motivar a hacerlo sin miedo a que se pueda volver a caer.
6. Sugerir a la familia que salgan a caminar fuera del hogar junto a la persona mayor, para así evitar el sedentarismo, favorecer la unión familiar y la incorporación de medidas de autocuidado de forma grupal.

Es importante tener presente que las intervenciones y actividades que implican el movimiento deben ser establecidas por enfermera especialista, profesionales de la kinesiología o contar con el apoyo de educador/a físico.

Evaluación

- Logrado: usuaria deambula a diario, obteniendo un TUG ≤ 20 segundos en un periodo de 60 días.
- No logrado: a los 60 días desde la intervención, la usuaria no deambula a diario, permanece acostada y obtiene un TUG ≥ 21 segundos.

La labor de enfermería tanto en su rol asistencial, como la gestión, son relevantes para la resolución de este caso clínico, pues el enfoque disciplinar privilegia el abordaje biopsicosocial y con enfoque familiar. Desde esta perspectiva, resulta fundamental explorar las emociones asociadas a la situación principal, lo que conlleva a establecer un segundo diagnóstico de enfermería.

Respecto del trabajo con la familia, se requiere implementar estrategias como la atención domiciliaria, y atenciones telemáticas a través de llamadas, videollamadas, entre otras, mediante las cuales se facilita dar continuidad a los cuidados con poca inversión de recursos, facilitando a su vez el vínculo entre profesional-usuaria. Dicho abordaje representaría una innovación y modernización de los servicios de enfermería, si se tiene como referente las prácticas desarrolladas en la actualidad en el ámbito de la atención primaria en salud.

Referencias

1. Dinamarca Montecinos J. Reconceptualización del síndrome de inmovilidad [Internet]. Santiago: Red Latinoamericana de gerontología [Consultado el 21 de octubre 2019]. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Reconceptualizacion_Sindrome_Inmovilidad.pdf
2. Dinamarca Montecinos J. “Va a llegar a ser un mejor viejo quien se conozca a sí mismo y sepa cómo ser feliz” [Internet]. Savalnet 12, sept, 2011 [Consultado el 21 de

- octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.savnet.cl/mundo-medico/entrevistas/22515.html>
3. Dinamarca Montecinos J. Presentación: Dismovilidad. [Internet] [Consultado el 30 Julio de 2021. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Reconceptualizacion_Sindrome_Inmovilidad.pdf
 4. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(1) 19-29. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
 5. Ulloa O, Martínez L, Hernández K, Fernández L. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico “Bernardo Posse” del municipio San Miguel del Padrón. *Gac. Méd. Espirit.* 2019; 21(3): 30-39.
 6. D’Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* 2017;60(3): 38-54.
 7. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2016; 33(2):321-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2204>
 8. Egea C, Sánchez D. Ciudades amigables, Perspectivas, políticas, prácticas. Granada: Comares, 2016; 264p.
 9. Ministerio de Salud de Chile. Patologías garantizadas AUGE [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud de Chile [Consultado el 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html>
 10. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos [Internet]. Santiago: Ministerio de salud [Consultado el 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientación-Técnica-de-Atención-Integral-para-Perso>

nas-Mayores-Frágiles-en-Unidades-Geriátricas-de-AgudosUGA.pdf

11. Gazitúa R. Manual de Semiología. [Internet]. Santiago: Pontificia Universidad Católica, 2007 [Consultado el 21 de octubre de 2019] Disponible en: <http://publicaciones-medicina.uc.cl/ManualSemiologia/indice.html>
12. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
13. Enfermería actual. Dominios y Clases - Temas de Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. [Consultado el 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-y-clases/>
14. Hospital Universitario Reina Sofía. Intervenciones dirigidas a etiquetas diagnósticas. Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e Investigación. [Internet] sin fecha; [Consultado el 5 de noviembre de 2019] Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/cuidados_enfermeria/nanda_nic.pdf

LAS PERSONAS MAYORES Y LAS CAÍDAS

DAVID EMILIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Generalidades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Estas pueden tener graves consecuencias a nivel de morbilidad, mortalidad y dependencia. Se estima que en Chile una de cada tres personas mayores que vive en la comunidad, sufre una o más caídas al año¹.

Como se ha comentado en capítulos anteriores, el envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos generales que deben diferenciarse de aquellos que implican alteraciones de la salud, haciendo necesario que tanto usuarios/as, familias y comunidad aprendan a diferenciarlos², y contribuyendo de esta manera a su detección temprana e intervención oportuna.

Gac, en su artículo “caídas en el adulto mayor”³, dice en relación a las caídas, que dentro de los conceptos de importancia en torno a este tema, es necesario señalar que la mayoría de las caídas en el adulto mayor constituyen un síntoma de una enfermedad o trastorno subyacente (incluyendo iatrogenia), por lo que no es apropiado atribuir la caída sólo a peligros ambientales o a la edad.

Las caídas traen como consecuencias posibles fracturas, hemorragias internas, alteración de la funcionalidad e independencia, entre otros y tienen una etiología multifactorial,

por lo que es importante explorar a través de la valoración geriátrica integral, aspectos como: factores ambientales, enfermedades, medicamentos, y la adaptación ante los cambios fisiológicos, entre otros aspectos^{3,4}.

Factores predisponentes

Peligros ambientales: por ejemplo, suelos resbaladizos, camas altas, escaleras sin barandillas, escalones altos y estrechos, iluminación deficiente, muebles u objetos mal ubicados (obstáculos para el desplazamiento seguro), ropa y calzado inapropiado³.

Enfermedades: la persona mayor que presenta caídas, tiene en promedio 3 a 4 enfermedades coexistentes³.

Fármacos (iatrogenia). Por ejemplo, hipotensores (recordar que existe menor compensación cronótropa del corazón por disminución de sensibilidad de barorreceptores), betabloqueadores, diuréticos, hipoglicemiantes, hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos; además puede considerarse en este rubro el alcohol³.

Cambios asociados al envejecimiento que pueden predisponer a las caídas

Se pueden clasificar en dos categorías: los responsables de la estabilidad postural y aquellos que afectan la homeostasis de la presión arterial, o que pueden producir mareos o síncope. Dichos cambios son²⁻⁵:

- Reducción del tono y del control muscular junto con aparición de rigidez musculoesquelética (pérdida de neuronas dopaminérgicas de ganglios basales).
- Pérdida de dendritas en células de la corteza motora (encargadas de innervación de músculos proximales)

antigravitarios del brazo, tronco, espalda y miembros inferiores), lo que se manifiesta entre otras cosas en una menor elevación de los pies al caminar tanto en terrenos planos como también al subir y bajar escaleras, aumentando el riesgo de caídas y a la vez dificultando la amortiguación del golpe (disminución de la fuerza) produciendo consecuencias más graves que en etapas anteriores en el curso de vida.

- Aumento de inestabilidad debido a modificación del centro de gravedad, lo que trae aparejada pérdida en el equilibrio con más facilidad; reacciones más lentas y balanceo al andar.
- Alteración de reflejos posturales.
- Alteración de barorreceptores y reducción de flujo cerebral.
- Alteraciones auditivas o visuales con disminución de la agudeza visual, problemas para diferenciar los tonos de un mismo color, en particular los azules, verdes y violetas; cataratas, lo cual conlleva a mala visión especialmente en la noche.
- Alteraciones neuroendocrinas, como disminución de renina y aldosterona, que alteran el manejo del sodio y del volumen intravascular (fragilidad ante la deshidratación).

Retomando la idea de las caídas como consecuencia de una alteración de base, a continuación se mencionan las enfermedades y/o alteraciones patológicas que con mayor frecuencia las originan⁴:

1. Causas cardiovasculares: asociadas generalmente a síncope o mareos, generados por diferentes tipos de arritmias, alteraciones de la presión arterial como el ortostatismo o la hipotensión esencial, miocardiopatía obstructiva

como la estenosis aórtica o mixoma auricular, la embolia pulmonar, el infarto del miocardio, la disfunción de marcapasos, hipersensibilidad del seno parotídeo y el ataque isquémico transitorio.

2. Causas neurológicas: accidente vascular encefálico (AVE) y sus secuelas, ataque isquémico transitorio (TIA), el *drop attack* que es la repentina caída al suelo por pérdida de la fuerza muscular, sin alteración de la conciencia, en la etiología se han implicado diversos mecanismos entre los que destacan la insuficiencia vertebro basilar transitoria, la epilepsia o la inestabilidad vestibular, la miopatía, la mielopatía, las alteraciones cognitivas, cuadros confesionales (delirio, demencia), parkinsonismo, epilepsia u otras convulsiones y trastornos laberínticos isquémicos, infecciosos o traumáticos.
3. Causas osteoarticulares: entre las causas de origen osteoarticular podemos mencionar osteoporosis, osteomalacia, osteoartrosis, gonartrosis, coxoartrosis, espondiloartrosis y gota.
4. Causas diversas: hipoglicemia, anemia, infecciones, intoxicaciones, alteraciones endocrinas por mal funcionamiento de la de la glándula tiroides, trastornos psicógenos, incontinencia urinaria, nicturia, parálisis, ataxia, edema, diabetes mellitus y malnutrición por exceso o por déficit.

Aspectos psicológicos y sociales

Dentro de los aspectos a considerar al evaluar las caídas o su riesgo, es importante vincular temas relacionados con la autopercepción de la imagen corporal producto del envejecimiento, debido a que trastornos en este aspecto, puede conllevar a utilizar innecesariamente elementos o dispositivos

ortopédicos como apoyo a la marcha o el desplazamiento, o evitar su uso generando riesgo^{5, 6}.

En este contexto un grupo de investigadores de la Universidad del Bío-Bío en Chile, evidenciaron que en un universo de 64 personas mayores de entre 60 y 94 años, el 7,8% utiliza el bastón cuando se moviliza dentro de la casa, el 45,3% cuando se moviliza fuera de la casa, el 46,9% cuando se moviliza por todas partes; y el 48,4% expresó que no le agrada utilizar el bastón, lo cual concuerda con lo mencionado en los párrafo anteriores, si consideramos que del total de personas mayores que presentaron caídas, el 61% no estaba usando el bastón al momento de caer⁷.

Otro de los aspectos psicológicos relevantes, guarda relación con la preocupación por la imagen corporal en diferentes momentos de la vida, que pueden conllevar a la adopción de prácticas de autocuidado relacionadas con el ejercicio, representando un aspecto protector contra las caídas cuando las personas alcanzan la vejez; sin embargo, cuando existe sobrevaloración de la juventud, la aparición de cambios corporales con la edad pueden predisponer a estados ansiosos o depresivos, convirtiéndose en un factor que afecta la movilidad y predispone a la aparición de caídas⁶; es por ello que resulta relevante el abordaje educativo de este tipo de temáticas a lo largo del curso de vida, desde los que se puede fortalecer aspectos como la imagen corporal, autoeficacia y mitos sobre el envejecimiento, siendo un aporte indirecto a la prevención de este síndrome geriátrico.

En relación con temas sociales, el médico Felipe Salech, geriatra del Hospital Clínico Universidad de Chile y académico de los departamentos de Medicina Interna Norte y de Neurociencias, establece que en el país tenemos la misma prevalencia de caídas en personas mayores que se presenta a nivel internacional; esto es, uno de cada tres adultos mayores

se ha caído el último año, lo que representa una situación problemática para el sistema de salud. Además de ser muy frecuente, se asocia a costos importantes en términos asociados al tratamiento quirúrgico y rehabilitación asociado a fracturas, ante lo que se debe tener presente que cerca del 20% fallece antes de los 12 meses y tan sólo la mitad de quienes sobreviven a estos eventos consiguen la autovalencia⁸.

La OMS calcula que anualmente se producen 646.000 caídas mortales, lo que las posiciona como la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. En este sentido más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos⁹.

Sumado a lo anterior, cada año en el mundo se producen aproximadamente 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD), destacando una mayor morbilidad en personas alrededor de los 65 años. Las limitaciones de la movilidad resultantes generan mayor probabilidad de necesitar cuidados de otras personas a largo plazo y/o de institucionalización⁹.

Desde una perspectiva económica, este síndrome representa un alto costo. En promedio anual, el costo para el sistema sanitario por cada lesión en mayores de 65 años es de US\$ 3.611 en Finlandia y US\$ 1049 en Australia, datos procedentes de Canadá indican que la aplicación de estrategias preventivas eficaces y la consiguiente reducción de las caídas, supondría un ahorro neto de más de US\$ 120 millones al año⁹.

Actualmente Chile no posee datos exactos respecto al gasto implicados en caídas, pero se sabe que de acuerdo con el tercer reporte del *Patient Safety Observatory* de caídas en hospitales, los costos asociados a estos eventos ascienden a

20,7 millones de dólares cada año (costo anual de 127,000 USD al año para un hospital de 800 camas¹⁰.

Así mismo es de destacar que la inversión en promoción y prevención es escasa, sin embargo existe una garantía explícita en salud: el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), donde se evalúa el riesgo de caídas como uno de sus componentes, empleando para ellos test específicos, y brindando además la posibilidad de valorar otros aspectos de tipo social y emocional que indirectamente puedan conllevar a aumentar el riesgo¹¹.

Este examen se aplica una vez al año mediante la evaluación de salud integral y la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), identificando y controlando los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad y elaborando un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Para detectar riesgo de caídas se aplican dos pruebas: Test Estación Unipodal (TEU) que mide equilibrio estático y Test *Timed up and go* (TUG) que mide equilibrio dinámico:

- TEU: la prueba consiste en pararse con los brazos cruzados sobre el tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados. A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar ayudas técnicas no se les debe aplicar esta prueba. Normal: ≥ 5 segundos Alterado: < 4 segundos.
- TUG: la prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros. Normal ≤ 10 segundos. Riesgo leve de caída de 11 a 20 segundos. Alto riesgo de caída > 20 segundos.

En estos casos si después de aplicar estas pautas la persona mayor tiene ambas pruebas alteradas, debe ser enviado

al médico y al taller de prevención de caídas. Si además presenta: deterioro de la visión, uso de benzodiazepinas u otros sedantes e ingesta de > 4 fármacos al día (diuréticos, antihipertensivos, etc.), constituye una urgencia.

En el contexto de la prevención, además del EMPAM, existen otras Garantías Explícitas en Salud (GES) que ofrecen la posibilidad de acceder a servicios enfocados en corregir deterioros específicos que pueden ser causas de caídas, entre ellos, se mencionarán a continuación algunos problemas de salud dentro del Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)¹²:

- Problema de salud auge N° 5: artritis reumatoidea.
Es una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y deformidad articular causando grados variables de discapacidad. También puede comprometer órganos y tejidos extraarticulares.
- Problema de salud auge N° 11: tratamiento quirúrgico de cataratas (opacidad del cristalino que disminuya o perturba la visión).
- Problema de salud auge N° 12: endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa. La artrosis de cadera es una enfermedad degenerativa articular, primaria o secundaria, caracterizada por un daño en el cartílago que condiciona la pérdida de la función de dicha articulación.
- Problema de salud auge N° 29: vicios de refracción en personas de 65 años y más. Un vicio de refracción es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de

acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía y astigmatismo. La presbicia es la disminución de la capacidad de ver nítido de cerca y, se corrige con lentes.

- Problema de salud auge N° 31: retinopatía diabética. Es una complicación de la diabetes, que consiste en un daño progresivo de la retina, asociada a la duración de la diabetes y a un mal control metabólico. Se puede presentar en usuarios/as con DM tipo 1 ó tipo 2. En su grado máximo puede llevar a un desprendimiento de retina.
- Problema de salud auge N° 36: órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más. Las prótesis o ayudas técnicas se definen como elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad.
- Problema de salud auge N° 41: tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada. Corresponde a un grupo de enfermedades distintas que tienen diferentes etiologías, pero con un pronóstico biológico, morfológico y clínico común. El proceso de la enfermedad afecta al cartílago articular y la articulación completa, incluyendo el hueso subcondral, ligamentos, cápsula, membrana sinovial y músculos periarticulares. Finalmente degenera el cartílago articular con fibrilación, fisuras y ulceraciones en toda la superficie articular.
- Problema de salud auge N° 56: hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono. Es la pérdida de audición bilateral permanente, que se origina en disfunción conductiva

y/o sensorial de cualquier componente del sistema auditivo normal, que puede ser corregida con el uso de audífonos.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Respecto a la atención de una persona mayor en el contexto de una caída ya sea en un establecimiento de la red de Atención Primaria en Salud (APS), hospital de mediana o alta complejidad, o fuera de estos, como por ejemplo en el domicilio, es fundamental saber cómo se activa o recurre a la red de salud, ante lo cual es pertinente mencionar que en la actualidad no se cuenta con un protocolo específico para tal fin.

Para realizar este abordaje, se consideró pertinente conocer el manejo a partir del relato de dos enfermeras en las que se atiende a personas mayores en diferentes contextos:

La primera enfermera labora en un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) de la red de APS de Puerto Montt¹³; al consultarle sobre estas inquietudes, ella comenta que si una persona mayor se cae en su casa y llega al establecimiento para ser atendida/o, sólo se puede otorgar una atención básica en consideración al equipamiento que se posee, al ser de baja complejidad, por ejemplo ante una fractura sólo se puede inmovilizar la extremidad y hacer una curación básica si la situación lo amerita, ya que se debe llamar lo más rápido posible a Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) para que la/o trasladen a un centro de mayor complejidad y reciba la atención pertinente para su condición.

Comenta que la derivación ante sospecha de fractura es importante, y que lamentablemente es un servicio que no se presta en los CECOSF, y pese que en algunos Centros de Salud

Familiar (CESFAM), si los ofrecen, estos son principalmente para atenciones programadas de tipo ambulatorio.

La profesional además comenta que, en el caso hipotético en que un usuario se caiga dentro del establecimiento, a pesar de poseer un medio de transporte disponible para el traslado -diferente a una ambulancia-, este no puede ser utilizado debido a que, si ocurre un accidente en el camino, no existe un seguro de salud asociado; es por ello que siempre se debe llamar a una ambulancia para que ellos realicen el transporte correspondiente aun cuando la situación sea de urgencia.

La segunda enfermera entrevistada labora en un Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) en la comuna de Puerto Montt¹⁴, quien comenta que, si bien no existe un flujograma o protocolo establecido para la red, como parte de la organización interna de la institución, se tiene establecido qué hacer en caso de existir una caída. Para ello en primera instancia siempre se debe dar una atención temprana, a su vez se debe hacer una valoración de enfermería pertinente al caso, dejar registro de lo sucedido y de forma inmediata trasladar al usuario al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) más cercano.

Una vez atendido en el SAPU dependiendo de la gravedad del usuario/a, ellos pueden derivar a un centro de mayor complejidad, de lo contrario sólo permanecerá en observación por algunas horas antes de regresar al ELEAM, y a la vez, se le pedirán los exámenes complementarios que sean necesarios para realizarse en el CESFAM de forma ambulatoria, además de la consulta de seguimiento por médico.

Las entrevistas con las profesionales presentan puntos de encuentros y divergencias en el manejo, motivo por el que se visualiza la necesidad de contar con orientaciones estandarizadas.

Es importante recordar que desde la APS, las/os profesionales de enfermería en el EMPAM aplican dos pruebas para detectar riesgo de caídas: TEU y TUG, posterior a ello si la persona mayor tiene ambas pruebas alteradas, se derivan profesionales de la medicina y taller de prevención de caídas; es relevante recordar que si además desde este examen se detecta: deterioro de la visión, uso de benzodiazepinas u otros sedantes e ingesta de más $\frac{1}{4}$ fármacos al día (entre los que se incluye diuréticos y antihipertensivos), se considera una situación de intervención urgente, con lo cual la red asistencial debe funcionar de tal modo que pueda satisfacer la demanda¹⁴.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Desde las prácticas culturales, es de mencionar los hallazgos de la investigación titulada: “Tipologías de consumidores según el estilo de vida con relación a la alimentación: Un estudio exploratorio en el sur de Chile”¹⁵. En relación con las caídas como síndrome geriátrico, este estudio deja en evidencia el importante aumento en el consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcar y sodio, y el bajo consumo de frutas y verduras, que traen como consecuencia alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, los que constituyen factores de riesgo para su aparición, y que ubican a la conducta alimentaria como una actividad de tipo cultural que debe ser abordada en pro del bienestar de los individuos a lo largo del curso de vida.

Como se mencionó al comienzo del capítulo, las caídas en las personas mayores deben ser consideradas como alteraciones, y desde aspectos culturales, debe trabajarse por evitar los estigmas asociados a la edad y posiciones edadistas,

desde las que se considera que estas vivencias son normales, y que se evidencian por comentarios como: ¡Es normal que a su edad de caiga! o ¡hay que comenzar a ver el carnet!.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

El examen físico debe ser completo para identificar tanto causas internas o externas. Si la caída fue reciente, debe medirse la temperatura para determinar si la fiebre contribuyó al accidente¹⁶.

Bajo un orden cefalocaudal, se valora la agudeza visual tanto lejana como cercana con las respectivas tablas, a su vez se valora el par craneal número II y III y en este punto también se debe valorar la presencia de cataratas, puesto que al no tener un correcto campo visual la persona pierde una capacidad protectora de enfrentarse y movilizarse correctamente. Es de mencionar que la disminución de la agudeza visual por efecto de la retinopatía diabética, o de cualquier otro origen, requiere valoración detallada por profesionales especializados como, por ejemplo: tecnólogos/as médicos o de oftalmología¹⁶.

En el apartado auditivo es importante valorar el par craneal número VIII con el fin de identificar cualquier tipo de alteración del equilibrio o en su defecto alguna posible pérdida auditiva, con lo cual la persona no se encontrará correctamente conectado/a con el entorno para evitar peligros.

En caso de ser usuario de un audífono para el tratamiento de hipoacusia, se debe valorar la respuesta y la adaptación del usuario al audífono y verificar que el volumen se encuentra en rangos aceptables para lograr que la persona se encuentre auditivamente conectada con el entorno¹⁶.

El control postural básico y los sistemas propioceptivo y vestibular se evalúan con la prueba de Romberg. Las pruebas del TEU y TUG también son fuente de información respecto del equilibrio.

El cuello, la columna vertebral y los miembros (en especial, las piernas y los pies) deben evaluarse para identificar debilidad, deformidades, dolor y limitación de la amplitud del movimiento. A su vez también se debe valorar la existencia de prótesis, o alteraciones anatómicas como la inexistencia de algún miembro o estructura la cual puede limitar el movimiento y producir una eventual caída¹⁶.

En el tórax se debe realizar una correcta inspección, palpación, percusión y auscultación, con el fin de detectar trastornos valvulares, alteraciones del patrón respiratorio, alteración en la ventilación, intercambio de gases, y por supuesto signos vitales con énfasis en la frecuencia respiratoria y saturación a fin de evitar que el usuario se descompense ya sea por fatiga, o hipoxia celular y se precipite en contra de su voluntad por alteración del estado de conciencia¹⁶.

Debe llevarse a cabo un examen que incluya una evaluación de la fuerza y el tono muscular, la sensibilidad (incluso la propiocepción), la coordinación (función cerebelosa), el equilibrio estático y la marcha, siendo el aspecto de tono y fuerza muscular una de las causas más frecuentes en caídas en la población de personas mayor¹⁶.

También es preciso determinar la frecuencia y el ritmo cardíaco con el fin de detectar bradicardia, taquicardia en reposo o arritmias. La presión arterial debe medirse con el usuario en sedestación y después de 3 minutos aproximadamente en bipedestación para descartar o confirmar hipotensión ortostática¹⁶.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de caídas

A continuación, se presentarán los dominios y diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de caídas, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería¹⁷⁻¹⁹:

Dominio 2: Nutrición

Valoración objetiva: medir circunferencia de cintura (CC), IMC, peso, talla, y datos específicos a través de bioimpedancia, tales como porcentaje de grasa corporal y masa muscular.

Valoración subjetiva: patrón alimentario e influencia intercultural, estilo de vida, autopercepción y significado otorgado por el usuario respecto a una buena alimentación

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: efam con énfasis en preguntas 1 a 5 parte A, donde se valoran las actividades de la vida diaria; índice de Barthel: evalúa 10 tipos de Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVBD).

Valoración subjetiva: verbalización del usuario y cuidador respecto al patrón de actividades de la vida diaria; y, visualización de evidente dependencia.

Dominio 5: percepción / cognición

Valoración objetiva: aplicación de tablas de agudeza visual cercana y lejana; valoración de pares craneales con énfasis en par II, III y VIII; aplicación prueba de Romberg.

Valoración subjetiva: verbalización del usuario.

Fase de dificultad visual.

Dominio II: seguridad / protección

Valoración objetiva: pruebas para detectar riesgo de caídas se aplican pruebas de tu y tug; objetivar un ambiente inseguro en el registro de enfermería ante visitas domiciliarias.

Valoración subjetiva: verbalización del usuario respecto a caídas previas en el hogar; manejo de un ambiente seguro en el hogar para evitar caídas; autopercepción de pérdida de fuerza y/o movilidad.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00155 Riesgo de caídas

Intervenciones / actividades

Manejo ambiental: seguridad

Prevención de caídas

- Educar al usuario y su familia sobre los riesgos que contribuyen a las caídas y cómo disminuir sus riesgos.
- Identificar déficit cognoscitivo o físicos del usuario que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- Proporcionar al usuario dependiente medios de solicitud de ayuda.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas.
- Vigilancia del entorno del usuario
- Identificación de riesgos
- Ayuda con el autocuidado de aseo
- Terapia de ejercicios: equilibrio.
- Educación para realizar ejercicio físico de acuerdo con sus necesidades y capacidades.

Etiqueta: 00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)

Intervenciones / actividades

1. Fomento de los mecanismos corporales.
2. Fomento del ejercicio.
3. Terapia de ejercicios: equilibrio.
4. Manejo de la nutrición.
5. Manejo de las náuseas.
6. Manejo de la sensibilidad periférica alterada.
7. Fomento de la comunicación teniendo en cuenta la presencia de déficit auditivo, del habla y visual; fomentando el apoyo emocional, manejo de ideas ilusorias, manejo ambiental, entre otros aspectos relacionados.
8. Vigilancia: seguridad.

Etiqueta: 00085 Deterioro de la movilidad física

Intervenciones / actividades

1. Fomento del ejercicio.
2. Terapia de ejercicios: deambulación.
3. Terapia de ejercicios: movilidad articular.
4. Ayuda al autocuidado.
5. Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.
6. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal.
7. Ayuda con los autocuidados: alimentación.
8. Ayuda con los autocuidados: aseo
9. Terapia de actividad.
10. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.
11. Apoyo al cuidador principal.
12. Establecer actividades en conjunto con profesional de kinesiología.

Etiqueta: 00001 Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades

Intervenciones / actividades

1. Manejo de la nutrición: ajustar la dieta del usuario según cada caso y según nuestra competencia, y asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibras.
2. Manejo del peso: animar al usuario/a a establecer metas señales realistas en cuanto a la ingesta de alimentos y ejercicio físico, y ayudar al desarrollo de planes de comidas bien equilibradas.
3. Modificación de la conducta: administrar refuerzos positivos en las conductas que deben incrementarse.
4. Asesoramiento nutricional: facilitar material atractivo de quizá de comidas; ayudar al usuario a expresar sus sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de sus metas; ayudar al usuario a considerar factores como la edad, peso, experiencias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la forma de cumplir sus metas. Asimismo, determinar colaboración con nutricionista.

Etiqueta: 00002 Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades

Intervenciones / actividades

1. Manejo de la nutrición. ajustar la dieta según sea el caso; asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibras; dar comidas ligeras si procede; determinar preferencias de comidas del usuario/a; determinar colaboración con nutricionista.
2. Ayuda con el autocuidado en la alimentación: colocar al usuario en posición cómoda; crear un ambiente agradable durante la comida; facilitar la higiene bucal.
3. Asesoramiento nutricional: determinar actitudes y creencias acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional del usuario.

Ejemplo de parámetros de evaluación: como parámetro de evaluación, se puede emplear las escalas: trastorno de la percepción sensorial del equilibrio²⁰, o la de conducta de seguridad/prevenición de caídas²¹. A manera de ejemplo, a continuación, se presenta la primera de ellas:

ESCALA DE TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL DEL EQUILIBRIO

Nro.	Indicador	Dependiente	Requiere ayuda personal y de dispositivos	Solo ayuda personal	Independiente	Completamente independiente
20201	Equilibrio en bipedestación	1	2	3	4	5
20202	Equilibrio en sedestación	1	2	3	4	5
20203	Equilibrio al caminar	1	2	3	4	5
20204	Otros	1	2	3	4	5

Interpretación

- No logrado: 4-7 puntos.
- Ligeramente logrado: 8-11 puntos.
- Medianamente logrado: 12-15 puntos.
- Completamente logrado: 16- 20 puntos.

Fuente: Mundo enfermero. NOC Equilibrio. [Consultado el 21 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.mundoenfermero.com/nandacn/noc/noc_data.php?codnoc=202

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de caídas

Acude al CESFAM Angelmó para realización del EMPAM, Pedro quien es un usuario de 75 años, viudo, y vive en una casa ubicada en el sector de Anáhuac en la comuna de Puerto Montt con su hija de 35 años, la cual trabaja todo el día.

El usuario refiere que mantienen buena comunicación, pero sólo se ven en las noches cuando ella llega del trabajo. Durante el día él permanece en la casa, realiza algunas labores del hogar, lee, ve televisión, le gusta plantar, escribir y jugar ajedrez. Pedro no posee ninguna patología crónica y acude a sus controles sin falta. Refiere que hace una semana se cayó dentro del hogar al tropezarse con la ropa que él mismo deja en el suelo, y que hoy “casi se cae” en la ducha puesto que posee una tina muy alta para él y al salir de ella hay una alfombra la cual tiende a correrse cuando la pisa. Comenta que en los últimos meses siente que sus piernas están un poco más débiles y que a veces le cuesta mantener el equilibrio cuando se levanta de su asiento de forma muy brusca. Ante esto la hija de Pedro argumenta que es normal puesto que “está un poco viejo y es hora de mirar el carnet”.

Datos relevantes a la valoración

- PA: 120/70 mmHg sentado y 135/90 mmHg de pie, peso: 55 kg talla: 1,70 mts, Circunferencia de Cintura: 60 cm, y no realiza actividad física. Se aprecia baja visión durante la realización de los procedimientos y presencia de cataratas.
- Test de tamizaje de depresión – *Yesavage*: 8 puntos.
- Clasificación de funcionalidad según el examen de funcionalidad del adulto mayor (EFAM)II: Autovalente con riesgo.

Evaluación de riesgo de caídas: test de *timed up and go* (TUG): 14 segundos y test de estación unipodal (TEU): 4 segundos pierna izquierda; 3 segundos pierna derecha.

Diagnóstico: 00155 Riesgo de caídas

Objetivo: el usuario mantendrá una conducta de seguridad para la prevención de caídas, mediante acciones de enfermería en un plazo de dos semanas en su hogar, evidenciado por puntaje $> 0 = a$ 60 puntos en tabla de evaluación (anexo 2).
Intervenciones: manejo ambiental como conducta de seguridad para la prevención de caídas.

Actividades

1. Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del usuario/a que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
2. Generar trabajo en equipo con profesionales del cecosf Anáhuac (establecimiento dependiente del cesfam Angelmo, y que ofrece mayor acceso geográfico al usuario).
3. Ingresar al usuario al taller de prevención de caídas.
4. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras, baño etc.).
5. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
6. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
7. Enseñar a utilizar teléfono celular u otro dispositivo que alerte al cuidador en caso de caídas.
8. Marcar umbrales de puertas y bordes de escalones, si es necesario.
9. Retira los muebles bajos (bancos, mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.

10. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
11. Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
12. Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
13. Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
14. Disponer zonas de almacenamiento de insumos básicos como la alimentación que se encuentren al alcance, sin problemas para el usuario.
15. Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.
16. Orientar al usuario sobre el “orden” físico de la habitación.
17. Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico.
18. Asegurar que el usuario lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
19. Educar a los miembros de la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
20. Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
21. Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
22. Instruir al usuario para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes.
23. Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.
24. Enseñar al usuario cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
25. Utilizar y educar sobre técnica adecuada para entrar y salir de la tina.
26. Vincular a taller de caídas.
27. Citar entre 3 y 6 meses a control.

Evaluación: se puede emplear la escala conducta de seguridad para la prevención de caídas, desde las que se considera logrado (puntaje \geq a 60 puntos) o no logrado (Puntaje $<$ a 60 puntos).

En el caso anterior se aprecia que el abordaje principal estuvo centrado en el riesgo de caídas, sin embargo, teniendo en cuenta todos los antecedentes, la persona mayor está cursando con el síndrome de fragilidad, lo que implicaría posicionar este diagnóstico como prioritario, facilitando el despliegue de intervenciones y actividades con mayor pertinencia. Se presentó de esta manera porque es común encontrar cuidados centrados en los problemas evidentes a la valoración, siendo una invitación a complejizar la forma en que se transita por el proceso de enfermería, y la necesidad del pensamiento y juicio crítico.

Es fundamental recordar el trabajo en redes, en particular, la correcta comunicación y trabajo en equipo del CESFAM con su CECOSF, para finalmente cumplir los objetivos planteados.

Se destaca la necesidad del abordaje interprofesional, puesto que este usuario no sólo necesitará intervenciones de enfermería, sino también de profesionales de psicología, kinesiología, terapia ocupacional, y nutrición, ya que presenta por ejemplo, riesgo de depresión (8 puntos en el test *Yesavage*), alteraciones nutricionales y de movimiento.

Es de mencionar que para situaciones como la expuesta en el caso, las intervenciones educativas pueden respecto de la actividad física, pueden tomar como referencia el contenido en la plataforma Vivifrail^{®22}.

Referencias

1. Villalobos A, López R. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Santiago: Ministerio de salud de Chile.

- Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
2. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(1) 19-29. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
 3. Pontificia Universidad Católica de Chile. Caídas en el adulto mayor. Santiago: Escuela de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. [Consultado el 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/caidas-adulto-mayor/>
 4. Hazzard WR. Biología del envejecimiento. Kelley Medicina Interna. Segunda edición, Tomo II. Editorial Panamericana 1996, p. 504-9.
 5. Eliopoulos C. Enfermería gerontológica. 8va ed. Barcelona: *Wolters Kluwer*; 2014, p. 215-216.
 6. Sarabia Cobo CM. La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos* 2012; 23(1): 15-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>
 7. Leiva-Caro JA, León-Pino JM, Cortés-RecabalJE. Uso de bastón en adultos mayores Chilenos de la comunidad. *Cienc. Enferm.* 2017;23(3): 11-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300011>
 8. Universidad de Chile. Facultad de Medicina abrirá Clínica de Caídas y Fracturas. Noticias de la Facultad de Medicina Universidad de Chile: 12 mayo 2017. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/noticias/facultad-de-medicina-abrira-clinica-de-caidas-y-fracturas>
 9. Organización mundial de la salud. Caídas. OMS: 26 abril de 2021. [Consultado: 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
 10. Aliaga B, Molina N, Noguera M, Espinoza P, Sánchez S, Lara Bárbara et al. Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital

- universitario. *Rev. Méd. Chile.* 2018; 146(7): 862-868. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700862>
11. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. 1ed. Santiago (Chile): Ministerio de Salud, ISBN: 978-956-348-035-1; 2014.
 12. Ministerio de Salud de Chile. Garantías Explícitas en Salud (GES). Santiago: Superintendencia de Salud. [Consultado 11 mayo de 2021] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>
 13. Aguilar Sánchez N. RISS y caídas en la persona mayor [registro de audio]. CECOSF Puerta Sur, Puerto Montt; noviembre de 2019.
 14. Pacheco Paredes N. RISS y caídas en la persona mayor [registro de audio]. Universidad de los Lagos, Puerto Montt; noviembre de 2019.
 15. Araneda FJ, Pinheiro FA, Rodríguez Osias L, Rodríguez FA. Consumo aparente de frutas, hortalizas y alimentos ultra procesados en la población chilena. *Rev. Chil. Nutr.* 2016; 43 (3): 271-278. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000300006>
 16. Rubestein L. Caídas en las personas mayores. Oklahoma: Escuela de medicina Universidad de Oklahoma, actualizado abril de 2019 [Consultado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores>
 17. Enfermería actual. Dominios y Clases - Temas de Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. [Consultado el 21 de Octubre de 2019]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-y-clases/>
 18. Diagnósticos de enfermería NANDA, NIC, NOC. Riesgo de caídas. [Consultado 11 de mayo de 2021] Disponible en:

<https://www.diagnosticosnanda.com/seguridad-proteccion/riesgo-de-caidas/>

19. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
20. Mundo enfermero. NOC Equilibrio. [Consultado el 21 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/noc_data.php?codnoc=202
21. Mundo enfermero. NOC Conducta de seguridad: prevención de caídas. [Consultado 21 de octubre de 2019]. Disponible de: https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/noc_data.php?codnoc=1909
22. Vivifrail. Materiales para profesionales responsables de la prescripción de un programa de Ejercicio físico [Consultado 21 de octubre 2019]. Disponible en: <http://vivifrail.com/es/documentacion>

MALNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES

Catalina Bañares Maldonado
DANIELA ALEJANDRA CAMPOS MELLADO

Generalidades

La malnutrición es un tema relevante en el contexto actual en salud tanto para la población general como para las personas mayores, así lo indica el Ministerio de Salud en Chile, cuando afirma que de las personas evaluadas nutricionalmente en la Atención Primaria en Salud (APS), el 10% se encuentra en bajo peso, 52% presenta malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), y un 38% en estado nutricional normal; se destaca que las personas de 70 años y más concentran el 83% de las personas mayores con malnutrición por déficit¹.

Según resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, las personas mayores de 65 años son el segundo grupo etario con mayores niveles de obesidad, con un 30.9% del total de población con diagnóstico de obesidad, teniendo mayor prevalencia en mujeres que en mayores¹.

Cambios fisiológicos en la persona mayor

En consideración de los cambios fisiológicos asociados a la edad, es relevante que se garantice un aporte nutricional adecuado y específico para cada individuo. A continuación se mencionan algunos de ellos²⁻⁴:

1. Sistema Digestivo

- Ocurre una disminución de la capacidad para percibir sabores dulces y salados.
- Disminución de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, que trae consigo un mayor riesgo de traumatismo y lesiones dentales. Se debe tener presente que como meta, la Organización Mundial de Salud (OMS) propone que cada persona mayor conserve al menos entre 20 a 22 piezas dentales.
- El diafragma se debilita y es frecuente la existencia de hernias hiatales.
- Disminución de la absorción gástrica.
- A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a la reducción de mecanismos de defensa de la mucosa gástrica hace más frecuente la existencia de úlceras.
- A nivel del colon hay una pérdida de la motilidad por lo que es frecuente que las personas sufran constipación.
- A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad por lo cual puede derivar en incontinencia fecal.

2. Músculo esquelético

- Hay pérdida de masa muscular, infiltración grasa y de tejido conectivo. Además de disminución del flujo sanguíneo.
- Existe menor capacidad del músculo para generar fuerza debido al daño celular por estrés oxidativo y pérdida de proteínas importantes.
- La disminución de la masa y función muscular se denomina sarcopenia y es una condición patológica como se ha comentado en otros apartados.

3. Metabólico

- Disminución del metabolismo basal.

- Trastornos del metabolismo de hidratos de carbono.
- Interacciones fármacos – nutrientes.

Cambios fisiopatológicos en personas mayores

Algunas consecuencias de una inadecuada alimentación son la pérdida de peso, disminución de la masa magra, dependencia severa, alteraciones cutáneas, edemas o hipoproteinemias, deterioro inmunológico, aumento en el tiempo de recuperación y de cicatrización, anemias, alteraciones del tracto intestinal y deterioro de la función enzimática[‡].

Suele acompañarse de inactividad física, disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, y reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Además de estas consecuencias en la movilidad. La sarcopenia resultante tiene importantes repercusiones metabólicas, tanto en la regulación de la glucosa, de la masa ósea, del balance de proteínas, y del control de la temperatura, características que también son compartidas con el síndrome de fragilidad, entendiéndolo como el deterioro acumulativo en múltiples sistemas fisiológicos incluyendo el neuromuscular lo que deriva en la sarcopenia[‡].

Factores psicosociales y alimentación en personas mayores

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios sociales que, de no ser asumidos en forma adecuada, pueden ser un factor de riesgo de fragilidad. Anteriormente la sociedad veía a la persona mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad, conduciendo a que las personas mayores asuman este

estereotipo^{5,6}. Se debe tener presente que esta etapa de la vida genera potenciales únicos y distintivos en los individuos que la cursan, tales como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, sin desconocer que también se puede padecer de pobreza, aislamiento social limitación de recursos que conducen a mantener o adquirir inadecuados hábitos alimentarios que se expresan en conductas como el reemplazo de alimentos de alto valor nutricional por otros más baratos y que ofrecen mayor saciedad^{3,7,8}.

Otros aspectos como la soledad, el aislamiento familiar, la falta de cuidado y deterioro en las redes de apoyo conducen a trastornos del estado anímico pudiendo afectar además la ingesta de alimentos.

Se debe tener presente que todos estos factores negativos hacia el mantenimiento de una adecuada nutrición, pueden considerarse como un factor deteriorante del estado de salud que contribuye a los procesos de fragilización en las personas mayores^{3,4,9,10}.

Aspectos para considerar de las redes integradas de servicios de salud

Es posible identificar la malnutrición tanto por déficit como por exceso a través de consulta con enfermera, lo que implica además la participación multiprofesional:

- Se debe incorporar al Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), si cumple con los requisitos, recordando que en la actualidad es un derecho para todas las personas de 70 y más años, que además tengan su examen de medicina preventiva (EMPAM) al día.

- En caso de malnutrición por exceso o déficit derivar a nutricionista para evaluación detallada y cálculo de requerimiento de nutrientes, esta es una actividad que se puede realizar en el contexto de la APS, ya que desde la red se cuenta con dichos profesionales.
- En caso de malnutrición por exceso o déficit extremos, se debe orientar al usuario/a a médico para que evalúe la necesidad de derivar a nivel secundario en un Centro Adosado a Especialidades (CAE), o si la situación lo amerita, solicitar la respectiva hospitalización.
- En caso de tener factores que influyen en malnutrición por déficit cuyo origen sea la dentición, se debe derivarse para consulta odontológica.
- Si los factores económicos o condiciones ambientales son la causa de la alteración nutricional, se debe trabajar de la mano con asistente social para la gestión de recursos.

Prácticas sociales, culturales o no institucionales en relación con el síndrome

Con relación a las prácticas culturales asociadas a la malnutrición por exceso, se destaca la opinión de los dirigentes sociales, quienes dentro de la construcción de políticas de alimentación y nutrición realizada por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de salud el año 2017 en Puerto Montt, dan a conocer “El difícil acceso a mejores productos alimenticios, los altos precios de éstos y el énfasis a querer volver a consumir productos de la tierra”¹². Se visualiza la necesidad de incorporar en la educación técnicas como el autocultivo de alimentos y la selección de los mismos.

En conversaciones con personas mayores que presentan obesidad, se aprecia que, en la cultura en el sur del país,

existe el consumo de alimentos altos en carbohidratos, grasas y azúcares, sobre todo en actividades sociales y familiares, independiente de la hora o el tema a tratar, siendo este un tema interesante de abordaje cualitativo, con el fin de comprender el origen de estas prácticas, y las propuestas que pudiesen surgir desde la comunidad para dar solución a las mismas.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Para la evaluación general se debe tener presente los siguientes aspectos^{13,14}:

1. El peso y talla permiten calcular el IMC, que para personas mayores se considera: normal entre 23 y 27,9 kg/m², sobrepeso entre 28 – 31,9 kg/m² y obesidad >31 kg/m².
2. A través de la bioimpedancia se puede calcular:
 - El porcentaje de grasa corporal, cuyo valor normal en personas mayores es entre 25 – 31% para mujeres y de 18 – 24% en hombres.
 - Porcentaje de grasa visceral, cuyos rangos normales son entre 0% - 9% Normal, 10% - 14% Alto y 15% -30% muy alto.
 - Porcentaje músculo esquelético, teniendo presente que rangos <23,9% en mujeres y <32,1% en hombres se vinculan con posibles alteraciones que deben ser evaluadas en forma específica.

Es de mencionar que los porcentajes y rangos de normalidad pueden variar según el dispositivo de bioimpedancia que se emplee, por lo que se recomienda leer las instrucciones del fabricante.

1. Boca: valorar integridad e higiene de las piezas dentarias y encías.

2. Tórax: auscultación cardíaca: se debe tener presente la detección de arritmias como complicación asociada a la obesidad.
3. Abdomen: circunferencia de cintura para valorar riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares. Los rangos normales son ≤ 80 cm en mujeres y ≤ 90 cm en hombres.
4. Piel:
 - Acantosis Nigricans en pliegues: asociado a obesidad y resistencia a la insulina.
 - Presencia de estrías: para verificar si la persona ha disminuido o aumentado de peso anteriormente y también averiguar a qué se deben estos cambios.
 - Presencia de heridas o quemaduras que no fueron sensibilizadas por el usuario/a: el aumento de peso conlleva a que la infiltración de tejido graso en los islotes pancreáticos disminuye la capacidad de mantener la demanda cada vez mayor de insulina debida a la resistencia a la misma, desarrollándose intolerancia a la glucosa y eventualmente, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. La disminución en la sensibilidad de las terminaciones nerviosas es característico de un usuario con diabetes, a esto se le conoce como neuropatía diabética.
5. Extremidades inferiores
 - Dolor en las rodillas, producto del peso que ejerce el cuerpo.
 - Buscar alteraciones de la movilidad, equilibrio y/o fuerza, además de la tolerancia para realizar actividades cotidianas.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de Malnutrición por exceso y por déficit

A continuación, se presentarán los dominios y diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome malnutrición, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería¹⁵⁻¹⁶:

Dominio 2: Nutrición

Valoración subjetiva: averiguar tipos de alimentos que consume como carbohidratos, proteínas, fibras, grasas, líquidos; cantidad de alimentos ingeridos al día habitualmente; número de comidas, horarios y colaciones; cuánto líquido consume al día; comparar peso en meses anteriores; averiguar el lugar donde nació y vive por prácticas interculturales respecto a la alimentación; autoconocimiento de salud y satisfacción del peso; cada cuanto compra alimentos e ingreso económico; alimentos preferidos en las compras; problemas físicos o psicológicos que aumenten el riesgo de presentar malnutrición; y, si alguna vez ha tenido alguna dieta especial y cuánto duró, las barreras que visualiza como dificultad para bajar de peso.

Valoración objetiva: perfil lipídico y glicemia; presión arterial; realizar valoración con Mini Nutritional Assessment (MNA); IMC, % grasa corporal y visceral, % músculo esquelético y cc.

Dominio 4: actividad y reposo

1. Indagar sobre actividad física, tiempo de duración, intensidad y periodicidad.
2. Verificar si realiza actividad de la vida diaria por sí solo/a o con ayuda.

3. Identificar si presenta alguna alteración física o psicológica que aumenten el riesgo de presentar alteración en la actividad y reposo.
4. Establecer el número de horas que dedica a dormir y mantenerse sentado ya sea frente a la televisión o en la mesa.
5. Indagar si puede caminar sin dificultad o con dolor.
6. Consultar si se cansa con facilidad al realizar alguna actividad que requiera un esfuerzo.
7. Consultar si necesita de apoyo para el desplazamiento.

Dominio 6: autopercepción

8. Verificar el autoestima relacionada con el peso.
9. Consultar por la dificultad para uso de transporte público por exceso de peso.
10. Verificar redes de apoyo.
11. Indagar respecto de antecedentes de familiares con trastornos alimenticios.
12. Aplicar la escala de depresión geriátrica de *Yesavage*.
13. Si va al psicólogo/a o psiquiatra, verificar adherencia a las indicaciones.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

14. Identificar si presenta algún factor estresante que produce ansiedad y por consiguiente lleve a consumir más alimentos o a la disminución de este.
15. Indagar cómo maneja la ansiedad.
16. Conocer su capacidad para la toma de decisiones.
Explorar si está pasando por algún proceso de duelo o si es cuidador de alguien (aplicar la escala de *Zarit*).

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiquetas: 00232 Obesidad; 00233 Sobrepeso; 00168 Estilo de vida sedentario; 00102 Déficit de autocuidado: Alimentación

Intervenciones / actividades

1. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal
 - Determinar durante el control, el deseo y la motivación del usuario para reducir el peso o grasa corporal.
 - Determinar con el usuario la cantidad de pérdida de peso deseada.
 - Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer.
 - Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del usuario.
 - Enseñar a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.
 - Comentar con el usuario y la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de alimentos.
 - Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.
 - Formar un grupo de apoyo de pérdida de peso para aumentar la motivación entre pares.
 - Animar al usuario a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres y huevos.
 - aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.

- Educar al usuario sobre en % de grasa corporal, grasa visceral, % de músculo, IMC y CC.
 - Ingresar al PACAM si corresponde e informar sobre entrega de crema años dorados y bebida láctea años dorados.
 - Pedir exámenes de sangre como perfil lipídico, glicemia, hormona t₃ y t₄, perfil bioquímico, según protocolos de la institución.
 - Educar sobre la ingesta diaria recomendada de agua para personas mayores de 30 ml/kg de peso aproximadamente.
 - Enseñar sobre la incorporación de tecnología, como uso de aplicaciones como un medio para comer sano con alimentos que tiene a disposición.
2. Fomentar el ejercicio
- Ayudar al usuario a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
 - Ayudar al usuario a integrar el programa de ejercicios a su rutina semanal.
 - Instruir al usuario acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa.
 - Educar al usuario del propósito y los beneficios de la actividad física.
 - Incluir a la familia o redes de apoyo a integrar un programa de ejercicios de rutinas.

Etiqueta: 00146 Ansiedad

Intervenciones / actividades

1. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
 - Animar a la familia a permanecer con el usuario, si es el caso.

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Ayudar al usuario a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Ejemplos de parámetros de evaluación para las etiquetas anteriores:

- Aumento del porcentaje de músculo esquelético evidenciado a través de bioimpedancia.
- Disminución del porcentaje de grasa visceral.
- Disminución del IMC (parámetro que puede ser de utilidad si no se cuenta con dispositivo de bioimpedancia para establecer la composición corporal).
- Disminución de la CC.
- Asistencia a las sesiones del grupo de apoyo de pérdida de peso.

Etiquetas: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades; 00102 Déficit de autocuidado: alimentación.

Intervenciones / actividades

1. Facilitar el aumento de peso en persona mayor con énfasis en el aumento de masa muscular.
 - Determinar durante el control, el deseo y la motivación del usuario para aumentar el peso corporal.
 - Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer.

- Indagar de forma integral con relación a factores económicos y adquisición de alimentos.
- Educar a la familia sobre cantidad y nutrientes requeridos para la persona mayor. En caso de usuarios con dependencia severa.
- Educar a la persona mayor o familia acerca de la importancia de la ingesta de una dieta hiperprotéica e hipercalórica.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del usuario/a.
- Enseñar a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.
- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen y así fomentar el aumento de peso sin aumento de grasa visceral.
- Animar al usuario a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres y huevos.
- Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.
- Educar al usuario sobre en % de grasa corporal, grasa visceral, % de músculo, imc y cc.
- Ingresar al pacam si corresponde e informar sobre entrega de crema años dorados y bebida láctea años dorados.
- Pedir exámenes de sangre como perfil lipídico, glicemia, hormona t₃ y t₄, perfil bioquímico según protocolos de la institución.

2. Fomentar el ejercicio

- Ayudar al usuario a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
- Ayudar al usuario a integrar el programa de ejercicios a su rutina semanal.
- Instruir al usuario acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa.
- Educar al usuario del propósito y los beneficios de la actividad física.
- Incluir a la familia o redes de apoyo a integrar un programa de ejercicios de rutinas.

Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Aumentó el porcentaje de masa muscular, evidenciado a través de bioimpedancia.
- Aumentó el IMC.
- Conoce los alimentos que debe consumir para mejorar su condición de salud.
- Consume los alimentos del pacam.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de malnutrición

Rosa de 65 años es profesora de lenguaje jubilada y asiste al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Padre Hurtado para su Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), acompañada de María su hija mayor de 45 años, quién nos comenta que ambas son muy unidas y se acompañan mutuamente; la señora Rosa es viuda desde el año 2009, José su esposo, murió de un infarto, por lo que vive con su hija María quién también es profesora, y su nieta de 15 años.

Su casa queda a 4 cuadras del CESFAM por lo que camina para llegar, tiene dos hermanas que viven cerca, una de ellas es presidenta de la junta de vecinos, pero ella no asiste a esas reuniones, dice que va a su casa a tomar mate y jugar brisca tres veces a la semana con ellas y aprovechan de compartir algo de comer, usualmente galletas, pan de casa con dulce o mantequilla, queques, tortas, y otros azúcares refinados. La hija dice estar preocupada porque su madre nunca va al médico para ver si tiene alguna enfermedad o realizarse exámenes, por lo que está muy interesada en los resultados del EMPAM, por otra parte, Rosa nos cuenta que no realiza actividad física “porque dice sentirse bien de salud”. Se realiza antropometría presentado los siguientes valores:

- IMC: 30 kg/m², sobrepeso – Circunferencia de Cintura: 105 cm - % de grasa visceral 14% - % de grasa corporal 36%.
- Presión arterial: 110/80 mmHg sentada y 115/85 mmHg de pie.

Dice que pensaba que estaba un poco subida de peso, pero no esperaba que tanto, comenta que, al tomar colectivo para ir al centro, muchas veces no le para porque sentía “estar gordita” y eso igual la inspiraba a querer bajar de peso. Comenta que quisiera hacer algo para poder tener salud porque le da miedo tener alguna enfermedad y quiere vivir por mucho tiempo, ya que quiere ver crecer a su nieta.

Los resultados de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) fue autovalente sin riesgo. Comenta que no fuma y nunca fumó, que bebe muy poco alcohol, y tiene antecedentes de vacunación antiinfluenza. Con respecto a su vida sexual dice que es activa y está conociendo a un vecino, dice utilizar preservativo porque su nieta le enseñó sobre la importancia del uso, ya que en el colegio disertó sobre eso. La

señora Rosa utiliza las redes sociales y conversa con varias amigas profesoras con las que se junta una vez al mes para hacer viajes a los alrededores de Puerto Montt.

Diagnóstico 1: 00233 Sobrepeso R/C Actividad física < a 3 veces por semana e ingesta de alimentos diarios altos en grasa y carbohidratos M/P IMC 30 kg/m², CC 105 cm, porcentaje de grasa visceral 14%, porcentaje de grasa corporal 36%

Diagnóstico 2: 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud R/C Miedo a desarrollar alguna enfermedad secundaria a sobrepeso M/P expresa deseo de querer bajar de peso.

Objetivo: usuaria disminuirá peso evidenciado en IMC entre 23,1 kg/m² – 27,9, CC < 0 = a 80cm, % grasa visceral < 0 = 9% y % de grasa corporal < 31%, en un rango de 1 año, mediante aumento de actividad física e ingesta de alimentos bajos en grasas y carbohidratos, por actividades interprofesionales en CESFAM Padre Hurtado.

Intervención: cuidado de enfermería para facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Actividades

1. Determinar durante el control, el deseo y la motivación del usuario para reducir el peso o grasa corporal.
2. Determinar durante control con el usuario la cantidad de pérdida de peso deseada.
3. Colocar durante control, indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer.
4. Enseñar durante control a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.
5. Comentar durante control con el usuario y la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de alimentos.

6. Enseñar durante control, a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.
7. Formar dentro de 1 semana, un grupo de apoyo de pérdida de peso para aumentar la motivación entre pares.
8. Realizar seguimiento a las sesiones de grupo de apoyo de pérdida de peso, mediante lista de asistencia.
9. Realizar búsqueda de artículos de base científica sobre actividad física en el adulto mayor y alimentación saludable.
10. Animar en cada control al usuario a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres y huevos.
11. Educar durante control, a usuario sobre en % de grasa corporal, grasa visceral, % de músculo, imc y cc.
12. Pedir al término del control, exámenes de sangre como perfil lipídico, glicemia, hormona t3 y t4, perfil bioquímico.
13. Revisar resultado de exámenes sanguíneos cuando se encuentren listos y derivar a médico si corresponde.
14. Educar durante control, sobre la ingesta diaria recomendada de agua para personas mayores de 30 ml/kg de peso.
15. Enseñar durante control, sobre la incorporación de tecnología, como uso de aplicación de fácil acceso, como Nooddle® como un medio para comer sano con lo que tiene a mano.
16. Ayudar al usuario durante el control, a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
17. Aconsejar durante control, la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.

Intervención: cuidados de enfermería para fomentar el ejercicio

Actividades

18. Ayudar al usuario durante el control a integrar el programa de ejercicios a su rutina semanal.
19. Instruir al usuario durante control, acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa.
20. Educar al usuario, durante control, del propósito y los beneficios de la actividad física.
21. Incluir a la familia o redes de apoyo durante el control, a integrar un programa de ejercicios de rutinas.
22. Incentivar a que participe en talleres de actividad física.

Para la implementación de estas intervenciones y actividades, se hace necesaria la incorporación de otros miembros del equipo, tal como nutricionista, educador/a físico, kinesiólogo/a, entre otros.

Evaluación

- Logrado: usuario disminuyó porcentaje de grasa visceral en 6 meses de 14% a < 0 = a 9%
- Parcialmente logrado: usuario disminuyó porcentaje de grasa visceral en 6 meses de 14 % a un rango de 13% -10%
- No logrado: usuario mantiene porcentaje de grasa visceral en 6 meses en 14%
- Logrado: usuario disminuyó el imc de 30kg/m² a 25 kg/m² en 12 meses.
- Parcialmente logrado: usuario disminuyó el IMC de 30 kg/m² a 28 kg/m² en 12 meses.
- No logrado: usuario mantiene IMC en 30 kg/m² en 12 meses. El seguimiento debe realizarse cada tres meses para verificar los ajustes a corto y mediano plazo.

- Logrado: usuario disminuyó cc de 105 cm a 80 cm en 12 meses.
- Parcialmente logrado: usuario disminuyó de 105 cm a 95 cm en 12 meses.
- No logrado: usuario mantiene en 105 cm en 12 meses.
El seguimiento debe realizarse cada tres meses para verificar los ajustes a corto y mediano plazo.
- Logrado: usuario asiste a todas las sesiones del grupo de apoyo de pérdida de peso.
- Parcialmente logrado: usuario falta entre 1 -3 sesiones del grupo de apoyo de pérdida de peso.
- No logrado: usuario no va a ninguna sesión de grupo de apoyo de pérdida de peso.

En cuanto a los resultados esperados debe tenerse en consideración que el plazo mínimo para evidenciar resultados es de 6 meses, debido a que este es un proceso que implica varios cambios y adaptaciones, en los que la participación en grupos de apoyo es fundamental para mantener la motivación.

Se sabe que la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo para diferentes enfermedades cardiovasculares, por esto resulta fundamental prevenirlos mediante intervenciones alimentarias y de promoción de la actividad física, que, sumados al apoyo familiar y de redes, representan una estrategia costo efectiva que contribuye a mantener el bienestar de las personas mayores.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. 1ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2014.

2. Gac H. Algunos cambios asociados al envejecimiento. Santiago: Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile [Consultado el 3 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/cambios-asociados-al-envejecimiento/>
3. Restrepo M^{SL}, Morales G^{RM}, Ramírez G^{MC}, López L^{MV}, Varela L^{LE}. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. Chile. Nutr.* 2006; 33(3):500-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
4. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(1) 19-29. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
5. Velasco V, Suárez G, Limones M, Reyes H, Delgado V. Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research* 2020; 6(1):85-96. DOI: <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.204>
6. Carneiro, S., Lessa, M., & Boechat Cabral, H. (2020). La dignidad de los ancianos y la gerontofobia. *Derecho Y Cambio Social*, (60), 100-121.
7. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro N, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* 2009; 44 (3): 137-42. DOI <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.12.001>
8. Lidia Paino Pardal, Laia Poblet i Montells, Laura Ríos Álvarez. Mayores que viven solos y malnutrición. *Estudio SOLGER. Aten Prim* 2017;49(8):450-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>
9. López Plaza B, Gómez Candela C, Bermejo López LM. Problemática nutricional relacionada con la fragilidad y la sarcopenia en personas de edad avanzada. *Nutr Hosp* 2019;36 (3):49-52. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.02809>

10. Héctor Fuentes-Barría, Sebastián Urbano-Cerda, Raúl Aguilera-Eguía, Catalina González-Wong. Ejercicio físico y suplementación nutricional para el combate de la obesidad sarcopénica en adultos mayores. *Universidad y Salud* 2020;23(1): 46-54.
11. Bolet M, Socarrás Suárez M. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd* 2009; 8(1).
12. Entérate Hoy. Puerto Montt: Junto a la comunidad construyen política de alimentación y nutrición [internet]; 2017 mayo 2017 [Consultado el 5 de noviembre de 2019]. Disponible en <https://alercino.cl/junto-a-la-comunidad-construyen-politica-de-alimentacion-y-nutricion/>
13. Dirinck E, Dirtu AC, Jorens PG, Malarvannan G, Covaci A, van Gaal LF. Pivotal Role for the Visceral Fat Compartment in the Release of Persistent Organic Pollutants During Weight Loss. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100(12): 4463-71.
14. Gómez, J. Latorre, G. Evaluación del paciente obeso. *Medicina y laboratorio* 2010; 16(8): 365-72.
15. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
16. Enfermería actual. Dominios y Clases - Temas de Enfermería [Internet]. *Enfermería Actual*. [Consultado el 30 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-y-clases/>

LESIONES POR PRESIÓN

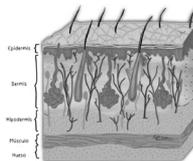
SOFÍA IGNACIA DÍAZ CHÁVEZ

Generalidades

A medida que pasan los años, nuestro cuerpo va teniendo cambios naturales, modificando la función original de nuestros órganos y sistemas. Si a estos cambios fisiológicos se le suman otros factores, podrían generar afecciones importantes e incluso hasta patológicas.

Uno de estos cambios fisiológicos se produce a nivel de la piel, la cual se compone de 3 capas: La hipodermis que es la capa más profunda, la dermis y la epidermis que es la capa más externa (ilustración N° 1). Algunas de las funciones de este órgano son la de percibir el tacto, dolor y presión por medio de receptores nerviosos, además de controlar el equilibrio de líquidos y de electrolitos, y la temperatura corporal, sirviendo además como una barrera frente al medioambiente¹.

ILUSTRACIÓN N° 1. CAPAS DE LA PIEL



Fuente: adaptado por Catalina Bañares de MedlinePlus [Internet]; A.D.A.M: Capas de la piel. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm

A medida que las personas envejecen la piel puede expresar los siguientes cambios¹:

- Pierde pigmentación y se ve más delgada, debido a la disminución del grosor de la epidermis y de la cantidad y función de los melanocitos.
- Los vasos sanguíneos de la dermis se vuelven más frágiles, lo que lleva a estar más expuesto a hematomas, purpura senil, hemangiomas capilares y otras afecciones similares.
- Disminuye la función de las glándulas sebáceas, ocasionando dificultad para mantener la piel humectada, haciéndola más propensa a picazón y resequedad.
- Se disminuye la producción de sudor, conllevando a riesgo de insolación.
- Existe menor aislamiento y amortiguación, debido a la disminución del tejido subcutáneo, aumentando el riesgo de lesión en la piel y afectando la regulación de la temperatura corporal.
- Existe menos capacidad para percibir el tacto, la presión, la vibración, el calor y el frío, esto incrementa el riesgo de que se produzcan lesiones en la piel.

Pese a estos cambios, se esperaría que las medidas de autocuidado de la piel relacionadas con la hidratación y humectación sean suficientes para mantenerla funcional y conservada; no obstante, situaciones patológicas, pueden ocasionar la aparición de lesiones por presión.

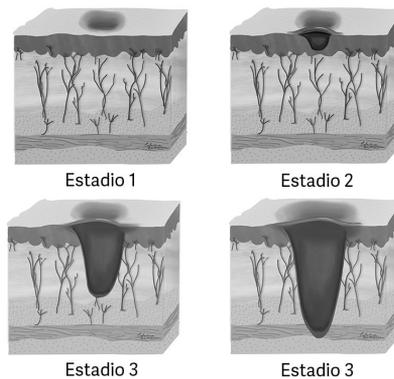
Las lesiones por presión son heridas en la piel a causa de la presión o el roce continuo de una o más partes del cuerpo contra otra superficie. Aparece en personas que pasan mucho tiempo en cama o sentadas en la misma posición, pero también en personas con uso de algún dispositivo como sondas, mascarillas, férulas, yesos, entre otras. La presión continuada

sobre una zona concreta de la piel genera el aplastamiento de los tejidos, dificultando la circulación de la sangre, provocando isquemia, lo que finalmente conlleva a la necrosis de las células de los tejidos².

Si no se toman las medidas necesarias al momento de presentar una lesión en la piel, esta comenzará a dañar tejidos más profundos, como musculatura, órganos e incluso llegar hasta el tejido óseo. La progresión de la herida se puede dividir en 4 fases, estadios o grados², sin embargo, se pueden encontrar otras formas de clasificar que también están validadas³ (Ilustración N° 2):

- Estadio I: eritema de la zona presionada.
- Estadio II: presenta ampollas cerradas, abiertas o lesiones abiertas poco profundas.
- Estadio III: se puede visibilizar el tejido graso, ya no hay piel.
- Estadio IV: alcanza el músculo, hueso, articulaciones e incluso algunas cavidades orgánicas son visibles.

ILUSTRACIÓN N° 2: ESTADIOS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN



Fuente: Catalina Bañares

A medida que las lesiones por presión aumentan su profundidad, se requerirá mayor complejidad y costo de sus cuidados, debido a que además de atención especializada de enfermería, se debe intervenir la afectación en la calidad de vida que esta situación ocasiona en el usuario/a y su familia como producto de las alteraciones emocionales, y el desgaste físico, psíquico y emocional que surgen como consecuencia de los roles de cuidado dependiente.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

El manejo de las lesiones por presión en el sistema de salud, es un proceso dinámico debido a que depende de la evolución de la lesión y las condiciones generales del paciente, lo que amerita tener en consideración los diferentes niveles de atención.

En la guía clínica: *Manejo integral de úlceras por presión* publicada por el Instituto Nacional de Heridas en el 2016⁴, se plantea que el abordaje -de las que actualmente se denominan lesiones por presión- comienza desde que el usuario consulta al establecimiento de salud, pero en el caso de las personas mayores, esta situación puede darse a raíz de una pesquisa mediante una visita domiciliaria, en usuarios con dependencia severa.

Esta guía establece que la clasificación de la lesión debe ser realizada por un profesional de enfermería capacitado para ello, según las características de la misma, lo que permitirá establecer los cuidados específicos y el nivel de atención que requiere⁴:

- Lesiones por presión clasificadas como tipo 1 o de primer grado, se considera manejo en Atención Primaria de Salud (APS) por un técnico en enfermería.

- Lesiones por presión de tipo 2 se considera manejo en APS por profesional de enfermería.
- Las lesiones por presión de tipo 3, se manejan en APS por profesional de enfermería y en el caso de presentar infección local, por médico; en el caso de presentar infección con compromiso sistémico se deriva a atención secundaria.
- Manejo de lesiones por presión de tipo 4, se debe de realizar en atención secundaria por un equipo multidisciplinario conformado por enfermera/o, médico, profesional de kinesiología y nutricionista; en el caso de presentar compromiso sistémico en esta etapa, corresponde la derivación a nivel terciario.

Es importante señalar que el procedimiento de curación de la herida debe ser continuo y riguroso, respetando los días establecidos para cada curación, y estableciendo los cuidados específicos para cada lesión, con el fin de obtener óptimos resultados.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

La curación de heridas es una práctica que se realiza desde la prehistoria. En sus orígenes el ser humano tuvo la necesidad de cubrir sus heridas con hojas, fibras de tallo y cortezas, a medida que avanzó el tiempo, y debido a los avances científicos, se empezaron a emplear métodos y técnicas más seguras y eficaces⁵. Sin embargo, en la actualidad se siguen usando algunos métodos naturales para realizar la curación de heridas, como lo son: el uso de matico, miel, azúcar, larvas, entre otros.

Por su parte, la miel presenta ha sido empleada en las curaciones demostrando efectos antibacterianos y cicatrizantes^{6,7},

lo que ha motivo por el que en la actualidad se encuentran disponibles apósitos comerciales con este producto. Se debe tener presente que en el sur de Chile existe disponibilidad de esta materia prima, motivo por lo que es de fácil acceso, sin embargo, su uso requiere de profesionales de enfermería capacitados para realizar el respectivo manejo y seguimiento y de una miel que sea inocua.

Es de mencionar que lamentablemente, aún se puede observar en la práctica cotidiana, el manejo de heridas con uso de cremas corporales, povidona yodada, e incluso pegamentos industriales, que generan un mayor grado de lesión tisular, y que representan la necesidad de educación dirigida a las personas y comunidades.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Se tomará como base los aspectos generales de la valoración física⁸, para vincularlos con este síndrome o el riesgo de padecerlo:

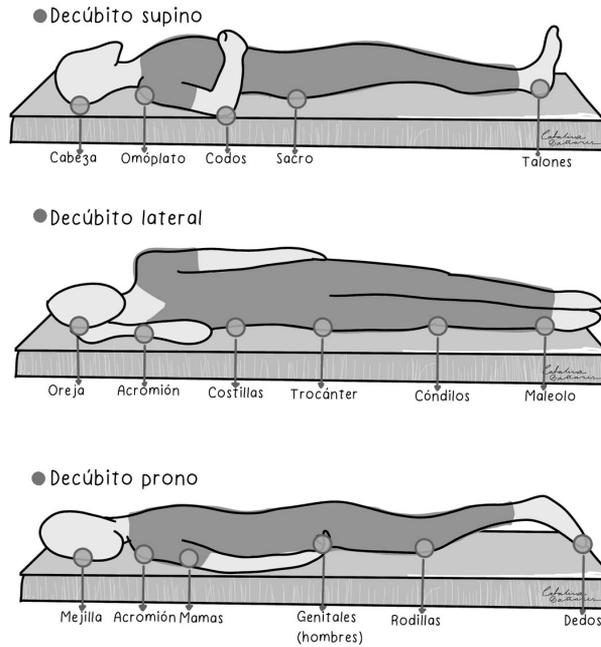
Antes de iniciar el examen físico, es necesario indagar sobre los antecedentes mórbidos de la persona que padece una lesión o tiene el riesgo de padecerla, por ejemplo, las personas que padecen diabetes pueden presentar mayor dificultad para la cicatrización. Se debe conocer los hábitos de la persona, como, por ejemplo, si está fuma, bebe alcohol o como es su alimentación, factores que también influyen en el proceso de cicatrización.

Examinar las condiciones de la piel: humectación, color, temperatura y pulsos distales. Se debe prestar mayor atención a cada zona de apoyo del cuerpo con otra superficie, sobre todo las prominencias óseas. Se debe tener en consideración que cuando se aparece enrojecimiento persistente en una

zona de apoyo, es indicativo de una lesión por presión en su primera fase.

En personas con dependencia severa se debe considerar las diferentes posiciones que puede adoptar, y los riesgos relacionados con la presión generada por los puntos de apoyo (Ilustración N° 3).

ILUSTRACIÓN N° 3. ZONAS DE MAYOR PRESIÓN SEGÚN LA POSICIÓN ANATÓMICA



Fuente: Catalina Bañares

Con el objetivo de buscar eritema o una lesión avanzada, el examen físico se debe realizar colocando énfasis en⁴:

- Cabeza: observar la parte occipital, pabellones auriculares, pómulos y frente.
- Torso y abdomen: verificar escápulas, pechos, costillas.
- Cadera: sacro, coxis, cresta ilíaca, trocánter y genitales.
- Extremidades superiores: hombros y codos.
- En extremidades inferiores: glúteos, zona poplíteo, rodillas, maléolos tibiales, talones y dedos de los pies.

En el caso de hallar una lesión, se debe evaluar sus características, como el aspecto, extensión, profundidad, exudado (calidad y cantidad), tipo de tejido, edema, dolor y piel circundante⁹, los que permitirán su clasificación y manejo.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de lesiones por presión

A continuación, se presentarán los dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de lesiones por presión, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería¹⁰:

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: valorar dolor con Escala Numérica Abreviada (ENA) y aplicación de escalas de Braden y Norton, para evaluar riesgo de lesiones por presión.

Valoración subjetiva: valorar el lugar de la lesión y si el usuario se mantiene en situación de dependencia severa o no.

Dominio 6: autopercepción

Valoración objetiva: aplicar escala de *Yesavage*.

Valoración subjetiva: indagar respecto del estado de ánimo y valorar percepción respecto de su autoestima.

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: aplicar mapa de redes.

Valoración subjetiva: indagar respecto de la efectividad de sus redes de apoyo; conocer si su vida social se ha mantenido igual desde que presenta la lesión o ha disminuido y si esto ha sido por decisión personal o a causa de la lejanía de las demás personas; si la persona mayor tiene pareja o está en matrimonio, saber cómo le ha afectado esta situación a su relación.

Dominio 8: sexualidad

Valoración subjetiva: valorar si mantiene una vida sexual activa, y como se ha adaptado a su condición actual de salud; reconocer si a causa de la lesión, se ha suspendido el hábito sexual.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración subjetiva: indagar si a causa de la lesión ha declinado el ánimo de la persona, y si esta situación es a causa de la postración, la falta de interacción social, o el aspecto físico.

Dominio 10: principios vitales

Valoración subjetiva: preguntar qué piensa de la situación en la que está. Si considera que es un castigo, vinculándolo a su creencia religiosa o si siente que es parte normal de la vida y cómo esto le afecta a su estado de ánimo.

Dominio 11: seguridad / protección

Valoración subjetiva: se debe valorar constantemente la probabilidad de infección en la lesión, considerando eritema alrededor, inflamación circundante, dolor, calor local y/o fiebre.

Dominio 12: confort

Valoración objetiva: valorar dolor mediante escala de ENA.

Valoración subjetiva: valorar si la lesión le produce incomodidad, y si esto impide su interacción social.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones / actividades

1. Realizar visita domiciliaria.
2. Evaluar el riesgo de producción de lesión por presión mediante la escala de Norton.
3. Gestionar dispositivos para personas en situación de dependencia severa, tal como como cojín y/o colchón anti escaras.
4. Realizar educación a los familiares de la importancia de: la revisión diaria de piel, observación de puntos de contacto, estímulo al control de esfínteres, higiene y cambio de pañales, alimentación adecuada, humectación de la piel, cambios frecuentes de posición (cada 2 horas), y manejo correcto de los dispositivos como colchones antiescaras.

Etiqueta: 00046 Deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones / actividades

1. Realizar visita domiciliaria.

2. Valoración de la herida y manejo de la lesión por presión según protocolo.
3. Educación al usuario y la familia de los cuidados que debe tener una lesión por presión.
4. Gestionar dispositivos para personas en situación de dependencia severa tal como como cojín y/o colchón anti escaras.

Etiqueta: oooo4 Riesgo de Infección

Intervenciones / actividades

1. Verificar en la lesión por presión la existencia de las siguientes características que pondrían en sospecha una infección: eritema alrededor de la úlcera, inflamación circundante, dolor, calor local y/o fiebre.
2. Seguir los cuidados necesarios de una lesión por presión teniendo presente la técnica aséptica, intervención oportuna frente al aumento de la colonización bacteriana, y el cuidado de la piel perilesional.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Mantener el riesgo de lesión por presión > a 14 puntos según la escala de Norton (riesgo bajo).
- Reducción de la tipificación en 1 grado, según el diagrama de valoración de heridas.
- Ausencia de dolor, inflamación y eritema en la zona de la lesión.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome úlceras por presión

Leonardo de 78 años, usuario del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Alerce, se encuentra en condición de dependencia severa, como consecuencia de una neumonía que le afectó hace un mes; desde ese entonces él y su hija refieren que “no

ha tenido energías para levantarse”. Debido a esto su hija de 35 años con quien vive, se ha encargado de sus cuidados, y se acerca al CESFAM para comentarle a usted, que hace una semana atrás, mientras cambiaba el pañal de su padre, se percató que en la parte baja de la espalda, la piel se encontraba enrojecida y descamada, mostrándole una foto que le tomó con el celular (se aprecian características de una lesión por presión estadio 2).

Además, ella le menciona que su padre ha estado decaído estos últimos días y no tiene ganas de mejorarse, evidenciando conductas hostiles, que no eran habituales en él.

Frente a esta situación, usted como enfermera(o) debe gestionar los recursos disponibles, para solucionar esta problemática.

Diagnóstico: 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilidad en cama M/P Pérdida parcial de la epidermis y exposición de tejido granulador en zona sacra.

Objetivo: el usuario mejorará la integridad cutánea, evidenciado por pasar de una lesión por presión de segundo grado a una de primer grado, mediante acción multidisciplinaria del equipo de salud del cesfam, en un plazo de 1 mes.

Intervención: visita domiciliaria

Actividades

1. Realizar planificación de la visita domiciliaria, en conjunto con el equipo de salud (médico/a, nutricionista, asistente social, kinesiólogo/a, psicóloga/o y enfermera/o).
2. Indagar la cultura y creencias de la familia, frente al estado de salud y cómo abordan los cuidados.
3. Valoración de redes de apoyo (que ayuden en el cuidado de Leonardo).
4. Valoración nutricional y planificación de un régimen alimenticio adecuado a sus necesidades.

5. Evaluar si el usuario tiene colchón anti escaras, y en caso de no poseerlo, gestionar este beneficio.
6. Aplicar escala de Zarit a su hija.
7. Realizar valoración del grado de dependencia, mediante la escala de Barthel.
8. Realizar valoración del estado emocional de don Leonardo, para ver si es pertinente la aplicación de alguna escala de tamizaje más específica.

Intervención: valoración de herida según diagrama

Actividades

1. Evaluar el aspecto, extensión de la lesión, profundidad, exudado (tanto la calidad como la cantidad), el tipo de tejido, la existencia de edema, dolor y la apariencia de la piel circundante. Además, es importante evaluar la sensibilidad que percibe Camilo de las zonas aledañas a la lesión por presión.
2. Dejar registro de la valoración de herida.

Intervención: realizar curación de herida

1. Aplicar cuidados para el manejo de la herida según las necesidades, los cuales pueden incluir:
2. Realizar limpieza de la piel circundante.
3. Realizar limpieza por arrastre mecánico, con suero fisiológico, en la lesión.
4. Usar gel debridante si es necesario.
5. Aplicación y selección de apósito, según tipo de herida, si hay presencia de signos de infección, cantidad de exudado, entre otros.
6. Fijación de apósitos de cobertura.

Intervención: educación a la familiar y al usuario

Actividades

1. Planificar y realizar educación respecto a los cuidados diarios de la lesión por presión, tales como: evitar apoyar la zona afectada, enseñar cómo y cuándo cambiar el apósito

de cobertura, evitar el contacto con residuos fecales u orina, mantener buena higiene sobre todo en las proximidades de la lesión por presión, planificar un horario de cambio de posición y enseñar signos de infección para una pronta intervención.

Intervención: derivación oportuna

Actividades

2. Pesquisar en forma oportuna una posible infección y realizar la derivación médica si corresponde.
3. Realizar escucha activa y derivación a psicóloga(o), para el afrontamiento del estado de salud.

Evaluación: a corto plazo

- Logrado: en el plazo de 2 semanas la lesión por presión se mantuvo de segundo grado, con cierto nivel de progreso.
- No logrado: en el plazo de 2 semanas la lesión por presión pasó a tercer grado o cuarto grado.

Evaluación a mediano plazo:

- Logrado: en el plazo de 1 mes se logró reducir la etapificación de la lesión por presión de segundo grado a una de primer grado.
- Medianamente logrado: en el periodo de un mes se mantuvo la lesión por presión en segundo grado.
- No logrado: en el plazo de un mes la lesión por presión pasó de segundo grado a una de tercer o cuarto grado.

En el caso se puede apreciar que las lesiones por presión como síndrome geriátrico son consecuencia de condiciones patológicas, como en este caso, una neumonía, a partir de la que se generan otros síndromes como la dismovilidad y alteraciones emocionales. En consideración de ello, se hace

necesaria una valoración detallada del individuo y su entorno familiar–social, a fin de lograr una valoración geriátrica integral^{11,12}, que permita intervenir las problemáticas presentes, además de todos los riesgos que a futuro se puedan presentar, siendo de vital importancia la coordinación que debe generar la/el profesional de enfermería como parte del equipo de salud.

**ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN**

	Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Puntaje	Bueno: Eutrófico e hidratado. Normotérmico	Alerta: Orientación en tiempo y espacio, respuesta a todos los estímulos y comprensión de la información.	Caminando: Camina o se mueve de manera autónoma aunque sea con ayuda de aparatos de un solo punto de apoyo.	Total: Actividad apropiada para su edad, hace cambios de posición amplios y frecuentes sin ayuda. Autónomo.	Ninguna: Controla esfínter urinario y fecal. Instalado catéter urinario permanente.
Puntaje	Débil: Hidratación límite. Perfusión distal disminuida. Ingesta oral incompleta e ingesta de líquidos escasa.	Apático: Aleargado, somnoliento y/o bajo efectos de medicación, trastornos emocionales o conductuales.	Con ayuda: Camina o se mueve con apoyo, con aparatos de más de un punto de apoyo. Realiza movimientos voluntarios con frecuencia, pero requiere ayuda.	Disminuida: Con frecuencia hace pequeños cambios de posición, pasa el mayor tiempo en cama. Requiere ayuda para realizar o mantener movimientos.	Ocasional: No controla esfínter esporádicamente (urinario y/o fecal).

	Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Puntaje	Malo: Malnutrición, deshidratación leve a moderada fiebre o hipotermia, sudoración.	Confuso: Desorientado en tiempo y espacio, agitación psicomotora, agresivo.	Sentado: No puede caminar ni mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o levantarse al sillón. Es dependiente.	Muy limitada: En ocasiones hace ligeros cambios de posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de postura importantes de forma independiente. Capacidad de andar muy limitada. No puede sostener su propio peso o necesita ayuda en el sillón o en silla de ruedas.	Urinaria o fecal: No controla una de los dos esfínteres permanentemente.
Puntaje	Muy malo: desnutrido, deshidratación severa, febril o hipotermia, sudoración profusa.	Estuporoso: Respuesta solamente a estímulos dolorosos, inconsciente.	En cama: Reposo absoluto, dependiente total.	Inmóvil: No hace ningún cambio de posición sin ayuda. Confinado en cama. Dependiente para todas sus funciones.	Doble incontinencia: Incontinencia urinaria y fecal. La piel está húmeda casi constantemente debido a la orina o heces.

La puntuación máxima de la Escala de Norton, es de 20 puntos, quedando establecido el riesgo de padecer una lesión por presión, cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

- Puntuación de 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12 puntos: Riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14 puntos: Riesgo mínimo

Es una escala “inversa”, es decir a mayor puntuación, menor riesgo.

Fuente: Adaptado por Claudia Cannobbio de Úlceras.net [Internet]. Escala de Norton; [consultado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: [https://www.ulceras.net/userfiles/files/norton\(1\).pdf](https://www.ulceras.net/userfiles/files/norton(1).pdf)

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN

Percepción sensorial	Puntaje	Movilidad	Puntaje
No responde a estímulos. Capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	1	Paciente incapaz de cambiar de posición	1
Responde sólo al dolor. Presenta déficit sensorial, que limita la percepción del dolor en más de la mitad del cuerpo.	2	Paciente incapaz de cambiar de posición	2
Responde órdenes. Presenta alguna deficiencia que limita la percepción dolorosa en al menos una de las extremidades	3	Paciente se cambia ocasionalmente de posición	3
No presenta déficit sensorial que limite su capacidad de expresar dolor.	4	Paciente se cambia frecuentemente de posición	4
Actividad	Puntaje	Humedad (sudor-orina)	Puntaje
Encamado	1	Piel constantemente húmeda	1
Se levanta al sillón c/ayuda.	2	Piel frecuentemente húmeda	2
Ocasionalmente camina con o sin ayuda	3	Piel ocasionalmente húmeda	3
Frecuentemente camina	4	Piel ocasionalmente húmeda	4
Nutrición	Puntaje	Fricción por roce	Puntaje
Muy pobre. Rara vez come más de un 1/3 del alimento.	1	No controla sus movimientos, se desliza hacia abajo en la cama o silla	1
Probablemente inadecuada. Generalmente come sólo la mitad de los alimentos.	2	Se mueve tímidamente o requiere mínima asistencia. Generalmente mantiene buena postura en silla o cama.	2

Percepción sensorial	Puntaje	Movilidad	Puntaje
Adecuada, toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Recibe NPT o enteral.	3	Mantiene en todo momento una buena posición en la silla o en la cama. Se mueve con independencia.	3

Interpretación:

- Riesgo alto: menor de 13 puntos
- Riesgo moderado: 13 a 14 puntos
- Riesgo bajo: mayor a 14 puntos

Fuente: Adaptado por Claudia Cannobbio de Úlceras.net [Internet]. Escala de Norton; [consultado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf

Referencias

1. MedlinePlus. Cambios en la piel por el envejecimiento [Internet]. EE.UU.: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.; 25 de julio de 2020 [Consultado el 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004014.htm>
2. Hermanas Hospitalarias. Prevención de úlceras por presión en las personas mayores [Internet]. España: PersonaMayor.org; 8 de marzo 2017 [Consultado el 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.personamayor.org/consejos/prevencion-de-las-ulceras-por-presion-en-las-personas-mayores/>
3. Emily Haster (Ed.). Prevención y tratamiento de las úlceras/lesiones por presión: Guía de consulta rápida. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (gneaupp), 2019; 33p.
4. Aburto I, Morgado P. Manejo integral de Úlceras por Presión, serie guías clínicas [internet]. Santiago: Fundación

- Instituto Nacional de Heridas, [Consultado el 15 de octubre de 2019]. Disponible en: https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/GUIA2016MUESTRADEF-1.pdf?fbclid=I-WAR2loQ2G9Ei238Zy2XIHqtn_JAPVTAS-88700Xlc7uIOT-yelycy27aMteGI
5. Marties F, Soldevilla J. El cuidado de las heridas: evolución histórica. *Gerokomos* 1999; 10 (4): 182-192.
 6. Cerda B, Orellana J. Experiencias documentadas sobre la aplicación de prácticas alternativas y complementarias en la curación de heridas mediante el uso de miel, sacarosa o terapia larval [Tesis] Puerto Montt, Chile: Universidad de Los Lagos, Departamento de Ciencias de la Salud; 2017. 42 p.
 7. García Felipe S. La Miel Como Alternativa a Los Tratamientos Tópicos en El Proceso De Curación De Quemaduras, Heridas Y Úlceras. *ENE* 2019;13(1):1-27.
 8. Gazitúa R. Manual de Semiología. [Internet]. Santiago: Pontificia Universidad Católica, 2007 [Consultado el 18 de octubre 2019] Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/indice.html>
 9. Leal C, Aburto I, Morgado P. Serie Guías Clínicas, manejo y tratamiento de las heridas y úlceras: Valoración y Clasificación. Santiago: Ministerio de Salud, marzo de 2000, [Consultado el 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/Guia_1_Manejo_y_Tratamiento_de_las_Heridas_y_Ulceras.pdf
 10. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
 11. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* 2017; 60(3): 38-54.
 12. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina*

Experimental y Salud Pública 2016; 33(2):321-7. DOI:
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS MAYORES CON DESHIDRATACIÓN

CATALINA FERNANDA ANJARI MALDONADO

Generalidades

Para comprender el mecanismo de la deshidratación, la cual se entiende como la pérdida de agua en el organismo, es necesario recordar la importancia de este elemento vital. A continuación, se mencionan algunos datos relevantes^{1,2}.

El agua es esencial en el organismo: regula el metabolismo, ayuda al aporte de minerales, regula la temperatura corporal, entre otras funciones fisiológicas. En una persona deshidratada se verían totalmente afectados estos procesos, y por esto es importante cumplir con el consumo diario recomendado de agua.

El porcentaje de Agua Corporal Total (ACT) varía según la edad y sexo de la persona. A partir de los 50 años, en los varones, el porcentaje de act corresponde a un 47% - 67% de su peso corporal, mientras que, en las mujeres desde la misma edad, estos porcentajes corresponden al 39% - 57% de su peso.

En personas mayores ocurren una serie de cambios que afectan el estado de hidratación y nutrición que han sido abordados en capítulos anteriores, pudiendo ser ambas causales de hospitalización.

El órgano que elimina mayor cantidad de agua del cuerpo es el riñón. Esta cantidad varía según: la concentración de solutos en el medio interno para ser eliminados, la capacidad

del mismo órgano para concentrar la orina (uno de los cambios ligados a la vejez es la pérdida de esta capacidad), y la ingesta de proteínas y sal. Otros cambios que ocurren en la fisiología y anatomía renal durante la etapa de envejecimiento son: la pérdida del parénquima renal por adelgazamiento de la corteza renal, disminución del flujo plasmático renal y de la velocidad de filtración glomerular.

A nivel de electrolitos plasmáticos, su concentración no varía significativamente en esta etapa, pero a causa de los eventos anteriormente descritos, va a disminuir la capacidad de adaptación del organismo de la persona mayor a modificaciones agudas de estas concentraciones.

Por medio de la piel también ocurren pérdidas de agua, y estas se denominan pérdidas cutáneas. Se dividen en 2 tipos: las pérdidas insensibles (son las que ocurren por la piel, e involucran a un volumen muy bajo de líquido), y las pérdidas sensibles (la cual corresponde al sudor. Esta cantidad es ínfima en reposo, pero en situación de esfuerzo físico la pérdida es significativa, evitando que la temperatura interna ascienda desequilibradamente).

Algunos factores de riesgo que contribuyen a la deshidratación tienen que ver con la pérdida de funcionalidad de una persona: si tiene alguna condición que le impida manifestar la sensación de sed (deterioro neurológico o cognitivo, trastornos de la comunicación), que le imposibilite hidratarse por sí misma (deterioro de la deglución, demencia, dependencia severa), o por falta de atención del cuidador. Otros factores se asocian a la desviación de la salud, por ejemplo, el uso de medicamentos diuréticos, la polifarmacia (el consumo de fármacos en forma continua puede afectar la función renal), y patologías gastrointestinales agudas que pueden causar pérdida activa de líquidos, como vómitos o diarrea².

Debe tenerse presente que en las personas mayores disminuye la sensación de sed, de esta manera existe tendencia al aporte insuficiente de agua diaria según los requerimientos, y cuando esta sensación aparece es porque la persona ya se encuentra en estado de deshidratación².

Aspectos para considerar desde las redes integradas de servicios de salud

Actualmente en el país no existen servicios en Atención Primaria de Salud (APS) específicos para personas mayores que padezcan este síndrome, pero lo que se puede hacer desde este nivel de atención, es la detección de este síndrome y a su vez, la educación de todo el equipo de salud frente a aspectos tan relevantes, cómo la detección oportuna de la deshidratación en la persona mayor y su manejo inicial. La educación a las personas mayores y su entorno más cercano destacando aspectos como: qué es, cómo prevenir, signos y síntomas para reconocer, cuándo consultar o derivar a urgencias y que indicaciones entregar al usuario, son fundamentales.

Ante una persona mayor con este problema, dependiendo de la gravedad del cuadro puede ser trasladada al mismo Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) del Centro de Salud Familiar (CESFAM) para tratamiento médico inmediato, pudiendo requerir la derivación hacia un nivel mayor de complejidad.

Si se detectan factores de riesgo para la aparición de este síndrome en el contexto de la consulta de enfermería, visitas domiciliarias, o cualquier otro tipo de atención, se debe educar tanto a la persona mayor, como a familiares, personas cercanas, o cuidadores en caso de existir, respecto de la importancia en la prevención y las medidas de autocuidado que se deben aplicar en el hogar.

Se debe tener presente que las intervenciones realizadas en la APS deben involucrar a las personas cuidadoras, en caso de que las hubiese, debido a que la sobrecarga por esta labor que puede a su vez alterar la dinámica de funcionamiento familiar, pueden devengar en la privación de cuidados básicos como la alimentación e hidratación de las personas mayores^{3,4} con algún tipo de limitación, y en algunos casos más complejos, pueden llevar a situaciones de maltrato por negligencia, aspecto que debe ser intervenido. En caso de sospecha de maltrato, se sugiere contar con la asesoría de instituciones como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), quienes puede orientar respecto de los pasos a seguir para la activación de redes, otorgar acompañamiento y seguimiento a la persona afectada, además de denunciar ante los organismos correspondientes, como Carabineros de Chile: fono 149 línea para violencia intrafamiliar, Policía de Investigaciones (PDI): fono 134, o cualquier unidad policial, Tribunales de Familia, y Fiscalías regionales y locales⁵.

Prácticas sociales, culturales o no institucionales en relación con el síndrome

La información utilizada en esta sección se recopiló mediante una conversación con una persona mayor de 80 años y sexo femenino⁶, quien refirió que “casi nunca siente sed”, ya que se mantiene hidratada a lo largo del día a base de infusiones y té, no bebe agua pura porque, comenta que “el agua del grifo trae cloro y otras cosas”, así que le produce desconfianza.

Comenta que en general, ella nota que a los hombres les cuesta más mantenerse hidratados, porque muy pocos tienen la costumbre de tomar aguas de hierbas o té durante los periodos de sobremesa, o mientras realizan cualquier otra acción como leer o ver televisión; en cambio las mujeres desde

que son jóvenes adoptan el hábito de estar constantemente bebiendo una taza de té o cargar con un termo.

También dice que cuando siente molestias gastrointestinales como por ejemplo náuseas, vómitos o diarrea, ella toma mucha agua de boldo, menta o de manzanilla, práctica inculcada por su abuela y que ella sigue hasta el día de hoy, ya que esta acción le ha demostrado reducir las molestias asociadas.

Estos apartados de la conversación permiten evidenciar diferentes aspectos que son comunes en la atención cotidiana de las personas mayores en el contexto local, entre ellos, las creencias que se pueden dar en una comunidad respecto de la cloración y otros procesos de potabilización del agua, que traen consecuencia el riesgo de aporte suficiente de este líquido, además, incorporar el consumo de hierbas medicinales para fomentar la hidratación, lo que también ha sido evidenciado en investigaciones⁷.

Se aprecia también temáticas relacionadas con los roles de género, al vincular el autocuidado como una conducta que está más presente en mujeres que en hombres⁸, siendo este aspecto una temática relevante a abordar al realizar trabajo educativo con la comunidad.

Otros aspecto importante a abordar es el fomentar el autocultivo de plantas para infusión, que a su vez amerita poder revisar su posible interacción con tratamientos farmacológicos, y educar en cuanto a la importancia de su limpieza antes de usarlas directamente en la infusión, de igual manera tener presente que si estas son acompañadas con azúcar, se debe motivar para que las consuma sin este aditivo, o lo reemplace por edulcorantes, teniendo presente que estas últimas sustancias deben ser consumidas según recomendaciones diarias⁹.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Dentro de los parámetros a evaluar en el examen físico en personas mayores con deshidratación tenemos¹⁰:

- **Facie:** aspecto general y coloración de la piel, en este parámetro el usuario puede presentar ojos hundidos y palidez debido a la pérdida de volumen circulante en el organismo.
- **Piel:** en este parámetro la calidad de la piel es un indicador del estado de hidratación. Si la turgencia está disminuida y/o la piel pierde elasticidad, puede significar que la persona está cursando con una deshidratación. Se debe tener en consideración diferenciar estos cambios de aquellos asociados a la edad.
- **Ojos:** se debe prestar atención a la humedad de la conjuntiva ocular, ante la deshidratación se aprecia enrojecimiento.
- **Boca:** coloración de la lengua y calidad de la saliva. En este parámetro se puede apreciar xerostomía (sequedad bucal por escasa producción de saliva), que se traduce en una lengua roja y agrietada. La saliva tendrá menor fluidez (es más densa), y el usuario/a puede referir la sensación de una boca seca y pegajosa.
- **Signos vitales:** se puede apreciar hipotensión arterial, taquicardia y trastornos de la termorregulación, manifestados en hipertermia, síndrome que se abordará en capítulos posteriores.
- **Estado de conciencia:** dependiendo de la severidad, la persona puede estar somnolienta, letárgica, e incluso entrar en coma.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de deshidratación

A continuación, se presentarán los dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de disfunción sexual, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería¹⁴:

Dominio 4: promoción de la salud

Valoración objetiva: valorar la gestión de la salud, por parte del cuidador o persona mayor; valorar conocimiento sobre actividades para mantener y mejorar su salud, en este caso en relación con la hidratación.

Valoración objetiva: revisar el sistema de registro clínico, en busca de inasistencias a controles de salud.

Dominio 2: nutrición

Valoración objetiva: revisar datos recopilados en el examen físico tales como: Peso, imc, porcentaje de pérdida de peso en cierto periodo de tiempo, turgencia de la piel (signo del pliegue); revisar el sistema de registros para interiorizarse acerca de los medicamentos que la persona tenga indicados y que podrían modificar el estado de hidratación (por ejemplo, fármacos diuréticos).

Valoración subjetiva: valorar si la persona tiene acceso a hidratación segura (agua potable, por ejemplo); valorar si la persona puede hidratarse con o sin ayuda. si está presentando vómitos (mecanismo de pérdida activa de líquidos), o si presenta algún grado de deterioro de la deglución que dificulte la ingesta de líquidos.

Dominio 3: eliminación e intercambio

Valoración objetiva: investigar en los registros clínicos, si el usuario tiene alguna patología renal que altere las pérdidas de líquidos por orina, o si hay antecedentes de incontinencia urinaria, puesto que muchas personas mayores, limitan su consumo de agua para impedir la emisión involuntaria.

Valoración subjetiva: percepción de pérdida de orina. Así también, los cuadros diarreicos constituyen una pérdida activa de líquido, que podría deshidratar a una persona. Se debe indagar sobre consistencia de las deposiciones de los últimos días, cambios en la orina (color, frecuencia, volumen), o cambios generales en el patrón de eliminación habitual.

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: investigar resultados del último Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM): si es autovalente con o sin riesgo, o en caso de haber aplicado Barthel, tener presente el grado de dependencia.

Valoración subjetiva: valorar si el usuario presenta deterioro en la movilidad (lo cual interfiere en el ejercicio del propio autocuidado), o si practica actividad física.

Dominio 5: percepción / cognición

Valoración objetiva: obtener datos de los registros clínicos, sobre posibles alteraciones a nivel cognitivo/neurológico que le impidan comprender indicaciones.

Valoración subjetiva: valorar si el usuario puede entender la información entregada y es consciente de sensaciones que provienen de su propio organismo (por ejemplo, sensación de hambre, sed, incomodidad, dolor, entre otras).

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: en caso de que la persona mayor tenga un cuidador, aplicar o revisar resultados de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Valoración subjetiva: en caso de que el usuario/a tenga cuidador/a, se debe valorar a la persona cuidadora, de manera integral, que también puede ayudar a orientar acerca de si la persona tiene las condiciones físicas y psicológicas, para enfrentar el cuidado de la persona mayor.

Dominio 11: seguridad / protección

Valoración subjetiva: las lesiones por presión son más frecuentes en pieles secas. Existe un riesgo de deterioro de la mucosa oral en la xerostomía, y de hipertermia dada por deshidratación.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación¹²

Etiquetas: 00102 Déficit de autocuidado en alimentación / hidratación; 00078 Gestión ineficaz de la salud; 00126 Conocimientos deficientes.

Intervención / actividades

1. Valorar condiciones que pueden obstaculizar la correcta provisión de estas necesidades en el entorno de la persona mayor.
2. Valorar factores que pudiesen estar desencadenando la deshidratación (pérdida activa de líquidos, déficit de cuidado, etc.).
3. Indagar sobre la preferencia del usuario, en relación con la ingesta de líquidos.

4. Buscar junto al usuario/a estrategias para aumentar la ingesta de agua al día.
5. Restringir el consumo de alcohol (inhibe la hormona antidiurética haciendo que el organismo aumente las pérdidas sensibles).
6. Educar al usuario o al cuidador, sobre cómo identificar síntomas y signos de deshidratación.
7. Educar al usuario para que pueda consumir colaciones durante el día que tengan alta cantidad de agua (gelatinas, una fruta, porción de ensalada).

Etiquetas: 00018 Riesgo de déficit de volumen de líquidos, 00027 Déficit de volumen de líquidos.

Intervención / actividades

1. Vigilar el estado de hidratación a través de la valoración física (piel, mucosa).
2. Monitorizar signos vitales, énfasis en frecuencia cardíaca.
3. Administrar terapia de hidratación intravenosa, según indicación médica, en caso de ser necesaria.
4. Valorar características de la orina (cantidad, coloración).
5. Controlar pérdidas insensibles de líquidos.

Etiqueta: 00113 Deterioro de la deglución

Intervención / actividades

1. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
2. Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
3. En caso de usuarios/as con dependencia severa: ayudar al usuario a sentarse en posición erecta durante la hidratación oral.
4. Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
5. Proporcionar cuidados orales: cepillado dental, enjuague.

6. Ofrecer líquidos para ayudar a formar bolo alimenticio, antes de la deglución.
7. Derivación a profesional fonoaudiólogo.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Percepción de sed: aumenta, se mantiene, o desaparece.
- Presencia de signos de deshidratación. Evaluar aumento, mantención o desaparición de: piel seca, llene capilar >2 segs, mucosas secas, letargo, hipotensión, taquicardia, orina oscura, oliguria. El usuario expresa haber aumentado determinada cantidad en su consumo de agua al día mediante las acciones en el plan de cuidados.
- Presión arterial en rangos normales (PAS >90 y <140 mmHg y PAD >60 y <90 mmHg). Para este criterio de evaluación se deben tener en cuenta los valores basales de presión arterial de cada usuario/a y sus particularidades según edad y riesgo cardiovascular¹².
- El usuario comprende la información entregada en la sesión educativa (aprueba >70% en la evaluación de la misma).

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de deshidratación

Luis, persona mayor de 75 años de sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con captopril, con buena adherencia al tratamiento y controles; es un usuario conocido por la enfermera, vive solo y es autovalente. Asiste a EMPAM acompañado de su hija; y a la entrevista ella le manifiesta a la enfermera que el usuario se encuentra cursando con un cuadro de vómitos y diarrea de 3 días de evolución, pero no ha consultado con médico, ya

que él cree que mejorará durante los días siguientes, a pesar de que hoy se siente muy mal.

La enfermera nota al usuario muy pálido, con los ojos hundidos, y decaído. Al preguntarle cómo ha estado tratando este cuadro, la acompañante refiere que está muy preocupada, porque todo lo que ingiere lo vomita, incluso el agua, por lo tanto, no se está alimentando ni hidratando, sin embargo, Luis insiste en que “no es nada grave como para consultar”.

Tras estos antecedentes la enfermera realiza examen físico y se encuentra con: presión arterial: 88/57 mmHg (su presión arterial basal oscila normalmente entre 140-145 para la sistólica y 85-90 para la diastólica), FC: 120 lpm FR: 16 rpm satO₂: 96 %. T° 37,4 °C, signo del pliegue 5 segundos, piel escamosa, sequedad bucal, saliva espesa, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos o peristaltismo hipersonoro, blando, depresible, indoloro a la palpación, sin masas ni megalias, con molestias en la zona del mesogastrio.

Diagnóstico 1: 00027 Déficit del volumen de líquidos R/C pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales M/P alteración de la turgencia de la piel, taquicardia, pérdida de la turgencia de la piel, vómitos y diarrea.

Diagnóstico 2: 00078 Gestión ineficaz de la salud R/C Conocimientos insuficientes sobre medidas de autocuidado ante patología aguda M/P Usuario desconoce la potencial gravedad de su estado de salud actual, por lo tanto, no consulta en el servicio de salud.

Objetivos:

- a. El usuario disminuirá la frecuencia de los episodios de vómito y diarrea en un plazo de 6 horas, y compensará las pérdidas de volumen de líquidos según indicación médica.

- b. El usuario aumentará los conocimientos respecto a su estado de salud y autocuidado evidenciado en lograr recordar, repetir y resumir la información entregada por la enfermera del cesfam donde está siendo atendido, en un plazo de 30 minutos, mediante actividades de enfermería.

Intervención: gestión para atención de urgencias.

Actividades

1. Derivar a SAPU del mismo CESFAM para evaluación por médico, hidratación intravenosa y tratamiento farmacológico.
2. Reagendar el EMPAM (por los riesgos a los que podemos exponer al usuario al realizarlo en su estado de salud) y registrar lo acontecido.

Intervención: educación para el usuario.

Actividades

1. Cuando el usuario supera la etapa aguda, educar sobre cómo se produce la deshidratación en las personas mayores, reforzando que la deshidratación es un cuadro grave en personas de edad avanzada y que puede ocasionar otros síndromes geriátricos como estado confusional agudo, caídas, incontinencia, entre otros.
2. Enseñar que, tras el alta de la intervención en el SAPU, debe cumplir con el régimen prescrito para mejorar la tolerancia alimentaria, y que al beber líquidos debe hacerlo a pequeños sorbos para evitar que sienta náuseas.
3. Educar que ante situaciones que produzcan pérdidas de líquidos, o durante los días de calor, la persona mayor debe aumentar a la ingesta habitual, en aproximadamente 600 cc², esto equivale a 3 vasos más de agua. La indicación va a variar si la persona presenta patología renal y/o cardíaca, o cualquier otra condición en la que sea necesaria la restricción de líquidos.

Intervención: manejo de ansiedad a usuario/a y acompañante.

Actividades

1. Explicar a usuario y acompañante por qué se está derivando a la atención de urgencias y el flujo de atención (ingreso a categorización y luego el ingreso al servicio para evaluación por médico y tratamiento).
2. Resolver inquietudes al respecto.

Evaluación

- Logrado: el usuario presenta mucosas y piel hidratadas, signos vitales próximos o iguales a lo habitual, y disminuye la frecuencia de vómitos y diarrea.
- Medianamente logrado: mejora la hidratación, pero los vómitos y diarrea persisten.
- No logrado: tras la intervención médica, el usuario se mantiene en la misma condición inicial.

Componente educativo

- Logrado: responde en forma correcta a tres preguntas relacionadas con la educación recibida.
- Medianamente logrado: responde 1-2 preguntas en forma correcta.
- No logrado: ninguna respuesta correcta.

Ejemplo de preguntas: ¿cómo puede saber que está deshidratado para consultar con un médico?, ¿qué es lo que debe realizar al alta? y ¿qué tiene que hacer con su consumo de líquidos en días de calor, o cuando presente náuseas y/o vómitos?

Se debe tener presente que, en situaciones como las descritas en el caso, se debe priorizar la derivación a médico, puesto que la causa del síndrome radica en la descompensación generada por una condición patológica de base, sin embargo,

en paralelo se debe desarrollar actividades educativas con los familiares o acompañantes, y cuando el usuario/a se encuentre compensado, implementar actividades educativas abreviadas acordes al contexto de atención y la situación vivenciada.

Al igual que con todos los síndromes geriátricos, se requiere considerar el trabajo interprofesional y garantizar el abordaje biopsicosocial de las personas, ello amerita considerar cuidados a mediano y largo plazo, que permitan identificar situaciones de riesgo, y otras problemáticas que quizás en el momento inmediato de la atención no son evidentes, para ello se hace necesario incorporar estrategias de valoración familiar y comunitaria, e implementar visitas domiciliarias, para facilitar dicho proceso.

Referencias

1. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(1) 19-29. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
2. López P, López r, Jiménez M. Deshidratación en el anciano. En: *Salud y Cuidados en el Envejecimiento*. España: Asociación Universitaria de Educación y Psicología; 2013. ISBN: 978-84-616-5978-4 , 222p.
3. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Restrepo-Ochoa DA. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*. 2020;38(2):e331289. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
4. Agudelo-Cifuentes M, Cardona D, Segura A, Segura A, Muñoz A, Restrepo-Ochoa D. Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *Rev. CES Psico* 2019; 12(1): 32-42. DOI: <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.3>

5. SENAMA. *Cómo Prevenir y Enfrentar el Maltrato al Adulto Mayor*. Chile: SENAMA 2012. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Como-prevenir-enfrentar-el-maltrato-al-adulto-mayor.pdf>
6. NN. Entrevista a persona mayor relacionado con aspectos cotidianos sobre su hidratación. [registro de audio], Puerto Montt-Chile; octubre de 2019.
7. Díaz D, Torres J, Maldonado C, Rodríguez F, Durán S. Consumo de líquidos en adultos mayores chilenos. *Nut. Clín. Diet. Hosp.* 2020;40(3):77–83. DOI: <https://doi.org/10.12873/403diaz>
8. Timbó de Paiva F, Fabrício P, Araújo M, Roberto M. Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Salud Colectiva* 2020;16e: 2250. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
9. Manzur-Jattin F, Morales-Núñez M, Ordosgoitia-Morales J, Quiroz-Mendoza R, Ramos-Villegas Y, Corrales-Santander H. Impacto del uso de edulcorantes no calóricos en la salud cardiometabólica. *Revista Colombiana de Cardiología [Internet]*. 2020 Mar 1 [citado 2021 Mayo 13];27(2):103–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.11.003>
10. Gazitúa R. *Manual de Semiología*. [Internet]. Santiago: Pontificia Universidad Católica, 2007 [Consultado el 8 Oct 2019] Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/Default.html>
11. Heather Herdman T. *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020*. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
12. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Mass M. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos*, 3th Edición. España, editorial Elsevier; 2012.

EL ESTREÑIMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES

IVANNA FRANCESCA VERA SOTO

Generalidades

Se ha comentado en capítulos anteriores respecto de los cambios corporales asociados a la edad; a nivel intestinal estos no son la excepción. En esta etapa del curso de la vida, se puede apreciar disminución del peristaltismo que puede conllevar a la aparición del estreñimiento, siendo más factible si se le suman otros factores tales como, la ligera disminución de las contracciones del recto cuando se llena de heces y el aumento en el volumen de este segmento intestinal. Se calcula que, por encima de los 65 años, la prevalencia aumenta en ambos sexos, de forma que un 34% de las mujeres y un 26% de los varones se autodefinen como estreñidos, y estas cifras aumentan en personas mayores hospitalizadas en instituciones geriátricas¹.

El estreñimiento constituye uno de los síntomas más prevalentes en las personas mayores, y para su clasificación debe tomarse como referencia los límites normales de ritmo deposicional que fluctúan entre tres deposiciones diarias como máximo y tres semanales como mínimo², sin embargo, el dato más relevante es el antecedente referido como habitual por el usuario/a, o en caso de presentar dependencia, de su familia o cuidador/a.

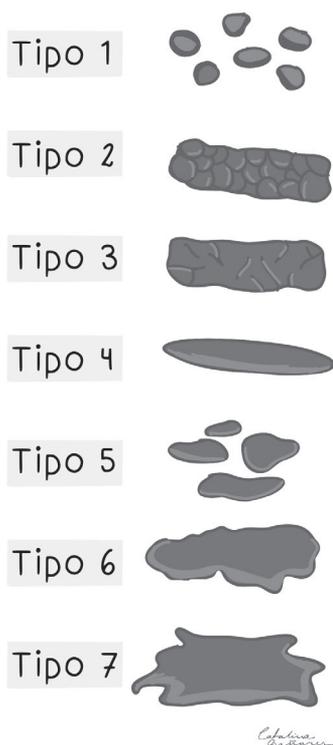
A continuación se mencionan algunos factores que predisponen al estreñimiento³, en las personas mayores:

- Aumento de la distensibilidad rectal.
- Disminución de la sensación de sensibilidad del recto, disminuyendo la percepción de llenado, lo que provoca mayor acumulación de heces para defecar.
- Trastornos funcionales relacionados con el envejecimiento: debilidad muscular, anomalías musculares, inmovilidad.
- Alteración del estado mental cognitivo o depresión.
- Dieta pobre en ingesta de fibras y disminución de la ingesta calórica.

Para realizar un diagnóstico de estreñimiento, lo más utilizado son los criterios de Roma III, a partir del cual se considera que un usuario/a sufre estreñimiento cuando en más del 25% de las deposiciones, presenta dos o más de los siguientes síntomas: esfuerzo excesivo, heces duras, no logra sensación de desocupación rectal, tiene sensación de obstrucción en el área rectal o evacua menos de tres veces por semana³. Estos criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico^{2,3}.

También otra escala que se emplea es la de Bristol, que permite evaluar de forma sencilla el aspecto y las características de las heces, brindando una herramienta de valoración más fácil en contexto de control con persona mayor que padezca esta enfermedad (Ilustración N^o 1).

ILUSTRACIÓN N° 1. ESCALA DE BRISTOL



Elaborada por Catalina Bañares

Alberti, en la Actualización del Manual de Geriátría para Médicos, publicado el año 2019, releva la importancia de la distinción que hay que realizar en torno a los dos tipos de estreñimiento, siendo el tipo más frecuente el estreñimiento funcional, que se atribuye a un enlentecimiento del tránsito, son pacientes que manifiestan que pueden pasar varios días sin tener ninguna necesidad de defecar. El segundo tipo de estreñimiento es el bloqueo o disfunción anal, en el que el

paciente tiene deseo y necesidad de defecar, pero no puede, porque percibe una obstrucción rectal que, en ocasiones debe ayudarse digitalmente. La importancia de esta clasificación, está basada en que en el estreñimiento de bloqueo se debe buscar de manera dirigida, patologías anatómicas o neoplásicas⁴.

Barreras psicológicas y sociales

Las relaciones entre la actividad gastrointestinal y el sistema nervioso central se encuentran sólidamente asociadas⁵, se ha señalado que son numerosos los factores que influyen en el movimiento del aparato digestivo, pero que posiblemente el más importante sea el sistema nervioso⁵, por tanto, los cuidados deben incorporar medidas que contribuyan para tal fin.

A nivel psicosocial, el estreñimiento por la sintomatología genera aislamiento social, puesto que el usuario/a limitará más sus actividades sociales con otras personas, lo que puede desencadenar alteraciones emocionales u otros síndromes geriátricos, siendo pertinente la realización de consejerías y psicoterapia a cargo de los profesionales correspondientes para tal fin.

El abordaje de esta condición de salud debe realizarse según los protocolos institucionales, debido a que no existen orientaciones desde el Ministerio de Salud (MINSAL), y tampoco aplican Garantías Explícitas en Salud (GES), es por ello que el establecer medidas de actuación institucional, es una labor que debe asumir la/el profesional de enfermería, como parte de la gestión del cuidado en relación con esta condición de salud.

Complicaciones del estreñimiento

Esta condición puede implicar múltiples complicaciones médicas, algunas de ellas potencialmente graves⁴:

La complicación más frecuente es el fecaloma, definido como la acumulación de heces en la ampolla rectal, el cual es infradiagnosticado y que puede ser evidenciado fácilmente al tacto rectal, siendo el examen físico una herramienta fundamental para su oportuna detección. En los casos donde no se pueda palpar (fecaloma alto), objetivando sólo gran dilatación de la ampolla rectal, se puede realizar una radiografía de abdomen simple.

La deshidratación es una de las condiciones que favorece el estreñimiento, sobre todo en aquellos casos donde la reserva de agua corporal de la persona mayor, se ve agotada; ocurriendo que se favorece la reabsorción de agua de las heces, con la consiguiente formación de heces pétreas de difícil expulsión. Aparece el dolor y el bloqueo anal al defecar, además de sensación de plenitud. Puede manifestarse además una “pseudodiarrea”, por irritación de las paredes del recto por las mismas heces; se producen secreciones que pueden diluir un porcentaje pequeño del material fecal y salir, o bien, favorecer la salida de líquido por rebosamiento, de tal forma que se puede objetivar deposiciones líquidas, lo cual puede llevar a confusión y prescribir contrariamente lo que la persona mayor necesite y por consiguiente, agravar el cuadro.

La incontinencia fecal por rebosamiento, en donde la persona mayor tras defecar una pequeña cantidad de heces sólidas, enseguida vuelve a manchar su ropa interior o su pañal, ya que se produce una distensión de la ampolla rectal y una disfunción del esfínter anal que, a su vez, provoca escapes habitualmente de heces líquidas de forma continua.

Las complicaciones más graves, además de la obstrucción, son el vólvulo de colon y la pseudo obstrucción de colon o síndrome de Ogilvie. El síndrome de Ogilvie es frecuente en pacientes personas mayores afectadas de estreñimiento crónico, consumidores de laxantes y que ingresan en el hospital por afección aguda (especialmente por fractura de fémur o ataque (accidente) cerebrovascular), en los que se produce un cuadro de pseudo obstrucción colónica, subsidiario de tratamiento médico.

Una complicación poco frecuente, pero muy lamentable pues es derivada de un diagnóstico tardío, es la úlcera estercorácea o estercorácea, en la que las heces duras producen una presión sobre la mucosa colónica, que puede generar sangramiento, manifestándose con rectorragia y, en caso de infección de la úlcera, con fiebre, dolor abdominal e incluso bacteriemia y abdomen agudo.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), como herramienta de tamizaje, encontramos el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), cuyo objetivo es contribuir a la detección y diagnóstico oportuno de condiciones de salud de riesgo, y el fomento de medidas de autocuidado enfocadas en mantener la funcionalidad. Dentro de este empam, se puede realizar valoración del usuario, en donde herramientas como la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), anamnesis próxima, remota mediante entrevista, complementado con examen físico, puede contribuir a una valoración integral de la persona mayor para prevenir problemas o detectarlos y realizar un plan de seguimiento de la patología con equipo multidisciplinario (médico/a, psicólogo/a, enfermera/a).

Otra de las intervenciones que se pueden emplear en la *aps*, es la visita domiciliaria integral, en la que se puede indagar los aspectos psicosociales del usuario, contribuyendo a una valoración integral, pudiéndose detectar diversos tipos de problemas que pueden contribuir al estreñimiento, como por ejemplo la lejanía del baño del usuario como sucede en lugares rurales, la dependencia del usuario para poder realizar las deposiciones, factores estresantes familiares que influyen negativamente en esa condición, entre otros.

En controles de salud o consultas de morbilidad, se puede detectar esta condición, en sus diferentes presentaciones y severidad; de acuerdo a los hallazgos encontrados, se deben realizar las derivaciones pertinentes, que puede incluir la internación en un recinto hospitalario en caso de fecalomas o impactación fecal, por ejemplo.

Como opción para la derivación de usuarios con complicaciones, en la Región Metropolitana se encuentra el Instituto Nacional de Geriatría⁶, institución que tiene consultorio de especialidades ambulatorias con un modelo de atención *eme*, esto es, consulta de enfermería, médico, y nuevamente con enfermería, siendo esta una realidad con la que no se cuenta en la Región De Los Lagos, y que permite entrever las inequidades territoriales existentes en el sistema de salud, en donde un servicio de estas características, debería ser el estándar disponible en todas las regiones del país, con el fin de apoyar los cuidados especializados en este sector de la población.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Según Eliopoulos⁷, menciona la posibilidad de emplear métodos con plantas medicinales, entre las nombradas se comenta el uso de plantas laxantes como el *aloe vera*, pues

esta ayuda a que las evacuaciones intestinales sean menos dificultosas. Otra de las plantas nombradas, es el ruibarbo que a diferencia de la anterior, tenemos que valorar si hay otros problemas asociados como colon irritable, puesto que se encuentra contraindicado en esa patología.

Dentro de los saberes ancestrales en Chile, específicamente en el sur, las personas que sufren de esta patología, consumen ciruelas; ésta se prepara hirviendo el fruto y bebiendo el jugo, también se comenta comer apio en cantidades contundentes, ayuda al proceso, el consumo de jugo de tomate por la noche, también puede ayudar a facilitar la evacuación intestinal.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Es importante realizar examen físico general del usuario haciendo énfasis en⁸:

La exploración del abdomen implica evaluar si hay distensión y el grado de ésta, auscultar intensidad y frecuencia de los ruidos hidroaéreos, esto último para corroborar que haya funcionalidad gastrointestinal.

La presencia de distensión o peristaltismo a la palpación de una masa en el abdomen, palpación de heces duras en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Es igualmente importante realizar un examen minucioso de la región perineal y del recto. La inspección ano-rectal puede revelar fisuras o hemorroides.

Un ligero pinchazo (con algún instrumento no afilado) en los cuatro cuadrantes de la región perianal permite comprobar la preservación del reflejo anal (contracción del esfínter). Su ausencia permite sospechar la presencia de una neuropatía.

El tacto rectal puede detectar la presencia de una estenosis, una masa, melena o hematoquecia. Debe aprovecharse este

procedimiento para explorar la respuesta del esfínter anal externo al esfuerzo simulado de la defecación. Por lo invasivo de esta valoración, debe realizarse en un entorno en que se resguarde la intimidad y confidencialidad de la persona mayor.

Esta maniobra debería provocar la relajación del esfínter anal externo y del perineo descendente. La ausencia de este fenómeno sugiere obstrucción funcional. Es importante antes de hacer ese procedimiento, aclarar el procedimiento y buscar a alguien que esté de testigo cuando se está realizando.

Como parte complementaria, deben tomarse datos de peso y talla para construir indicadores antropométricos que orienten con relación al estado nutricional.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de estreñimiento^{10,11}

A continuación, se presentarán los dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de estreñimiento, y algunos aspectos específicos que se deben considerar en la valoración de enfermería⁹⁻¹¹:

Dominio 2: Nutrición

Valoración objetiva: valorar la ingesta de líquidos de buena calidad, en una cantidad según lo recomendado para personas mayores de 50 años: mujeres: 2,7 L/día, hombres: 3,7 L/día. y, revisar cavidad bucal: verificar si faltan piezas dentales, en qué condiciones se encuentran las existentes, presencia de lesiones. En caso de que la persona tenga pérdida de sus piezas dentales, en la arcada superior o inferior, verificar si usa prótesis dental.

Valoración subjetiva: valorar el tipo de bebidas que toma para saciar la sed; indagar sobre la percepción de sed que

tiene la persona; valorar cavidad oral y efectividad de la masticación; valorar frecuencia y tipo de alimentación; verificar si en la dieta diaria se incluye el consumo de alimentos con contenido de fibra.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Valoración objetiva: utilizar criterios de Roma III para ver si el usuario tiene criterios de estreñimiento; evaluar con la Escala de Bristol, el tipo de heces y consistencia de éstas; valorar la frecuencia de deposiciones y si hay dolor al evacuar; realizar examen físico y buscar signos de estreñimiento como distensión abdominal, disminución de los ruidos hidroaéreos.

Dominio 4: Actividad y reposo

Valoración objetiva: aplicación del test de tamizaje de depresión (*Yesavage*).

Valoración subjetiva: indagar si el usuario mantiene una adecuada actividad física, al menos 3 veces a la semana o si realiza tareas de ejercicio intenso como, por ejemplo: picar leña, cortar el césped, cultivo de plantas. Así mismo, averiguar si el usuario realiza ejercicios específicos para el estreñimiento en el inodoro.

Dominio 12: Confort

Valoración subjetiva: indagar acerca de si el estreñimiento provoca consecuencias en la vida diaria y en las relaciones sociales. Enseguida, valorar el microambiente y condiciones de la casa / baño para poder realizar las deposiciones. Indagar si cuenta con un ambiente tranquilo para realizar las deposiciones.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación^{10,11}

Etiqueta: 00011 Estreñimiento

Intervenciones / actividades

1. Fomentar ejercicio del usuario con caminatas, o ejercicio intencionado al menos 3 veces a la semana.
2. Enseñar ejercicios para aumentar el tono de los músculos abdominales: hacer abdominales y sentadillas.
3. Enseñar ejercicios en el inodoro como mover el tronco de un lugar a otro y de atrás adelante mientras se está sentado.
4. Apoyar los pies en un banco de altura baja al momento de sentarse en el W.C., con el fin de mejorar el grado de inclinación, ayudando al intestino a lograr una mejor evacuación de las heces y evitar cualquier obstrucción.
5. Fomentar la ingesta de líquidos mediante técnicas como saborizar agua con trozos de frutas, hierbas.
6. Establecer un horario para la ingesta de líquidos, con ayuda de alarmas, o recordatorios o incluso uso de aplicaciones móviles.
7. Recomendar tomar un vaso de agua tibia media hora antes de desayunar, para mejorar la evacuación intestinal.
8. Establecer lista de alimentos ricos en fibra para el usuario como: fruta fresca, verduras, legumbres, frutos secos, semillas.
9. Sugerir el uso de avena a tolerancia, la cual debe ser de tipo tradicional o machacada, no instantánea (a esta se le ha sacado la fibra que ayuda a mejorar el estreñimiento).
10. Sugerir el uso de medidas no farmacológicas como, por ejemplo: jugo de ciruela, uso de chía, linaza para favorecer al tránsito intestinal, que son estímulos para ayudar a la defecación.

11. Recomendar dejar un tiempo destinado a la defecación diario.
12. Educar sobre la técnica de condicionamiento del reflejo defecatorio: se trata de que el paciente adquiera un patrón defecatorio regular en relación con los movimientos propulsivos fisiológicos, para esto se promueve el evacuar al despertar y luego de la ingesta sobre todo del desayuno y almuerzo, permaneciendo en el inodoro por períodos cortos y con esfuerzo de pujo moderado.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Realiza evacuación de deposiciones posterior a intervenciones.
- Disminuye el abdomen distendido y se normalizan los ruidos hidroaéreos.
- Aplicación de escala Bristol con resultado de heces con consistencia normal.
- Mejora la disposición de la ingesta de líquidos al menos con 8-10 tazas diarias mediante la manifestación verbal o verificación por parte del cuidador.
- Mejora la disposición de ingesta de alimentos altos en fibras y frutas, mediante manifestación verbal o verificación por parte del cuidador.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome de estreñimiento

Juan de 75 años es oriundo de la isla Chaulín, Calbuco, llega a la aps a realizarse un empam, en donde el resultado de este es autovalente sin riesgo, sin problemas de movilidad. En la entrevista menciona que la única dificultad que presenta es: “Poder ir al baño”, en donde comenta que habitualmente sus heces son duras, tiene dolor al defecar y que cuando está en el baño, siente que no elimina todas las deposiciones.

Comenta que no va al baño hace 1 semana, cuando con frecuencia realiza deposiciones 3 veces a la semana. Al examen físico en inspección se puede ver distensión abdominal, dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo y a la auscultación se puede apreciar leve disminución de los ruidos hidroaéreos. A la entrevista comenta que cocina generalmente carbohidratos, como papas y arroz con carne casi todos los días, menciona que no consume frutas ni verduras porque no tiene acceso a ellas y que toma poca agua (sólo mate), que corresponde a un termo de 500cc al día. En cuanto a la medicación, menciona que no ha tomado nada para manejar esta situación, esto porque cree que los fármacos son malos para la salud y menciona desconocer el uso de terapias naturales, menciona que es incómodo para él estar con esta condición, y que le ha dificultado la interacción social, fuera de su hogar, pues piensa que las ganas de defecar podrían venir en cualquier momento y no le gusta ir a otros baños, que no sea el de su casa.

Diagnóstico: 00011 Estreñimiento R/C Proceso disfuncional del intestino grueso 2° hidratación inadecuada y alimentación baja en fibra M/P Distensión abdominal, dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo, leve disminución de los ruidos hidroaéreos y 1 semana sin ir a defecar.

Objetivos de corto y mediano plazo: usuario aumentará la capacidad de realizar deposiciones, evidenciado por un episodio de deposiciones, a través de intervenciones de enfermería, en un plazo de 48 horas el usuario aumentará la capacidad de realizar deposiciones, evidenciado por 3 episodios de deposiciones a la semana, a través intervenciones de enfermería, en un plazo 1 mes.

Intervenciones: fomento del ejercicio

Actividades

1. Fomentar el ejercicio en el usuario: sugerir caminatas, o ejercicio intencionado al menos tres veces a la semana.
2. Enseñar ejercicios para aumentar el tono de los músculos abdominales: hacer abdominales y sentadillas.
3. Enseñar ejercicios en el inodoro como mover el tronco de un lugar a otro y de atrás adelante mientras se está sentado.

Intervenciones: aporte adecuado de líquidos

Actividades

1. Fomentar la ingesta de líquidos mediante técnicas como saborizar el agua.
2. Establecer un horario para la ingesta, con alarmas o recordatorios.
3. Recomendar tomar agua de vaso tibia media hora antes de desayunar, para mejorar la evacuación intestinal.

Intervenciones: dieta equilibrada

Actividades

4. Educar sobre la importancia de tomar agua y los beneficios que provee su uso.
5. Educar sobre el consumo de alimentos y la importancia del consumo de verduras y frutas.
6. Establecer lista de alimentos ricos en fibra para el usuario como: fruta fresca, legumbres, frutos secos, semillas que sean de fácil acceso.
7. Sugerir el uso de avena tradicional o machacada, la tolerancia para aumentar la evacuación intestinal.

Intervenciones: entrenamiento intestinal

Actividades

1. Educar sobre el uso de medidas no farmacológicas como, por ejemplo: jugo de ciruela, uso de chía, linaza para favorecer al tránsito intestinal.
2. Recomendar dejar un tiempo destinado a la defecación diario.
3. Aconsejar sobre técnica para adquirir patrón defecatorio regular en relación con los movimientos propulsivos fisiológicos: ir al baño después del almuerzo y permanecer en el inodoro por períodos cortos y con esfuerzo de pujo moderado.

Evaluación a corto plazo

- Logrado: el usuario logra un episodio de deposiciones sin dolor y con evacuación adecuada en 48 horas.
- No logrado: el usuario no logra episodio de deposiciones en 48 horas. Cuando no se logre el objetivo se realizará la derivación al médico.

Evaluación a mediano plazo

- Logrado: el usuario logra con entrenamiento intestinal un patrón de eliminación de al menos 3 deposiciones semanales.
- Medianamente logrado: el usuario logra con el entrenamiento intestinal un patrón de eliminación de al menos 2 veces a la semana.
- No logrado: el usuario no logra el entrenamiento intestinal y mantiene su patrón de eliminación.

El estreñimiento es una condición muy extendida, afecta a personas de todas las edades, sin embargo, su prevalencia aumenta con la edad, influenciado por los cambios que ocurren a nivel gastrointestinal, pero que también se ven amplificados por condiciones sociales como el limitado acceso a

ciertos alimentos que benefician un buen tránsito intestinal o las dificultades estructurales para poder acceder a un baño.

El profesional de enfermería debe contribuir a la prevención y detección de esta condición; para esto es fundamental el rol educativo, enfocado en promover hábitos saludables y prevenir su aparición y/o sus complicaciones. Adicionalmente, es importante que esta temática sea abordada tanto con la persona mayor y su familia, para poder establecer intervenciones que contribuyan eficazmente a que la persona afectada en primer lugar se sienta cómoda para hablar sobre un tema que habitualmente permanece en la esfera de la intimidad personal, para posteriormente diseñar un plan de cuidados individualizado.

Referencias

1. Mearin F. Estreñimiento en el anciano: ¡lo que faltaba! En: Mearin F. Editor. Estreñimiento. Más importante de lo que parece. Ediciones Doyma S.L. Barcelona, 2000; 87-91
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1480-1491. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.061>
3. Mearin F, Rey E, Balboa A. Trastornos funcionales y motores digestivos. *Gastroenterol Hepatol* 2016; 39 (Supl. 1): 3-13.
4. Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Actualización Manual de Geriatria para médicos [Internet]. 1.ª ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2019 [Consultado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf

5. Romero-Trujillo J, Frank-Márquez N, Cervantes-Bustamante R, Cadena-León J, Montijo-Barríos E, Zárate-Mondragón F, Cázares-Méndez J, Ramírez-Mayans, J, *Sistema nervioso entérico y motilidad gastrointestinal*. Acta Pediátrica de México 2012;33(4): 207-214.
6. Instituto Nacional de Geriátría. Consultorio de especialidades ambulatorias. Santiago. Chile. (s/f) <https://www.ingerchile.cl/index.php/servicios/cea>
7. Eliopoulos Ch. Enfermería gerontológica. 8 Edición. Editorial Lippincott Esp. Impresa en España. 2014.
8. Wald A. Approach to the patient with constipationed. Text book of Gastroenterology, 3 Ed. Cap. 41. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 1999.
9. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
10. Lynda J.C. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 14 Ed. Wolters Kluwer Health, S. A., Lippincott Williams & Wilkins; Impresa en China. 2013.
11. Grupo Metodología Enfermera 061 Aragón. Intervenciones de enfermería NIC de utilidad en la atención extrahospitalaria. [Consultado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>

INCONTINENCIA URINARIA

HERNÁN NICOLÁS VERA VERA

Generalidades

La incontinencia urinaria (IU), es definida como toda pérdida involuntaria de orina¹, la cual genera múltiples molestias en las personas mayores que padecen este síndrome. Por su complejidad, el abordaje de esta situación de salud, requiere de todo el equipo de salud, en pro de brindar cuidados integrales que beneficien a las personas que la padecen.

La IU, se puede clasificar de acuerdo a la temporalidad de los síntomas y también de acuerdo a la fisiopatología que la origina. En relación a la temporalidad, podemos clasificarla en incontinencia transitoria e incontinencia permanente. La IU transitoria, se refiere a todo cuadro que lleva menos de 3 meses de inicio, y la cual es reversible una vez manejada su etiología. Las causas principales en que se debe pensar son: infección urinaria, delirium, accidente cerebrovascular, uso de ciertos fármacos, diabetes mellitus descompensada, hipercalcemia, uretritis/vaginitis atrófica, diabetes insípida, fecaloma o sobrecarga de volumen¹.

En cuanto a la IU permanente, a su vez, se clasifica según la fisiopatología que explica su desarrollo. Esta considera 6 clases¹⁻³:

1. Incontinencia de esfuerzo: existe debilidad en los músculos del piso o suelo pélvico.

2. Incontinencia de urgencia: causada por irritación o espasmos de la pared vesical, cuya etiología es variada, como, por ejemplo: Infecciones de las vías urinarias, crecimiento de la próstata, entre otras causas.
3. Incontinencia por rebosamiento: cuya principal manifestación es la obstrucción del cuello de la vejiga.
4. Incontinencia funcional: es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, generándose el escape de orina antes de llegar a evacuar.
5. Incontinencia mixta: combina la hiperactividad del detrusor junto con la incontinencia de esfuerzo.
6. Incontinencia total: ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fistulización anormal en el tracto urinario.

Vallejos y Cols, en el año 2019 en su artículo de revisión, declaran que la evidencia epidemiológica muestra que en la medida que la población envejece, aumentan la prevalencia y la severidad de la incontinencia urinaria, siendo este efecto más notorio en pacientes sobre 65 años³.

Dentro de los cambios esperables para este grupo etario, se encuentran hipertrofia del músculo vesical y engrosamiento de la vejiga, con el resultado de una disminución en su capacidad de expansión y almacenaje. Lo anterior, converge en uno de los principales problemas para estas personas, relacionado con la misma temática: polaquiuria².

Por otra parte, según lo establecido por Salech. F y colaboradores⁴ se ha evidenciado algunos cambios tanto morfológicos y fisiológicos en la zona renal, dentro de las cuales están: pérdida del parénquima de esta misma zona, disminución de la velocidad de filtración glomerular, alteración en los túbulos renales, entre otros. Es necesario mencionar, que esta situación

o problema en las personas mayores no se considera como consecuencia normal del envejecimiento.

Respecto al funcionamiento y control de la eliminación de la orina, esta se produce por actividad del músculo detrusor, que se contrae por estimulación colinérgica parasimpática. El proceso de evacuación vesical en un sujeto sano, es posible gracias a la relajación del esfínter interno y externo de manera refleja y voluntaria⁵. La función uretral y vesical pareciera deteriorarse con el paso de los años. Estudios con urodinamia evidencian aumento de la sensibilidad vesical, disminución de la presión uretral y disminución de la contractilidad vesical³.

Además de los cambios fisiológicos expuestos anteriormente, se deben agregar algunos específicos para mujeres y hombres: en las mujeres existe una disminución de la longitud funcional de la uretra y de la presión máxima del cierre uretral, aumento de la sequedad de la mucosa de la misma zona y vaginal. Para los varones, existe aumento del tamaño prostático, directamente relacionado con la edad. Finalmente hay que comentar que, para ambos sexos, existe un aumento de las contracciones desinhibidas del músculo detrusor, así como debilitamiento de músculos y ligamentos del piso pélvico⁵.

Los inconvenientes generados a raíz de la IU, repercuten no sólo en el funcionamiento del sistema urinario; genera un malestar complejo y globalizado en la persona mayor, quienes, al ser consultados sobre estos aspectos durante la anamnesis, en muchos casos, niegan estos escapes de orina y, por lo tanto, se hace más dificultoso el acceso a información que permita manejar de una manera eficiente y discreta, esta problemática. Finalmente hay que exponer que, según la prevalencia a nivel mundial, las mujeres serían más afectadas por este síndrome, que también aumenta en prevalencia a medida que la persona tiene más edad⁵.

Los aspectos sociales que la IU puede trastocar en la vida de la persona mayor, son varios, asociándose a deterioro de la calidad de vida, que puede incluir baja de la autoestima, aislamiento social, deterioro funcional, depresión⁵. Por lo tanto, es evidente que las personas con IU pueden arrastrar una alteración en sus relaciones interpersonales⁶.

En la actualidad este tipo de afecciones para las personas mayores no tiene cobertura mediante Garantías Explícitas en Salud (GES).

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

En varios estudios, se asocia la IU con institucionalización. A su vez en estos pacientes, la IU se asocia directamente al aumento de caídas en el grupo etario de mayor edad, con el consiguiente mayor riesgo de fractura de cadera y comorbilidades secundarias a este evento⁵.

Los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), en nuestro país son los centros en donde se institucionaliza a las personas mayores que requieren de cuidados que, en su entorno social habitual, no pueden recibir. Se puede encontrar establecimientos de este tipo tanto en el ámbito público como en el privado: los primeros, regidos bajo el decreto número 49, del año 2011 del Ministerio de Planificación (ahora Ministerio de Desarrollo Social y Familia), y los segundos autogestionados bajo sus propios métodos y principios, pero supervisados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Tomando como referencia las experiencias internacionales, es preciso que en estas instituciones se realice un acercamiento al diagnóstico y las primeras atenciones multidisciplinarias,

con el fin de limitar los efectos negativos y rehabilitar esta función.

Es precisamente este el enfoque que ha tomado un ELEM de la Región de Los Lagos, en cuanto a cómo intervenir a las personas mayores con IU; se realizan intervenciones por parte del personal técnico de enfermería, profesionales de enfermería, kinesiología y profesionales médicos; siempre la primera intervención se orienta a evidenciar y/o descartar, el origen infeccioso de la IU, para instaurar las medidas terapéuticas adecuadas a la etiología del cuadro.

Desde la salud pública, en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), se realizan actividades de prevención, promoción y consulta de morbilidad. Es en estas unidades sanitarias, es donde se reciben las primeras derivaciones, por una parte, de la detección realizada en las diferentes atenciones de enfermería/médicas rutinarias. Aquí, es pertinente adicionar, que el método de tamizaje utilizado por enfermeras/os en los centros de atención primaria, es el instrumento de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) dirigido a personas de 65 años y más, si bien no está incluido per sé en dicha herramienta, pero ha de ser abordado en la entrevista o anamnesis que es parte de la atención y también debería ser una consulta de rutina, en el contexto de otros controles de salud.

Si la IU, además se asocia a alguna complicación como infección urinaria, por ejemplo, puede ser necesaria la derivación a algún Servicio de Urgencia y posterior traslado a algún servicio hospitalario pertinente.

Adicionalmente y dependiendo de la complejidad del caso de IU detectado, por parte de los diferentes profesionales de salud, es el facultativo médico el responsable de derivar a las personas mayores, en caso de ser necesario, a un Centro Adosado a Especialidades (CAE) del hospital de referencia

(atención secundaria), correspondiendo el CAE de Urología. De esta manera se asegura la continuidad del cuidado de las personas mayores con IU, en el sector sanitario público de nuestro país.

Finalmente, un usuario de la red privada de atención de salud, habitualmente consulta de manera particular a su facultativo médico, quien puede hacer la derivación urólogo como especialista de referencia, en caso de considerar que sea necesario. Aquí también se pueden agregar a otros profesionales del equipo de salud, como por ejemplo los kinesiólogos, que pueden trabajar determinados tipos de incontinencia, enfocados en la rehabilitación del piso pélvico (incontinencia de esfuerzo).

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Respecto a las prácticas culturales, se puede mencionar en primer lugar y tal como ha sido aludido en los apartados anteriores, la relación errada que hay en la población en general, entre la incontinencia urinaria y las personas mayores, como una situación médica, característica y casi ineludible de esta etapa; que se afianza a su vez, por la falta de información de las que disponen las familias y/o cuidadores.

Otro aspecto relevante de abordar es el uso de pañales como medida de primera línea, al menos en los centros cuyo objetivo es el cuidado de las personas calificadas como de edad avanzada, de este modo, no se logra compensar el problema de salud propiamente tal, agregándole otras situaciones de salud, de complejidad variable (infecciones urinarias, dermatitis por uso de pañal, entre otras).

Relativo a la percepción colectiva de las personas acerca del síndrome, existe un desconocimiento y rechazo hacia

las personas que tienen alguna IU, debido a la presencia del olor característico de la orina, lo que podría generar aún más distanciamiento entre esta población y su red de apoyo más cercana.

Por parte de los profesionales de enfermería, se ha validado en cierto modo el uso de pañales ante eventos de IU, esto fuertemente reforzado por la baja disponibilidad de personal sanitario, en relación a la gran cantidad de personas mayores a las que hay que atender.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Lo que se busca evidenciar en el examen físico y anamnesis, es el acercamiento a la (s) etiología(s) que originan el cuadro de IU, además de averiguar la conducta normal de micción, que la persona tiene de base. Al respecto, es importante^{7,8}:

La anamnesis próxima debe orientarse a la evaluación de las características de la incontinencia. Es importante consignar en la entrevista, algunas alteraciones que pueden estar presentes y que se pueden relacionar con la IU, tales como estado confusional, depresión y otros trastornos psicológicos severos, infección urinaria, uretritis y/o vaginitis atrofica, exceso de ingesta líquida o de diuresis (uso diurético, hiperglicemia), movilidad restringida y alteraciones del tránsito intestinal (fecaloma).

Indagar por algunos factores que pudieran desencadenar la incontinencia, por ejemplo, el escape de orina ante el esfuerzo físico y la tos, son característicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La presencia de urgencia y de urge-incontinencia es característica de la hiperactividad vesical. Preguntar por episodios de hematuria, expulsión de litiasis

de la vía urinaria o presencia de sintomatología de infección del tracto urinario, entre otros.

Para la evaluación de la IU de tipo transitoria, es posible aplicar la siguiente herramienta o nemotecnia, conocida como diappers^{4,9}: d: delirio, i: infección, a: vaginitis atrófica, p: fármacos, p: condición psicológica, e: exceso de producción de orina, r: movilidad reducida, s: impactación fecal.

A propósito de los fármacos de uso habitual o temporales de las personas mayores, se debe prestar especial atención a los siguientes¹⁰:

- Antagonistas de receptores Alpha (A): disminución leve del tono muscular de la uretra, lo que puede generar incontinencia, con mayor incidencia en mujeres.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: debido a algunos efectos secundarios que producen tos, puede generar escapes de orina de esfuerzo.
- Agentes farmacológicos con propiedades antimuscarínicas: relacionado a la constipación, situación que contribuye a la IU.
- Bloqueadores de los canales de calcio: constipación (Verapamilo), lo que aumenta la probabilidad de IU; Amlodipino-nifedipino, relacionados con edemas, tributando de esa manera a la poliuria nocturna.
- Diuréticos: diuresis e incontinencia.
- Analgésicos opioides: constipación, confusión, inmovilidad, incrementando los eventos de incontinencia.

En cuanto a la exploración física, se debe hacer énfasis en los siguientes segmentos o zonas anatómicas:

- Abdomen: a la inspección, observar si es que existe inflamación o presencia de globo vesical en la persona mayor. Luego de esto, comenzar con la palpación en

la misma zona y relacionar con la presencia o no de malestar referido por el/la usuario.

- Extremidades inferiores: analizar presencia de edemas en esta zona, haciendo la relación con alteraciones cardiacas, consumo de medicamentos, sobrecarga de volumen, entre otras situaciones particulares.
- Genitales: el objetivo es buscar signos de alteraciones de la piel producto de una potencial IU. También es relevante consultar acerca de la actividad sexual, puesto que, los síntomas de IU, pudiesen generar problemas con la pareja, tal como ha quedado demostrado en un estudio realizado en Holanda⁹, en donde quedó en evidencia que, de todos los participantes con pareja, el 68% (ic 95%: 61-74) eran sexualmente activos. De estos, el 25% (ic del 95%: 17-35) se sintió restringido (o evitado) en la actividad sexual debido a su incontinencia urinaria. La pérdida de orina durante la actividad sexual estuvo presente en el 26% (ic del 95%: 19-34)⁹.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de incontinencia urinaria

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de incontinencia urinaria, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud¹⁰⁻¹²:

Dominio 3: Eliminación

Valoración objetiva: determinar hábitos de eliminación urinaria y fecal basal del paciente y la alteración subyacente.

Valoración subjetiva: Analizar los hábitos que tiene la persona en relación con la micción: frecuencia (un número mayor a 8 veces al día, se consideraría anormal), si se acompaña de alguna molestia, si dispone de un lugar adecuado y de acceso libre a un baño para orinar; esto incluye que el entorno, posibilite el traslado sin problemas de la persona hacia el baño. En segundo lugar, revisar si usa algún fármaco que pueda interferir en la eliminación vesical. Tercero, controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. Quinto, observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. Sexto, identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia. Séptimo, explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: por una parte, evaluar si la persona presenta problemas de movilidad y capacidad de desplazamiento. Por otra, aplicar instrumento de Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM) y herramienta de *Yesavage*, para explorar si existe un posible caso de depresión subyacente, que pueda generar alteraciones en periodo de descanso o disminución de la actividad de la persona. Lo anterior, pudiese aumentar la probabilidad de escape de orina en cama por estado de reposo prolongado.

Valoración subjetiva: indagar si es que la persona mayor durante el día se siente cansada/o y si se interrumpe el descanso para ir al baño durante la noche.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración objetiva: Aplicar escala de tamizaje para la sospecha de depresión y escala mos de apoyo social.

Valoración subjetiva: explorar el estado anímico de la persona, frente a la situación de escape de orina, en cualquiera de sus etiologías; observar el nivel de tolerancia de la persona, frente a esta situación; considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados; considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo / urgencia

Intervenciones / actividades

1. Asesoramiento sobre fortalecimiento de musculatura del piso pélvico (ejercicios de Kegel).
2. Identificar el patrón de micción de la persona: frecuencia, percepción de la señal para orinar, capacidad/incapacidad para contener la orina.
3. Manejo de líquidos: asegurar la ingesta de al menos 1500 ml, a menos que esté contraindicado (Agua, infusiones libres de cafeína, teína, altos niveles de azúcares).
4. Vigilar ingresos y egresos, estimar la orina que se escapa hacia la ropa personal y a la cama: 2,5 cm de diámetro equivalen a 10 ml de orina.
5. Entrenamiento del hábito urinario: proporcionar al usuario/a métodos para estimular el reflejo de micción, tales como: frotar el abdomen y sector interno de las piernas, beber agua mientras se está sentado/a en el inodoro.
6. Aplicar medidas protectoras en cama, en caso de presentarse escapes de orina.
7. Asegurar libre tránsito entre la cama y el baño.

8. Derivar a profesional de kinesiología, para realizar trabajo dirigido a grupo de músculos del piso pélvico.
9. Elaborar orden de exámenes de orina completa/urocultivo, con el fin de descartar proceso infeccioso.
10. Gestionar la derivación a médico de Atención Primaria de Salud (APS), en caso de que la persona mayor manifieste o evidencie continuidad de problemas relacionados a la continencia de orina.

Etiqueta: 00052 Deterioro de la interacción social

Intervenciones / actividades

1. Realizar reunión o conversatorio relacionado al síndrome de incontinencia urinaria, con el objetivo de socializar el mismo. Lo anterior, aplicable tanto en control de enfermería en el centro de salud o en contexto de visita domiciliaria.
2. Aconsejar sobre uso de ropa interior desechable, que están diseñados especialmente para evitar que la humedad se traspase a la ropa de la persona y además tiene control de olores.
3. Potenciar participación en grupos de actividades para este grupo etario, en el cesfam de referencia.
4. Aplicación de instrumentos de valoración y funcionalidad familiar, para este efecto, apgar y círculo familiar.

Etiqueta: 00095 Trastorno de patrón del sueño

Intervenciones / actividades

1. Fomentar la organización en el horario de evacuación de orina, que sea anterior al acto de ir a dormir.
2. Establecer horarios para ingesta de últimos alimentos y líquidos. Ingestión de líquidos, idealmente antes de las siete de la tarde.
3. Manejo de la farmacoterapia: revisar y dialogar con el grupo familiar o la persona mayor, acerca del uso de

medicamentos para enfermedades crónicas, que puedan potenciar la enuresis, en caso de que aplique.

4. Aplicar instrumento de evaluación de somnolencia diaria. Ejemplos de parámetros de evaluación
 - Logro del fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y control de la incontinencia.
 - Verbalización del apoyo familiar y evidencia familia funcional.
 - Evidencia de buen estado de ánimo, en vigilia. Se realiza un acercamiento al análisis de somnolencia con instrumento para dicho efecto.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome incontinencia urinaria

Teresa usuaria de 68 años, residente en la comuna de Frutillar, vive con su esposo e hija menor. Es profesora jubilada en la misma comuna. En la actualidad ayuda en el local comercial de su hija mayor, 3 mañanas en la semana, dedicado al comercio de artículos del hogar. Hoy asiste a su control de salud cardiovascular, con profesional de enfermería.

Mantiene antecedentes de hipertensión diagnosticada hace 2 años, realiza sus controles en el CESFAM de la misma ciudad. En la ficha, también está consignado, que tuvo 4 hijos, por parto vaginal. Respecto a los registros de atenciones en el centro de salud, mantiene EMPAM actualizado hace 9 meses atrás. Se debe destacar que en análisis de funcionalidad calificó como “autovalente sin riesgo”. En relación con los medicamentos de uso común, se registra: Hidroclorotiazida 25 mg/día, Enalapril 40 mg/día. Además de esto, el usuario refiere consumir analgésicos o antiinflamatorios en momentos de cefalea. En las mediciones antropométricas resalta aumento de peso, en 2 kg, en comparación al último registro, presión

arterial se mantiene dentro de parámetros normales, para su patología (138/82 mmHg).

La usuaria, le comenta espontáneamente que está muy preocupada, porque desde hace un tiempo a esta parte, pierde pequeñas cantidades de orina. Le dice que después de tener a sus hijos, a veces ella percibía que la ropa interior estaba humedecida con orina, pero ahora, ha tenido algunos escapes de orina, asociado a tos o cuando ha cargado algunas cosas. También le ha pasado en varias ocasiones, que al momento de que le da ganas de orinar, no puede retrasar la evacuación, porque siente que se va a orinar, de manera inminente. Eso ha ocurrido en al menos 4 ocasiones en los últimos dos meses. Si bien son pequeñas cantidades de orina, que ha podido controlar con el uso de ropa interior diseñada para este fin, le preocupa que, en algún momento, la cantidad de orina sea mayor y el escape no pueda ser controlado. Esto ha producido que esté pensando en abandonar el trabajo que tiene con su hija, que es una actividad que a ella le gusta mucho, que la mantiene activa y socializando.

Finalmente, en lo relacionado a los medicamentos, la usuaria comenta que este último tiempo se ha sentido bien, por lo que no “toma” los fármacos todos los días. Además de lo anterior, refiere que le advirtieron en su último control que una “pastilla” le podría producir eventos de tos, hecho ocurrido en su trabajo y que tuvo como repercusión, un escape de pequeña cantidad de orina. Estas situaciones, lo hacen estar pendiente de idealmente estar siempre cerca de algún baño, evitar ir a lugares en donde no pueda ubicar inmediatamente alguno de estos servicios. Le incomoda pensar que estos escapes de orina, puedan provocar la emanación de algún tipo de olor, que pueda percibir su entorno más cercano y sus compañeras de trabajo. Dicho esto, la señora Teresa refiere “por lo que sé, esto es normal cuando uno va envejeciendo y

además con los hijos que he tenido...pero me complica tanto esto, no quiero ni que se acerque mi viejito, porque puedo tener olor a orina”.

La enfermera registra en el sistema electrónico como observaciones: el usuario refiere “escape de orina a veces cuando está trabajando”, sensación de urgencia por orinar, test de Morisky-Green-Levine no es adherente al tratamiento. Se realiza la derivación correspondiente. Próximo EMPAM: en tres meses más.

Diagnóstico 1: 00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo, R/C debilidad de la musculatura del suelo pélvico, M/P Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.

Objetivo: la usuaria no presentará incontinencia urinaria (control de vejiga) en un periodo de tres meses evidenciado por ausencia de escapes de orina a través de intervenciones/ actividades de profesionales de enfermería y equipo de salud interdisciplinar

Intervenciones: cuidados de la incontinencia urinaria

Actividades

1. Identificar patrón de micción en la usuaria: evidenciar frecuencia, percepción de la señal para la evacuación.
2. Socializar señales de incontinencia urinaria en la persona mayor.
3. Realizar una sesión educativa: en la misma atención o en la siguiente, respecto de los cambios fisiológicos esperables en este grupo etario y que pueden afectar la evacuación vesical destacando la necesidad de intervención de la incontinencia.
4. Solicitar agenda para atención por profesional de medicina y de kinesiología para intervenciones pertinentes.

Intervenciones: ejercicios del suelo pélvico

- Educar en relación con el control y fortalecimiento de vejiga y musculatura del suelo pélvico respectivamente.
- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
- Enseñar al paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o defecar.

Intervenciones: manejo de la eliminación urinaria

Actividades

1. Determinar el espacio físico (BAÑO) para orinar, y que esté libre de peligros (alfombras, animales dentro de la casa o en el lugar de trabajo, buena iluminación, por ejemplo).
2. Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té y chocolate).
3. Asegurar en lo posible intervenciones con profesionales de terapia ocupacional o psicología para mantener la confianza de mejorar el proceso de micción.
4. Intervenciones: manejo de líquidos

Actividades

1. Incentivar a la ingesta de líquidos en forma libre, al menos 1500 ml, sin que exista contraindicación al respecto.
2. Educar sobre restricción en el consumo de bebidas azucaradas y con contenido de cafeína, tales como: té, mate, café, entre otras.
3. Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.

Intervenciones: control de la medicación

Actividades

1. Ejecutar sesión educativa relacionada al consumo de los fármacos, horarios, forma de administración, entre otras.
2. Alentar al usuario a consumir los medicamentos, aun así, haya momentos en los cuales asegure sentirse bien.
3. Derivar a profesional de medicina, para evaluar medicamentos actuales.

El abordaje de una persona mayor con IU, es complejo y requiere de una mirada multidisciplinaria, pues sus factores desencadenantes son de tipo multifactorial y las repercusiones físicas de este síndrome, son tan relevantes como las sociales o psicológicas, para la persona que la padece.

Es importante tener en consideración que existe una brecha de información en las personas respecto de la identificación de los cambios que son esperables en el proceso de envejecimiento y ante tales eventos, hay que consultar. La IU, es uno de dichos eventos, en donde se hace imperativa su evaluación, explorando la posibilidad de otros síndromes, y para encontrar la causa que ha originado esta condición.

El profesional de enfermería, por su rol articulador de cuidado, es fundamental en el empoderamiento de las personas mayores, pues a través de la educación, subsana brechas de conocimiento existente y su vez identifica las diferentes necesidades de este colectivo de personas, afectadas por el síndrome de IU, potenciando el abordaje integral con enfoque preventivo, en las diferentes oportunidades de atención que tiene el usuario.

Referencias

1. Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Actualización Manual de Geriatría para médicos

- [Internet]. 1ª ed. Santiago: Ministerio de Salud ; 2019 [Consultado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
2. Eliopoulos Ch. Enfermería gerontológica. 8va ed. Wolters Kluwer Health, Barcelona, España; 2014.
 3. Vallejos G, Guzmán R, Valdebenito J, Fasce G, Castro D, Naser M, Manríquez V. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2019; 84(2): 158-165.
 4. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios Fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012; 23(1) 19-28.
 5. Micheli F, Fernández M, Cersósimo M. Neurología en el anciano: Nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica. 2da ed. Editorial médica Panamericana. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina; 2014.
 6. Hidalgo J. Bases de la medicina clínica: Geriatria, incontinencia urinaria [internet]. [Consultado el 22 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/geriatria/04_incontinencia/geria_incontinencia_urinaria.pdf
 7. Yip S, Dick, M A, McPencow, A M, Martin, D K, Ciarleglio, M M, y Erekson, E A. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older woman. *Am J ObstetGynecol* 2013; 208: 146.e1-7.
 8. Chiang, H, Susaeta, R, Valdevenito, R, Rosenfeld, R. Finsterbusch, C. Incontinencia urinaria. *Rev. Med. Clín. Condes* 2013; 24(2) 219-227).
 9. Visser E, de Bock G H, Berger M, Dekker J. Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. *J Sex Med* 2014, 11(7): 1757-1765.
 10. Irwin G. Urinary incontinence. *Prim Care Clin Office Pract.* 2019; Article in press.
 11. Grupo Metodología Enfermera 061 Aragón [Internet]. Intervenciones de enfermería NIC de utilidad en la aten-

ción extrahospitalaria. [Consultado el 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>

12. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

INCONTINENCIA FECAL

CONSTANZA JAVIERA CERÓN GUZMÁN
FRANCISCA ALEJANDRA VÁSQUEZ OYARZÚN

Generalidades

La incontinencia fecal corresponde a la incapacidad para retener la materia fecal, dando lugar a la salida involuntaria de heces por el ano¹. Se debe tener presente que la defecación corresponde a un proceso fisiológico que involucra la función de los músculos lisos y estriados, inervación central y periférica, coordinación de respuestas reflejas, conciencia mental y habilidad física para llegar al baño; la interrupción de cualquiera de estos factores puede conducir a la incontinencia fecal²⁻⁴.

Entre las causas que pueden conllevar a la incontinencia fecal, se encuentran⁵:

- Neurológicas: accidente cerebrovascular, demencia, esclerosis múltiple, tumores en la región motora del sistema nervioso central o la médula espinal.
- Digestivas: impactación fecal, enfermedad inflamatoria idiopática del intestino, prolapso rectal o isquemia crónica rectal.
- Quirúrgicas: colectomía con anastomosis ileoanal o Hemorroidectomía.
- Farmacológicas: abuso de laxantes.

Vergara et al, en su artículo de revisión del año 2011, establecieron que la incontinencia fecal, constituye una patología altamente prevalente que afecta al menos un 2% de la población y hasta el 45% de personas que están institucionalizadas; cuyas consecuencias pueden ocasionar al paciente serios problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos⁶.

Fisiología y Fisiopatología

Es importante tener presente algunos aspectos fisiológicos y patológicos relacionados con las personas mayores¹⁻³:

El recto es una estructura tubular de unos 12 a 15 cm de largo, con el envejecimiento, el esfínter anal interno se engruesa hasta alcanzar 2.8 a 3.4 mm en personas mayores de 55 años aproximadamente. El esfínter anal externo es un músculo estriado que rodea al músculo liso y termina en posición distal respecto del interno. La inervación del esfínter anal externo es puborrectal, lo cual da lugar al control voluntario de la continencia ante diversos estímulos, como elevación de la presión intraabdominal, tos, distensión rectal y dilatación anal, durante el envejecimiento este control disminuye, manteniéndose por escasos minutos ya que se presenta fatiga a nivel muscular.

La presión voluntaria en el esfínter anal resulta más afectada en mujeres que en hombres, dado que el esfínter anal se torna más delgado, contribuyendo a reducir la presión. Por otra parte, la musculatura estriada puborrectal desempeña una función importante en la continencia anal; el ángulo que forma se agudiza y durante la acción voluntaria del esfínter anal produce una obstrucción anatómica distal al movimiento de las heces, de tal modo que se retienen cerca de la angulación.

En condiciones normales, la continencia depende de los músculos puborrectales, el piso de la pelvis y los esfínteres

internos y externos (que pueden retener las heces por algún tiempo), y que constituyen barreras anatómicas que impiden el movimiento de las heces. Cualquier falla en la tonicidad de estos elementos provoca incontinencia, que se acompaña de fallas en la sensación secundaria a una lesión nerviosa. Puesto que el recto es sensible a 10 ml de distensión, la entrada de las heces en él produce el reflejo de defecación.

La incontinencia fecal aparece cuando se alteran los factores anatómicos y/o funcionales que mantienen la fisiología normal de la defecación. La pérdida de la continencia puede resultar de la combinación de una disfunción del esfínter anal, alteración de la distensibilidad rectal y/o disminución de la sensación rectal, estos mecanismos fisiológicos pueden alterarse por padecimientos con déficit de la percepción, como demencia, lesiones en la médula espinal, problemas en nervios periféricos, debilidad del piso pélvico (descenso perineal), traumatismos y neuropatía pudenda. La disfunción ano-rectal es más frecuente en la mujer y se incrementa con la edad.

La impactación fecal es la causa más frecuente de incontinencia fecal. Esta condición produce una constante inhibición de la presión del esfínter anal a interno (reflejo rectal inhibitorio) asociándose a una pérdida de deposiciones líquidas alrededor de la impactación. Dentro de los factores que pueden contribuir al desarrollo de impactación fecal, se destaca el deterioro de la función mental, inmovilidad, hiposensibilidad rectal y una inadecuada ingesta de líquidos y fibras en la dieta.

Aunque las consecuencias físicas de la incontinencia (por ej. la dermatitis perianal) pueden ser tolerables, las psico-sociales son a menudo abrumadoras, e incluyen disminución de la autoestima, aislamiento social y ansiedad ante episodios inesperados. Los usuarios con incontinencia fecal arriesgan

la pérdida del empleo, confinamiento en su hogar y reclusión en instituciones.

Tratamiento para la incontinencia fecal

El tratamiento más usual y con mejores resultados en los casos leves a moderados es la rehabilitación pelviperineal (kinesiterapia pelviana), pues ayuda al paciente a mejorar la sensación del acto defecatorio y la contracción esfínteriana³.

Cuando hay las lesiones mayores del esfínter anal, estas pueden requerir reparación quirúrgica, a través de sutura de los músculos que componen el esfínter anal, para reparar el daño. El resultado de esta cirugía, es por lo general satisfactorio y en general se logran mejoras del 75% al 50% a 5 y 10 años plazo. Otro aproximamiento terapéutico, es el uso de la neuromodulación sacra, que se realiza a través de un aparato que ejerce una función de “marcapasos” y se utiliza en aquellos casos que no tienen indicación de reparación de esfínter o en quienes otros tratamientos no han logrado ser exitosos³. Cabe mencionar que este síndrome geriátrico, no está considerado dentro de las prestaciones que otorga las Garantías Explícitas en Salud (GES)⁴.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

Una de las instancias donde el profesional de enfermería posee mayor contacto con la persona mayor es durante la realización del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), el cual se realiza en la Atención Primaria en Salud (APS), por lo tanto, este es el momento preciso para lograr detectar la existencia de algún síndrome geriátrico, en este caso, incontinencia fecal. Luego de la identificación, se

pueden realizar una serie de derivaciones, dentro de las que se encuentran:

1. Nutricionista, ya que es quién puede facilitar un plan de alimentación que controle las deposiciones.
2. Enfermera/o, ya que puede enseñar a realizar los ejercicios del piso pélvico, actividad que puede compartir con profesionales de kinesiología.
3. Psicólogo/a, ya que puede realizar intervenciones en el caso que el usuario presente depresión, angustia o aislamiento social.
4. El médico puede evaluar si el tratamiento farmacológico es la causa de esta incontinencia o presenta alguna patología que debe ser evaluada. Ante la necesidad de una evaluación por un especialista, la persona mayor debe ser derivada al hospital para una interconsulta.

Una atención que implique la participación de un equipo multidisciplinario, los cuales realicen las derivaciones pertinentes, suma a que la atención otorgada a la persona mayor sea monitorizada y genere continuidad en los cuidados. En relación a la atención en la red de privada de salud, la persona mayor puede acudir a un médico general, el cual evaluará la necesidad de derivación a un especialista, como, por ejemplo, un coloproctólogo, el cual es el encargado de brindar evaluación, diagnóstico y tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las enfermedades del colon, recto y ano.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Existen prácticas que llevan a cabo las personas mayores o sus familiares ante la presencia de un síndrome geriátrico. En el caso de la incontinencia fecal, una de las prácticas so-

ciales y culturales que más se lleva a cabo, es el pensar que esta condición es normal en las personas mayores, por lo que muchas veces, cuando la persona mayor comienza a sufrir de estos eventos, no se consulta de manera oportuna. Esta concepción es incorrecta, puesto que esta afección posee factores de riesgos y causas específicas, absolutamente abordables.

Como este síndrome genera vergüenza tanto en la persona que lo padece, como muchas veces en su entorno más cercano, la conducta más usual, es ocultarla y limitar la vida social de la persona mayor, para evitar riesgos de pérdidas en lugares públicos. Ligado a esto, uno de los cuidados inmediatos que realizan las personas mayores y su entorno es la utilización de pañal ante la condición de incontinencia, dónde ante esta acción se olvida tratar la causa y sus consecuencias.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Es importante llevar a cabo un examen físico completo y además de esto realizar examen físico segmentario con énfasis en algunos aspectos que se describen a continuación¹⁻³:

- Abdomen: el examen físico incluye la inspección del área abdominal, además de la auscultación para valorar la presencia de ruidos hidroaéreos, finalizando con la palpación del abdomen en busca de masas y la presencia de dolor.
- Región perineal: en búsqueda de alteraciones de la integridad de la piel. Esta evaluación debe ser realizada respetando la intimidad del usuario/a, y explicando anticipadamente la importancia de su realización.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de incontinencia fecal

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de incontinencia fecal, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud⁷⁸.

Dominio 2: Nutrición

Valoración subjetiva: valorar sobre el contenido nutricional de los alimentos según la dieta que necesite la persona mayor, como, por ejemplo, el consumo de fibras solubles, tales como avena, lentejas o nueces, pues su consumo retrasa el vaciado gástrico y controla la consistencia de las heces. Así como, valorar si el consumo de líquidos es adecuado en cantidad: 3,7 litros por día para hombres y 2,7 litros para mujeres (a menos que existan restricciones). Por último, valorar si el consumo de líquidos es adecuado en calidad: conocimientos sobre uso evitar el uso de bebidas irritantes como el café, alcohol.

Valoración Objetiva: determinar hábitos de eliminación fecal basal del paciente y la alteración subyacente.

Dominio 3: eliminación e intercambio

Valoración subjetiva: analizar los hábitos que tiene la persona en relación con la defecación: forma en que lo hace, dónde, si tiene acceso libre a un baño y la frecuencia. Considerar a la vez, el uso de fármacos.

- Revisar las condiciones de higiene de la zona perianal.
- Valorar el conocimiento sobre el cuidado de la piel.

- Valorar el patrón de eliminación del usuario: cantidad de veces que acude al baño en el día, la consistencia de las heces, si presenta dolor abdominal o rectal.
- Controlar periódicamente la eliminación fecal, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.
- Observar si hay signos y síntomas de infección urinaria (por contaminación con materia fecal).
- Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.
- Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Dominio 4: actividad y reposo

Valoración subjetiva: primero, valorar si el usuario sigue realizando las mismas actividades que antes de la aparición de incontinencia fecal. Segundo, indagar sobre si hay indicios de aislamiento social provocados por eventos de incontinencia fecal. Tercero, valorar indicios de baja autoestima, provocados por eventos de incontinencia fecal. Quinto, evaluar el patrón de sueño.

Dominio 5: percepción / cognición

Valoración subjetiva: evaluar la condición cognitiva de la persona; la incontinencia fecal puede ser un hallazgo en personas con cuadros de deterioro cognitivo agudo o en patologías que provocan deterioro cognitivo progresivo. Y, educar a la persona mayor y sus redes de apoyo, sobre la

oportuna detección de este síndrome geriátrico para tener atención y tratamiento.

Dominio 6: autopercepción

Valoración subjetiva: valorar la autopercepción de la persona, trabajar la autoimagen, autoestima y autoconfianza, y educar sobre cómo identificar cambios anímicos.

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración subjetiva: valorar e incentivar el contacto con redes de apoyo.

Dominio 8: sexualidad

Valoración subjetiva: indagar sobre si la condición de incontinencia, ha generado afectación en la vida sexual de la persona mayor.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración objetiva: aplicar escala de tamizaje para la sospecha de depresión y escala mos de apoyo social.

Valoración subjetiva: valorar afrontamiento y tolerancia del usuario, frente a condición de incontinencia fecal; evidenciar el estado anímico frente a la situación de escape fecal; observar en el momento, la capacidad de tolerar este problema de salud; considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado; y, considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.

Dominio 11: seguridad / protección

Valoración subjetiva: valorar la presencia de automedicación y valorar posibles complicaciones del síndrome geriátrico, para el usuario y su entorno.

Dominio 12: confort

Valoración subjetiva: evaluar si la persona mayor con incontinencia, presenta dolor; indagar sobre si la situación de incontinencia fecal, ha generado disconfort para el usuario.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00014 Incontinencia fecal

Intervenciones / actividades

1. Educar al usuario, familia y/o cuidador sobre las generalidades de la incontinencia fecal.
2. Educar al usuario, familia y/o cuidador sobre la importancia de lavar la zona perianal con jabón (idealmente Ph neutro) y agua y secarla bien después de cada deposición.

Etiquetas: 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud; 00126 Conocimientos deficientes

Intervenciones / actividades

1. Educar sobre los ejercicios del suelo pélvico, los cuales permitirán mantener un control perianal.
2. Ajustar el contenido de información de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del usuario.
3. Planificar un programa intestinal con el usuario, familia y/o cuidador.
4. Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del usuario en relación con el síndrome que presenta.
5. Valorar el grado de apoyo familiar que presenta el usuario, en relación con la incontinencia fecal.

Etiquetas: 00108 Déficit de autocuidado: baño; 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea; 00214 Discomfort

Intervenciones / actividades

1. Educar al usuario, familia y/o cuidador sobre la importancia de mantener una rutina de aseo perianal.
2. Educar sobre el uso adecuado de pañales de incontinencia.
3. Valorar la zona perianal y observar si presenta enrojecimiento y/o pérdida de la integridad de la piel.
4. Educar a la familia y/o cuidador sobre los signos de pérdida de integridad de la piel, en la zona perianal.

Etiqueta: 00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Intervenciones / actividades

1. Gestionar una hora con nutricionista para que facilite un plan de alimentación.

Etiquetas: 00252 Control emocional inestable; 00153 Riesgo de baja autoestima situacional; 00052 Deterioro de la interacción social; 00053 Aislamiento social; 00054 Riesgo de soledad

Intervenciones / actividades

1. Ayudar al usuario a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo, en relación con el síndrome.
2. Ayudar al usuario a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés.
3. Promover el contacto personal al comunicarse con otras personas.
4. Ayudar al usuario a identificar los problemas interpersonales derivados del síndrome que presenta.
5. Animar al usuario a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con el síndrome que presenta.

6. Animar al usuario a participar en las actividades sociales y comunitarias.
7. Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
8. Derivar a un grupo de autoayuda.
9. Derivar con asistente social, para evaluación según la condición y necesidades que presente el usuario.

Ejemplos de parámetros de evaluación

- Mantienen control de eliminación de las heces.
- Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de presentar la deposición.
- Realiza los ejercicios del piso pélvico según los rangos esperados.
- Acude al baño según lo planificado.
- Mantención de indemnidad de la piel circundante perianal.
- Identificación de estrategias para superar la crisis.
- Participación en actividades grupales de ayuda.
- Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimenticios.
- Planifica de menús según dietas prescritas.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome Incontinencia fecal

Acude al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Antonio Varas, Manuel, persona mayor de 71 años, para realizarse un EMPAM con la enfermera del sector verde. En relación con sus antecedentes mórbidos, Mario presenta Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2, ambas diagnosticadas hace 10 años, en la actualidad, sus patologías están en tratamiento y sus controles cardiovasculares al día. Durante la atención, el usuario le comenta a la enfermera que algunos alimentos

le producen distensión abdominal, y que la última semana ha tenido problemas con la eliminación de heces, refiriendo “trato de alcanzar el baño, pero no lo logro; menos mal que me pasó en mi casa y pude lavarme y cambiarme la ropa de manera inmediata”. Esto le ha pasado en al menos 2 ocasiones anteriores y por esta razón Manuel, evita ir a lugares donde no haya acceso rápido a un baño, pues teme un escape fecal, fuera de su casa. Ante esto, la enfermera indaga más información y se da cuenta que el usuario puede presentar incontinencia fecal.

Diagnóstico: 00014 Incontinencia fecal R/C Pérdida del control de esfínter rectal M/P Incapacidad para retrasar la defecación y falta de respuesta a la urgencia de defecar.

Objetivo: usuario mejorará la incontinencia fecal, evidenciado por logro en retrasar la defecación y respuesta ante la urgencia, mediante acciones interprofesionales, en un plazo de 2 semanas, en el CESFAM Antonio Varas.

Intervenciones: derivación

Actividades

1. Derivación a médico general para evaluar la condición de la persona mayor y ver la necesidad de atención por especialista.
2. Derivación a nutricionista para el manejo de la dieta.
3. Derivación a control por enfermera(o) para evaluar la condición del usuario en forma biopsicosocial.

Intervenciones: cuidados de incontinencia fecal

Actividades

1. Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el usuario/familia.
2. Explicar la posible etiología del problema.
3. Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.

4. Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
5. Educar a la persona mayor sobre la importancia de lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
6. Comentar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
7. Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de las defecaciones, si es preciso.
8. Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
9. Utilizar detergentes no iónicos para la limpieza, si es el caso.
10. Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad (p. ej., vaselina, lanolina, dimeticona), según se precise.
11. Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
12. Instruir a la persona mayor sobre la importancia de observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación.

Intervenciones: entrenamiento intestinal

Actividades

13. Instruir al usuario y miembros de la familia, a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
14. Planificar horarios para acudir al baño.
15. Educar sobre la realización de ejercicios adecuados (ejercicios del suelo pélvico).

Evaluación

- Logrado: la persona mayor es capaz de retrasar la defecación y existe respuesta a la urgencia de defecar.
- Medianamente logrado: disminuye la incapacidad de poder retrasar la defecación y mejora la respuesta a la urgencia.

- No logrado: persiste la incapacidad para retrasar la defecación y falta de respuesta a la urgencia de defecar.

El rol de enfermería es fundamental en usuarios como el presentado en el este caso clínico, puesto que el abordaje de las personas que presentan este tipo de síndromes, requiere del enfoque biopsicosocial, dónde lo clínico es ciertamente muy relevante, pero el aspecto social, psicológico y emocional del usuario, deben explorarse intencionadamente. A su vez la educación del profesional de enfermería, enfocada en acciones de autocuidado que el usuario puede llevar a cabo, permitirá un enfrentamiento más integral sobre esta situación de salud.

Referencias

1. Rodríguez R, Lazcano G. *Práctica de la Geriatria*. 3° ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2011. 928 p.
2. Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Resnick B, Malone M. *Principios de geriatría clínica*. 8° ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2018. 592p.
3. Wainstein G, Quera P, Quijada M. Incontinencia fecal en el adulto: Un desafío permanente. *Rev. Méd. Clin. Condes* 2013, 24 (2): 249-261.
4. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile. [Consultado el 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index>
5. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. [Internet]. Estados Unidos: INEDDR [Consultado el 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/incontinencia-fecal/sintomas-causas>

6. Vergara T, Suárez J, Orellana H, Cofré P, Germain F, Stanley W. Incontinencia fecal del adulto. *Rev. Chil. Cir.* [Internet]. 2011; 63(3): 320-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000300016>
7. García A, Jiménez R, Reyes M, Vázquez J, Ramos M, Díaz J, Palacios C, Padillo, Portilla F. Incontinencia fecal en el paciente anciano. *Rev. Cx. Gn.* 2018; 96 (3): 131-137. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.12.005>
8. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA)

CATALINA DEL TRANSITO ANDRADE MILLATUREO

Generalidades

El delirium es un síndrome clínico altamente prevalente, potencialmente fatal y prevenible. Corresponde a una alteración en la atención, nivel de conciencia y cognitiva de inicio agudo y curso fluctuante¹. El delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA), se define como una alteración aguda en la atención y la cognición que se desarrolla en un corto período de tiempo². Es un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia³.

Es uno de los síndromes geriátricos más relevantes, por la gravedad que entraña y constituye una de las formas de manifestación clínica de la enfermedad aguda y toxicidad por fármacos en la persona mayor, el que está en directa relación con su fragilidad o menor reserva funcional¹. A pesar de ser un trastorno muy común, aún se desconocen con exactitud los mecanismos fisiopatológicos neuronales implicados. El delirium se produce por múltiples causas orgánicas que manifiestan un cuadro clínico común¹⁻³.

El delirium es una urgencia médica que se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas que se le efectúan, siendo una respuesta a un

daño cerebral, fundamentalmente neuroquímico difuso (alteraciones metabólicas, hormonales y de neurotransmisores en todo el tejido cerebral)⁴. El delirium se considera una urgencia médica y si bien el estado mental alterado puede tener otras causas, ante la duda siempre se debe asumir que el paciente sufre de delirium y enfrentarlo como tal, ya que las causas pueden ser de riesgo vital si no son atendidas en forma prioritaria. Es por esto que el equipo de salud de los servicios de urgencia (SU) debe estar familiarizado con el tamizaje, diagnóstico y manejo de esta condición⁵.

La fisiopatología del delirium aún no está bien clarificada. Los mecanismos que se postulan, incluyen neurotransmisores, inflamación, estresores fisiológicos, alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y factores genéticos. El déficit de acetilcolina y exceso de dopamina, se relacionan con la aparición de delirium, y que también guardan relación con el efecto adverso causado por fármacos anticolinérgicos y dopaminérgicos. También se encuentran factores que interfieren directamente con la neurotransmisión y el metabolismo celular: drogas, hipercortisolismo, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoxia y alteración de oxidación de la glucosa⁴.

Con relación a los cambios fisiológicos de una persona mayor, que se asocian a este síndrome geriátrico, el envejecimiento cerebral y sus consecuencias, es un factor predisponente relevante⁵. Las personas mayores son más susceptibles al delirium por la acumulación gradual de daño neuronal previo, que es aún mayor en pacientes con deterioro cognitivo de base⁴.

TABLA N° 1: ALGUNOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES A NIVEL DEL SNC ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

	Cambios morfológicos	Cambios funcionales
Sistema Nervioso Central (SNC)	Menor masa cerebral.	Menor focalización de la actividad neuronal.
	Aumento líquido cefalorraquídeo.	Menor velocidad procesamiento.
	Mínima pérdida neuronal, focalizada.	Disminución de la memoria de trabajo.
	Cambios no generalizados de arborización neuronal.	Menor destreza motora.

Fuente: Adaptación realizada a partir de, Salech FM, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes. 2012; 23 (1): 19 - 29⁶.

El delirium, su diagnóstico y/o tratamiento, no están contemplados actualmente en las Garantías Explícitas en Salud (GES), pero la Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital, del Ministerio de Salud de nuestro país, editó el documento “Actualización Manual de Geriatria para Médicos” del año 2019¹, el cual contiene un detallado capítulo que orienta su prevención, manejo y tratamiento en la red asistencial. Respecto a su manejo, el delirium se considera una urgencia médica y si bien el estado mental alterado puede tener otras causas, ante la duda siempre se debe asumir que el paciente sufre de delirium y enfrentarlo como tal, ya que las causas pueden ser de riesgo vital si no son atendidas en forma prioritaria⁵.

Es importante también mencionar que los síntomas de este síndrome geriátrico, no sólo afectan a la persona que lo padece, sino que a su entorno más cercano; los cambios de comportamiento, que muchas veces tiene asociado un componente agitación psicomotora importante, momentos

en los cuales pueden llegar a ser muy agresivos o también las fluctuaciones en el estado de conciencia, pueden generar mucho estrés en el entorno⁵.

La persona mayor con delirium, presenta una alteración aguda o subaguda de la conciencia, atención y el deterioro en otros dominios de la función cognitiva, donde se puede además evidenciar un déficit en la atención, con incapacidad para dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención. Hay trastornos en la memoria (defecto en el registro y retención de nueva información), acompañados de desorientación y el pensamiento suele ser incoherente y desorganizado. La presencia de trastornos psicomotores permite la clasificación clínica del delirio en hiperactivo, hipoactivo y mixto (Tabla N° 2)⁸.

TABLA N° 2: CARACTERÍSTICAS DE LOS SUBTIPOS DE DELIRIO

	Hiperactivo	Hipoactivo
Tipo	Hiperalerta, agitado.	Hipoalerta, letargia.
Síntomas	Alucinaciones, delirios, agitaciones psicomotrices.	Somnoliento, decaído, bradipsíquico.
Causas	Síndrome de abstinencia, uso de esteroides.	Encefalopatías metabólicas, intoxicaciones por benzodicepinas, deshidratación.
Fisiopatología	Metabolismo cerebral elevado o normal, electroencefalograma normal o rápido. Disminución de la actividad gabaérgica.	Disminución del metabolismo cerebral, electroencefalograma evidencia enlentecimiento difuso. Sobre estimulación de los sistemas del Ácido Gama Aminobutírico (GABA).

Fuente: Adaptación realizada a partir de Bento MP, Marques RM. Sousa PP. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica. *Enferm. glob. Revista Médica Chilena*, 20188.

Desde la percepción de la neurociencia el delirium representa un desbalance entre síntesis, liberación e inactivación de neurotransmisores reguladores de la función cognitiva y el

ánimo. Los sistemas involucrados en el delirio son principalmente dopaminérgicos, el ácido GABA y el sistema colinérgico. Un desbalance en uno o más neurotransmisores resulta en inestabilidad neuronal y neurotransmisión impredecible. En general, un exceso de dopamina y depleción de acetilcolina son las alteraciones más importantes en la producción del delirium, pero también está involucrado un desbalance de serotonina, hiperfunción de endorfinas y aumento de actividad noradrenérgica central. Otros factores delirio génicos involucrados pueden ser anormalidades inflamatorias inducidas por endotoxinas y factor de necrosis tumoral (TNF)^{6,7}.

Las vías centrales colinérgicas están envueltas en la regulación de la atención, memoria, aprendizaje, procesamiento de información y sueño y son altamente sensibles a insultos tóxicos y metabólicos. En el síndrome de suspensión de benzodiazepinas (BZD) y encefalopatía hepática hay hipo e hiperestimulación del receptor GABA, respectivamente⁹.

Así pues, a partir de los estudios existentes, se puede concluir que el grupo de pacientes con mayor riesgo de presentar delirium, sería el constituido por pacientes mayores de 65 años, en general con algún grado de deterioro neuropsicológico previo y con patología médica añadida, que están expuestos a diversos factores de riesgos intrínsecos al proceso mórbido y a su tratamiento. Además, cuantos más factores de riesgo confluyen, más probable será la aparición del delirium. Estos factores son^{8,9}: la edad (menores de 12 años y mayores de 70 años), pluripatología, deterioro cognoscitivo previo (especialmente demencia), déficit audición y visión, reserva cerebral disminuida, antecedentes de delirio, antecedentes de toxicomanía, polifarmacia, intervención quirúrgica compleja, alteraciones hidroelectrolíticas, aislamiento (pobre contacto sensorial y social), cambio de hábitat en usuario/a con deterioro cognoscitivo previo, inmovilización prolongada y estar

en entornos estresantes (por ejemplo: cuidados intensivos, unidades de urgencias).

Factores de riesgo del usuario/a^{7,9}

1. **Edad:** el delirio es tres veces más frecuente en mayores de 75 años que en usuario/a entre 65 y 75 años. Los usuarios mayores tienen una menor capacidad de regulación de la homeostasis frente al estrés, más efectos colaterales por efecto de drogas, por cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de estas.
2. **Enfermedades coexistentes:** el delirio es más frecuente en usuarios con múltiples problemas médicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria, etc.
3. **Predisposición genética:** investigaciones genéticas han mostrado que el gen que codifica la apolipoproteína E (APOE). se encuentra relacionado con la enfermedad de Alzheimer. Debido a factores relacionados entre demencia y delirium, se ha visto que usuarios con este gen tienen riesgo de desarrollar delirium. El gen apoe es una proteína con 299 aminoácidos, con cuatro variantes.
4. **Enfermedad cerebral orgánica:** demencia, depresión y enfermedad cerebrovascular aumentan el riesgo de desarrollar delirium.
5. **Suspensión de drogas:** el usuario puede ser usuario crónico de benzodiacepinas (BZD) o abusador de alcohol, no pesquisado. El abuso crónico de alcohol causa atrofia de los lóbulos cerebrales frontales y disminución del metabolismo de la corteza frontal, lo que produce alteraciones cognitivas y de memoria. La suspensión de estas drogas produce un delirio que es principalmente hiperactivo,

con alucinaciones visuales, con frecuencia visiones de animales o insectos.

Factores de la enfermedad aguda^{7,9}

1. Trauma: la fractura de cadera es un importante predictor de delirium, como también de embolia grasa que puede producir delirium, hipoxemia y trombocitopenia.
2. Alteraciones metabólicas: alteraciones electrolíticas como hiponatremia, hipocalcemia, alteraciones de glicemia, pH. El delirio puede ser causa y consecuencia de deshidratación y alteraciones del sodio plasmático. Las alteraciones electrolíticas son predictores independientes del delirio.
3. Alteraciones del transporte de oxígeno cerebral: como anemia, hipoxemia, hipotensión arterial y sepsis.
4. Déficit Nutricional: déficit de tiamina produce delirio, ataxia y síntomas oculares. También disminución de albúmina sanguínea se asocia a delirio, pero la disminución de albúmina es marcador de enfermedad grave más que de déficit nutricional⁹.
5. Complicaciones postoperatorias: una infección del tracto urinario, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, infección de la herida operatoria, isquemia miocárdica, también se pueden presentar inicialmente como delirio.

Factores iatrogénicos y ambientales^{7,9}

1. Alteraciones del sueño: la función principal del sueño es la restauración de todos los sistemas. Durante el sueño rem se produce síntesis de neurotransmisores. La privación de sueño produce alteraciones en el rendimiento, en la concentración y alteraciones del ánimo.

2. Uso de drogas anticolinérgicas: el riesgo de delirio aumenta con la administración de mayor número de drogas con acción anticolinérgica. La atropina puede producir una disminución del aprendizaje y alteración de la memoria, dosis dependientes. Otras drogas con efecto anticolinérgico son: cimetidina, ranitidina, prednisona, teofilina, furosemida, digoxina, opioides.
3. Alteraciones del aporte de oxígeno cerebral: determinado por la enfermedad de base o por intervenciones iatrogénicas. La alterada respuesta autonómica producida por la edad y la alta prevalencia de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular vuelve al usuario mayor más vulnerable a la hipoxia cerebral, como consecuencia de inestabilidad hemodinámica perioperatoria.

Diagnóstico diferencial

En ocasiones el cuadro confusional se puede parecer sintómicamente a otros cuadros, por lo que es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial (Tabla N° 3). La demencia, depresión, psicosis o la ansiedad puede desarrollar síntomas que se dan también en el síndrome confusional agudo. La demencia tiene un curso progresivo, suele ser estable, el nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías. El trastorno de ansiedad se caracteriza por la aparición de miedo o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica. La depresión cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio^{7,10,11}.

TABLA N° 3: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DEL DELIRIO

Característica	Delirio	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	Normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal

Fuente: Adaptación realizada a partir de Jiménez SA, Santeodoro AG, Lancho EV. Delirium o síndrome confusional agudo. Tratado de Geriatria 2017¹².

Diagnóstico

Es importante destacar que el diagnóstico como tal es una actividad bajo la responsabilidad de profesionales médicos, pero es importante tener presente los criterios para tomar las medidas necesarias para que dicho diagnóstico se establezca en forma oportuna. El delirio se debe abordar bajo dos perspectivas:

1. Identificar el cuadro clínico mediante la anamnesis y la exploración.
2. Identificar la etiología mediante los datos clínicos y las exploraciones complementarias.

Los criterios diagnósticos del delirio (Tabla N° 4), sigue siendo básicamente clínico, aunque el estudio electroencefalográfico permitirá observar un patrón de ondas lentas,

expresivo del daño metabólico cerebral, que es notablemente sensible pero poco específico^{7,11}.

TABLA N° 4: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL DELIRIUM

Criterios diagnósticos para el delirium	
DSM-V	CIE-10
A. Alteración de la atención (por ejemplo, para cambiar o focalizar la atención) y de la conciencia.	A. Obnubilación de la conciencia, es decir, claridad reducida de conocimiento del entorno, con una capacidad disminuida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
B. La alteración se desarrolla en un corto espacio de tiempo (entre horas o pocos días) y presenta una importante fluctuación a lo largo de los días.	B. Trastorno de la cognición que se manifiesta por ambos: - Deterioro de la memoria inmediata y reciente, con la remota. - Desorientación en tiempo, lugar o persona.
C. Una añadida alteración cognitiva (empeoramiento de la memoria, de la orientación, del lenguaje, de la percepción, etc.).	C. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices: - Cambios rápidos e impredecibles de hipoactividad a hiperactividad. - Incremento del tiempo de reacción. - Incremento o disminución del flujo del discurso. - Acentuación de las reacciones de sobresalto.

Criterios diagnósticos para el delirium	
<p>D. La alteración de los criterios A y C no pueden ser explicados por otro trastorno neurocognitivo previamente establecido o en desarrollo y que no ocurre en el contexto de una situación de disminución de la vigilia como puede ser un coma.</p>	<p>D. Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, manifiesto por al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio, que en casos graves puede implicar una pérdida completa del sueño, con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia. - Empeoramiento nocturno de los síntomas. - Sueños desagradables o pesadillas, que pueden continuar como alucinaciones o ilusiones tras despertarse.
DSM-V	CIE-10
<p>E. Debe haber evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en las pruebas de laboratorio de que las alteraciones psicológicas son consecuencia directa de otra condición médica, exposición a tóxicos o a su retirada reciente o que posea un carácter multifactorial.</p>	<p>E. Los síntomas tienen un inicio rápido y muestran fluctuaciones en el transcurso del día.</p>
	<p>F. Hay pruebas objetivas en la historia clínica, exploración física y neurológica o resultados de laboratorio de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (otras que las relacionan con sustancias psicoactivas) que pueden considerarse de forma razonable que sean las responsables de las manifestaciones clínicas de los criterios A y D.</p>

Fuente: Adaptación realizada a partir de la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 [Internet]. España: Editorial Médica Panamericana; 2000, Organización Mundial de la Salud, 2000¹³.

Tratamiento

Los dos principales síntomas del delirio que pueden requerir tratamiento farmacológico, son la psicosis y el insomnio. Los neurolepticos han demostrado ser los fármacos de elección

para el tratamiento de estos síntomas¹¹. Entre los fármacos que se emplean para el tratamiento de éste síndrome se encuentra el haloperidol y las BZD, las cuales serán determinadas según criterio médico¹¹.

Sin embargo, para evitar la polifarmacia, es adecuado implementar medidas no farmacológicas como parte de su abordaje, las cuales pueden ser implementadas tanto en hospitales como en la Atención Primaria de Salud (APS), destacando la importancia de de su prevención y detección temprana, facilitando la intervención oportuna^{3,5}.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

El síndrome geriátrico de delirium, es una urgencia médica; es importante enfatizar que, en caso de presentar sintomatología, se deben dirigir directamente al servicio de urgencias del hospital o clínica más cercana, no esperar a atención en APS o Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y si se detectan en estos centros de salud, es prioridad que estos usuarios, sean enviados al Servicio de Urgencias del hospital más cercano, para su atención inmediata.

Se torna muy relevante aquí la continuidad de la atención de estas personas en toda la red asistencial; un evento de estas características, además de ser consignado en la ficha clínica del recinto de atención terciaria que da la atención de esta persona, esta información debe ser compartida con los referentes de atención primaria de salud, para ser utilizada como insumo para poder hacer acciones preventivas de un nuevo evento, una vez que el usuario retorne a su entorno habitual; con esto, se aseguraría la continuidad de los cuidados, principio fundamental del Modelo de Atención Integral

en Salud que se está implementando desde el año 2005, en nuestro país¹⁴.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Este síndrome usualmente se ha vinculado a aspectos mágico-religiosos¹⁵, que aún pueden hacer parte del saber popular, colocando en riesgo la atención oportuna de las personas mayores que lo padecen, debido a que su manejo se puede realizar sin la intervención sanitaria correspondiente, representando además un riesgo para su seguridad, al ser un factor de riesgo de violencia.

La educación juega un papel fundamental como eje del cambio cultural, es por ello que estas temáticas deben ser incorporadas en el trabajo con comunidades mediante estrategias que permitan hacer intervenciones diferenciadas según la edad a lo largo del curso de vida.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

Se debe tener en consideración^{6,8,10}:

1. Tratar de identificar el factor o factores desencadenantes del delirio (signos de deshidratación como sequedad mucocutánea, alteraciones metabólicas, traumatismo, fiebre, infecciones, insuficiencia cardíaca, retención aguda de orina, impactación fecal entre otros).
2. La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa (signos meníngeos, crisis convulsivas, déficit neurológico, temblor, mioclonías).

3. Conducta y comportamiento: la actividad psicomotora puede estar disminuida (más frecuente en personas mayores) o lo más común, aumentada.
4. Estado afectivo: euforia, agresividad, ansiedad, temor o rabia, depresión, perplejidad, apatía, indiferencia. Sistema neurovegetativo: temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, hipertermia, rubor facial, fiebre, incontinencia.
5. El examen físico probablemente no va a arrojar aspectos patognomónicos referentes a este síndrome; son las esferas del comportamiento, cognitiva y emocional de la persona, las que se alteran notablemente. Cambios en los aspectos emocionales como aparición de euforia, ansiedad, miedo, paranoia, alucinaciones, desorientación y presencia de deterioro cognitivo, son muy marcados y pueden ser desencadenados por procesos de hospitalización (por exposición a entorno desconocido) o después de haber sufrido a la alguna patología o lesión en personas mayores.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de incontinencia delirium

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de delirium, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud¹⁶⁻¹⁹.

Dominio 4: actividad / reposo

Valoración objetiva: evaluar Criterios de cam (*Confussion Assesment Method*).

Valoración subjetiva: valorar alteraciones en el patrón del sueño y dificultades para conciliar el sueño.

Dominio 5: percepción / cognición

Valoración objetiva: valorar funciones cognitivas atención, pensamiento (aparición de pensamiento desorganizado), nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la memoria, el lenguaje.

Valoración subjetiva: valorar dificultades de atención, concentración y desorientación (temporal al inicio, luego espacial); valorar la estructura del pensamiento y la percepción.

Valorar alteración de la conducta: agitado y estuporoso.

Dominio 7: rol / relaciones

Valoración objetiva: valorar actividades de la vida diaria en Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) del usuario^{15,16}.

Valoración subjetiva: valorar relaciones con los demás integrantes del hogar.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiqueta: 00128 Confusión aguda.

Intervención: valorar la presencia de factores causales y contribuyentes.

Intervenciones / Actividades: identificar los factores etiológicos que causan delirio (deterioro visual, enfermedad grave, deshidratación, entre otros).

Intervención: Promover en la persona el sentido de integridad

Intervenciones / Actividades

1. Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente.
2. Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.
3. Educar a familiares, allegados y cuidadores sobre la situación y los métodos de afrontamiento.
4. Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra / confunde al paciente.
5. Explicar la causa de la confusión.
6. Explicar que la persona no se da cuenta de la situación.
7. Explicar la necesidad de ser paciente, flexible y calmado.
8. Ser respetuosa y fomentar la convivencia.
9. Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente (alucinaciones o ilusiones).
10. Mantener un ambiente libre de peligros.
11. Disponer un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
12. Disponer un ambiente de baja estimulación para el paciente cuya desorientación aumenta con sobrestimulación.

Intervención: Proporcionar estímulos sensoriales suficientes y significativos

Intervenciones / Actividades

1. Reducir los cambios abruptos en el horario o las reubicaciones.
2. Usar dispositivos adaptativos para disminuir las dificultades sensoriales (ej.: iluminación, gafas, audífonos).
3. Alentar a la familia a traer de casa objetos entrañables (ej.: fotografías, colchas).

Etiqueta: 00131 Deterioro de la memoria

Intervenciones / Actividades:

1. Valorar la presencia de factores que pueden afectar a la memoria (ejemplo fisiopatología, escolaridad, factores estresantes).
2. Discutir las creencias de la persona acerca de los déficits de memoria.
 - Corregir la información errónea.
 - Explicar que las expectativas negativas pueden causar déficits de memoria.
3. Colocar un brazalete de identificación.
4. Cuando se intenta aprender o recordar cosas: Minimizar las distracciones, no apresurarse, mantener alguna forma de organización de las tareas rutinarias, llevar una agenda o calendario o usar recordatorios escritos.
5. Cuando se enseña:
 - Determinar si existen barreras para llevar a cabo el aprendizaje.
 - Eliminar las distracciones.
 - Dar información exacta acerca de los cambios que ocurren con la edad.
 - Explicar la diferencia que hay entre el olvido debido a la edad y la demencia.
 - Alentar el uso de ayudas para el aprendizaje.
 - Usar ayudas visuales y auditivas.
6. Enseñar a la persona dos o tres de los siguientes métodos para mejorar la capacidad memorística.
 - Escribir las cosas (ejemplo usar lista, calendarios, cuadernos).
 - Usar recordatorios auditivos (ejemplo alarmas, despertador) junto con recordatorios escritos.

- Usar recordatorios ambientales (ejemplo: cambiar algo de lugar, y volver a colocarlo en su sitio habitual una vez que ha servido a su propósito de hacer recordar algo).
- Tener sitios específicos para objetos específicos; mantener los objetos en el sitio asignado (ejemplo colgar las llaves en un gancho junto a la puerta).
- Colocar recordatorios en los sitios adecuados.
- Usar imágenes visuales, crear una imagen mental cuando se desea recordar algo; cuando más extraña o extravagante sea la imagen, mayor será la probabilidad de recordarla.
- Hacer asociaciones o conexiones mentales (ejemplo “La primavera va delante del otoño” para recordar que el reloj se adelanta en primavera y vuelve a retrasarse en otoño).
- Hacer asociaciones entre nombres e imágenes mentales.
- Repetir en voz alta o poner por escrito las cosas que se desea recordar.
- Usar la primera o las primeras letras de las palabras para recordar y hacer asociaciones.

Etiqueta: 00060 Interrupción de los procesos familiares

Intervenciones / Actividades

1. Valorar los factores causales y contribuyentes relacionados con la enfermedad.
 - Naturaleza inesperada y súbita de la enfermedad.
 - Problemas crónicos que constituyen una carga.
 - Naturaleza potencialmente discapacitante de la enfermedad.
 - Síntomas que causan un cambio desfigurante en el aspecto físico.
2. Ayudar a la familia a valorar la situación.

- Alentar a la familia a adoptar una perspectiva realista dándole información exacta y respondiendo a sus preguntas. Asegurarse de que todos los familiares cuenten con información.
 - Ayudar a la familia a reorganizarse los roles en casa y fijar prioridades para mantener la integridad familiar y reducir el estrés.
 - Iniciar discusiones sobre los factores de estrés en los cuidados en casa (físicos, emocionales, ambientales y económicos).
3. Promover límites claros entre los miembros de la familia
- Asegurarse de que todos los miembros compartan sus preocupaciones.
 - Hacer que cada miembro enuncie sus responsabilidades.
 - Reconocer las diferencias.
4. Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según corresponda
- Incluir a los familiares en sesiones de educación en grupo.
 - Remitir a las familias a apoyo no profesional y grupos de autoayuda.
 - Facilitar la participación familiar con apoyos sociales.
 - Ayudar a los miembros de la familia a identificar a los amigos en quienes confiar, alentar la búsqueda de ayuda cuando sea apropiado.

Etiqueta: 00063 Procesos familiares disfuncionales

Intervenciones / Actividades

1. Establecer una relación de confianza.
 - Ser coherente; cumplir las promesas.
 - Tener una actitud de aceptación y no criticar de manera infundada.

- No emitir juicios sobre lo que se le reveló a uno.
- Concentrarse en las respuestas de los familiares.
- 2. Permitir a los miembros de las familias como personas y como grupo compartir los sentimientos reprimidos.
 - Corroborar que los sentimientos son normales.
 - Corregir las creencias inexactas.
- 3. Insistir en que los miembros de la familia no son responsables de que el enfermo beba.
 - Explicar que las dificultades emocionales no son “psiquiátricas” sino que se basan en las relaciones.
 - Indicar que sus sentimientos y experiencias se relacionan a menudo con el alcoholismo en la familia.
- 4. Explorar las creencias familiares acerca de la situación y los objetivos.
 - Discutir las características del alcoholismo; revisar una prueba de detección que destaque las características del alcoholismo.
 - Discutir las causas y corregir la información errónea.
 - Ayudar a establecer objetivos a corto y largo plazo.

Etiqueta: 00095 Insomnio

Intervenciones / Actividades

Registro y valoración: pedir a la persona que lleve un diario de sueño-vigilia durante 1 mes que incluya la hora de acostarse, las dificultades para conciliar el sueño, el número de despertares (RAZÓN) y las siestas; evaluar si hay alguna condición fisiológica o medicamento que interfiera con el sueño; evaluar si algún estado psicológico interfiere con el sueño. Derivar a un profesional de la salud mental; determinar si el estilo de vida o los eventos de la vida interfieren con el sueño.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Disminución de los episodios de delirio.
- Participación en las actividades de la vida diaria.
- Menor combatividad.
- Mayor satisfacción con la memoria.
- Relato de factores que afectan la memoria.
- Sistema funcional de apoyo mutuo.
- Recursos externos apropiados disponibles.
- Funcionamiento en la familia con objetivos a corto y largo plazo.
- Recursos disponibles para la terapia individual y familiar.
- Equilibrio óptico de descanso y actividad.
- Identifica técnicas para inducir al sueño.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome confusional agudo o delirium

Asunción, de 86 años, tiene antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal leve, accidente isquémico transitorio cerebral hace 7 años, deterioro cognitivo leve y depresión. Vive por temporadas con sus dos hijas, cambiando cada 2 meses de domicilio y ciudad. Usa bastón cuando sale a la calle y audífono. Sigue tratamiento con enalapril 10 mg en el desayuno y la cena; duloxetina 60 mg en el desayuno; ácido acetilsalicílico 100 mg en la comida, atorvastatina 10 mg en la cena y paracetamol a demanda.

Su hija dice que, desde ayer, coincidiendo con el último cambio de domicilio, nota a su mamá más distraída, intranquila, agitación, llegando en alguna ocasión a agredir, también ha presentado en ocasiones imágenes o situaciones delirantes con familia que se encuentra muerta. Dice que esta noche apenas ha dormido.

Es llevada al servicio de urgencia donde es atendida por un médico geriatra y es hospitalizada por diagnóstico de delirio.

Diagnóstico: 00128 Confusión aguda R/C Delirio M/P Cambios bruscos de ánimo, deterioro cognitivo y presencia de delirios.

Objetivo: usuario tendrá menos episodios de delirio, evidenciado por menor agitación y Participación en las Actividades de la vida diaria normal durante el periodo de hospitalización mediante acciones multiprofesionales en el hospital.

Intervención: valorar la presencia de factores causales y contribuyentes al episodio de delirio

Actividades

1. Detección de problemas visuales, deshidratación o causas que pudieron llevar al episodio de delirio.
2. Detección de los factores de riesgo que conllevan a presentar el episodio de delirio, como lo es el cambio constante de vivienda.

Intervención: promover en la persona el sentido de integridad

Actividades

1. Examinar los conocimientos y actitudes acerca del síndrome geriátrico de delirio, en especial con la persona mayor.
2. Educar a familiares sobre la situación y los métodos de afrontamiento de este síndrome y así mejorar el afrontamiento.
3. Explicar la causa de la confusión.
4. Explicar que la persona no se da cuenta de la situación y que necesita de todo el apoyo familiar en esta situación.
5. Explicar la necesidad de ser paciente, flexible y calmado al momento de comunicarse con la persona mayor.

Intervención: proporcionar estímulos sensoriales suficientes y significativos

Actividades

1. Reducir los cambios abruptos de vivienda, ya que estos es un factor de confusión y de riesgo de generar el delirio en la persona mayor.
2. Educar a la familia sobre la necesidad de mantener una vivienda fija y así evitar un estado de confusión de la persona mayor.
3. Usar dispositivos adaptativos para disminuir las dificultades sensoriales como su bastón y también su audífono.

Intervención: enseñar a la persona métodos para mejorar la capacidad memorística.

Actividades

1. Alentar a la familia a traer de casa objetos entrañables como fotografías y recuerdos que sean imprescindibles para la persona mayor.
2. Educar a los familiares a utilizar imágenes visuales para ayudar a recordar información importante para la persona mayor y que cuanto más extraña o extravagante sea la imagen, mayor será la probabilidad de recordarla.
3. Ayudar a realizar asociaciones o conexiones mentales (ejemplo, “La primavera va delante del otoño” para recordar que el reloj se adelanta en primavera y vuelve a retrasarse en otoño).
4. Repetir en voz alta o poner por escrito las cosas que se desea recordar.

Evaluación

- Logrado: usuaria presenta disminución del estado de delirio en disminución de agitación y estado cognitivo.
- No logrado: usuaria no presenta disminución del estado de delirio en disminución de agitación y estado cognitivo.

Tal como se ha comentado anteriormente, los usuarios que tienen un cuadro de delirium no deben ser atendidos en la red primaria de salud; sin embargo, se puede propiciar y educar en ciertos cuidados para prevenir su aparición. Los profesionales de enfermería, pueden realizar actividades relevantes de prevención y promoción para evitar el inicio de este síndrome y educar respecto de sus manifestaciones, durante la realización del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), en los controles de salud de enfermedades crónicas de las personas mayores o en educaciones de tipo grupal y comunitarias.

Referencias

1. Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Actualización Manual de Geriatria para médicos [Internet]. 1ª ed. Santiago: Ministerio de Salud ; 2019 [Consultado el 15 mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
2. Lanco C, Gómez N, Arce A. Delirium en el adulto mayor. Rev. Méd. Sinerg. 2020;5 (3):e391. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/391>
3. Lázaro del Nogal M, Rivera-Casado J. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría 2009; 1 (4): 209-221
4. Hospital Universitario Central de Asturias Oviedo. Síndrome Confusional Agudo (Delirium) s.f. [Consultado el 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>
5. Carrasco M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de pacientes críticos. Rev. Med. Clín. Condes 2017; 28(2) 301-310.

6. Salech FM, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clín. Condes* 2012; 23 (1): 19 - 29
7. González TM, Joan PR, Valdés MM. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev. Méd. Chile* 2003; 131 (9): 1051-1060. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900013>
8. Bento M, Marques R, Sousa P. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica. *Enferm. Glob.* 2018; 17 (52): 640-688. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
9. Rodríguez, J. Delirium perioperatorio. *Rev. Med. Clín. Condes* 2017; 28(5) 776-784.
10. Moreno AM. Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: cuidadora familiar e inmigrante. *Index. Enferm.* 2013; 22 (3): 127-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200003>
11. Ganuza AZ, González MA, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32(114): 247-259. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200003>
12. Jimenes M, Santeodoro A, Lancho E. Delirium o síndrome confusional agudo, en: *Tratado de geriatría para residentes*. España: Sociedad Española de geriatría y gerontología, 2017. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2018_II.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 [Internet]. España: Editorial medica panamericana; 2000 [Consultado el 16 de octubre 2019]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Ministerio de salud de Chile. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales [Internet]. 2013 [Con-

- sultado el 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/ops-redes-integradas-de-servicios-de-salud-el-desafio-de-los-hospitales/>
15. Olivos A Patricio. La mente delirante: Psicopatología del delirio. Rev. Chil. Neuro-psiquiatría. 2009; 47(1): 67-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100008>
 16. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Mass M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, 3ra Edición. España: Elsevier; 2012.
 17. Bros SM. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. Gerokomos 2006; 17 (3): 140-143.
 18. Grupo Metodología Enfermera 061 Aragón [Internet]. Intervenciones de enfermería NIC de utilidad en la atención extrahospitalaria [Consultado el 25 de octubre 2020]. Disponible en: <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>
 19. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA

SEBASTIÁN IGNACIO GAJARDO PARDO

Generalidades

La población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario¹.

Los cambios en el desempeño cognitivo asociados al envejecimiento, se correlacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales en el Sistema Nervioso Central (SNC). El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación con el envejecimiento, a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida. El contenido intracraneano se mantiene estable porque la disminución de masa cerebral se asocia a un aumento progresivo del volumen de líquido cefalorraquídeo, probablemente secundario a una disminución del clearance de este¹.

Las células del SNC, al igual que otras células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. La disfunción mitocondrial parece jugar un rol muy importante en el envejecimiento cerebral, puesto que participa en la generación de especies reactivas del oxígeno y nitrógeno, implicadas en el daño celular¹.

Los cambios cerebrales que más frecuentemente ocurren en el envejecimiento normal son: disminución del peso y volumen cerebrales, atrofia cortical, pérdida de neuronas corticales y de algunos núcleos subcorticales, aumento de gránulos de lipofuscina en neuronas y glía, cambios hipertroóficos en la glía astrocitaria; las estructuras filogenéticas y ontogenéticamente más antiguas son las primeras afectadas. La reserva intelectual y factores dietéticos, hormonales y genéticos pueden reducir los riesgos de desarrollar demencia²

La pérdida de neuronas asociado al envejecimiento es mínima y no generalizada. La pérdida neuronal se concentra en regiones bien delimitadas, como por ejemplo el área 8A de la corteza pre frontal dorso lateral, lo que correlaciona con deterioro en la función ejecutiva¹.

Se han descrito además alteraciones en otras vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica, las que se han asociado a la patología de Enfermedad de Alzheimer (EA) y trastornos del ánimo, entre otros¹.

De manera similar a los cambios en número de neuronas y dendritas, los cambios en la función cognitiva asociados a la edad no son uniformes, siendo la memoria y la atención las esferas cognitivas más afectadas¹.

Estas capacidades muestran una gran variabilidad entre los sujetos y se ha planteado que su disfunción podría ser parte del deterioro de otras esferas cognitivas como la memoria. La capacidad de retener información sin manipulación por períodos cortos de tiempo (memoria de corto plazo) en general sólo muestra un mínimo deterioro con la edad. Sin embargo, hay una gran percepción de su deterioro, puesto que la memoria de trabajo (un constructo entre memoria de corto plazo, atención y concentración se encuentra afectada), siendo difícil diferenciar si su compromiso es primario, o tiene relación con el deterioro de alguno de sus componentes¹.

La secuencia de los cambios involutivos en la morfología de los hemisferios cerebrales sigue paralelamente la secuencia filogenética y ontogenética del cerebro. Las estructuras más antiguas: rinencefálicas y la formación hipocámpica, son las primeras en mostrar signos de atrofia. El aumento gradual del diámetro transversal del tercer ventrículo que se observa a partir de la quinta década va asociado a la “atrofia “progresiva de los núcleos diencefálicos talámicos e hipotalámicos”².

Este deterioro en la manipulación de la memoria a corto plazo pudiera tener su origen en el deterioro de la función ejecutiva asociada al envejecimiento, y se ha planteado que ésta pudiera tener un sustrato anatómico en los cambios degenerativos y funcionales que presenta la corteza prefrontal. En relación a la memoria de largo plazo, la memoria semántica (memoria a largo plazo asociada al conocimiento) tiende a mantenerse conservada durante el envejecimiento, mientras que la memoria episódica (memoria a largo plazo asociada a lo vivido y su contexto), está disminuida¹.

¿Qué es la demencia?

Conforme avanza el envejecimiento de la población chilena, se espera una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas y degenerativas entre las personas mayores. Entre estas enfermedades hay un grupo que afecta al SNC con efecto deletéreo en las capacidades cognitivas superiores, que en su conjunto se denomina Demencia³.

La Fundación INECO-BID en el año 2019, en su *Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencias*⁴, respecto al término demencia, lo define como un síndrome clínico adquirido, causado por una disfunción cerebral reversible o irreversible. Se caracteriza principalmente por un deterioro de las funciones neurocognitivas, frecuentemente asociado

a trastornos psicológicos y de la conducta, y, en ocasiones, a trastornos motores, que conlleva a un trastorno de la funcionalidad o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria). Se plantea el diagnóstico de demencia cuando se afecta la funcionalidad del individuo, es decir, cuando la persona se vuelve incapaz de desenvolverse independientemente en la vida diaria.

Este síndrome no distingue de sexo y situación económica y el deterioro que produce repercute en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros, e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social³.

Se estima que alrededor de 35 millones de personas en el mundo tienen hoy algún tipo de demencia, cifra que se duplica cada 20 años, proyectándose en 135 millones al año 2050 (Alzheimer 's Disease International, 2013)³.

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas de 65 años y más, que alcanza un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del 2012, del total de personas en control en Salud Mental, por EA y otras demencias, un 53,4% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino, (60% versus 40%)³.

Factores de riesgo asociados a demencia

Se encuentran dos grandes grupos:

1. Factores de riesgo modificables
 - Factores de riesgo vascular tales como, Hipertensión Arterial (HTA) o Diabetes Mellitus (DM), se asocian de manera consistente, con mayor riesgo de desarrollar

no sólo demencia vascular o demencia mixta, sino que también ea.

- La HTA es el factor de riesgo modificable de mayor prevalencia que daña, entre otras, a las arterias cerebrales. El tabaquismo, reducido número de años de educación formal o un estilo de vida poco saludable (sedentarismo, privación de sueño, estrés y trastornos de salud mental no tratados) que sí podrían ser modificados y, por consiguiente, cuando son intervenidos oportunamente podrían atenuar el riesgo de una demencia ulterior.
 - Es importante señalar que la mayor prevalencia de demencia en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural, los que podrían considerarse como determinantes sociales de la enfermedad.
2. Factores de riesgo no modificables
- A mayor edad, mayor posibilidad de desarrollar un síndrome demenciante; a su vez, estamos viviendo un fenómeno de feminización de esta población, por la mayor esperanza de vida de las mujeres, en relación a los hombres. La prevalencia de demencia se duplica cada 5 años, entre los 65 y 85 años.
 - La mujer tiene más posibilidad de tener demencia degenerativa y el hombre demencia vascular. El analfabetismo por desuso o bajo nivel de escolaridad, aumenta la probabilidad de desarrollar demencia.
 - En relación a factores de riesgo heredables, debe mencionarse que hay dos variedades de inicio de la ea, la temprana o la tardía, siendo mucho más frecuente la forma esporádica o de comienzo tardío y donde el gen de mayor influencia para esta población es la Apolipoproteína E (APOEE), de modo que específicamente un genotipo homocigoto APOEE⁴,

inhabitual, incrementa hasta 10 veces la probabilidad de desarrollar EA. En la forma de comienzo temprano, una de las frecuentes formas de EA, agrupada en familias y donde los síntomas comienzan antes de los 65 años, se han encontrado mutaciones en tres genes: el de la Proteína Precursora del Amiloide (APP), el de la Presenilina 1 (PSEN-1) y el de la Presenilina 2 (PSEN-2)³.

Causa y clasificación de las demencias

Las causas más frecuentes son: la EA y las enfermedades cerebro vasculares⁵.

1. La etiología y patogenia de la demencia es múltiple. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 55% de ellas corresponde a la EA, un 15% a demencias vasculares y un 13% a causas mixtas, es decir, una asociación de lesiones degenerativas de tipo Alzheimer con lesiones vasculares⁵.
2. Otros tipos de demencia:
 - Degenerativas: EA, demencia por cuerpos de *Lewy*, enfermedad de *Pick*, demencia asociada a enfermedad de Parkinson.
 - Infecciosas: asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad de *Creutzfeldt-Jakob*, neurosífilis.

Todas estas entidades patológicas afectan progresivamente las capacidades intelectuales, entre las que se incluye el deterioro de la memoria, el empobrecimiento del juicio y de la conciencia de sí mismo, de la propia situación y capacidad. Afecta también la vida emocional de la persona, con labilidad emocional y/o irritabilidad, apatía, egocentrismo. Todo lo anterior, determina una menor capacidad de rendimiento social y laboral en comparación con lo mostrado previamente³.

Fisiopatología de la demencia por EA

En la evolución de este tipo de demencia, podemos distinguir 3 etapas, llamadas “hipocámpica” (destaca el defecto mnésico) con defectos de memoria y juicio o capacidad ejecutiva, “de áreas de asociación parieto-témporo-ocipitales” (se agregan trastornos del lenguaje, apraxias y síndrome de Gerstmann) y “global” (con compromiso extrapiramidal) con postración, rigidez, pérdida del lenguaje, disfagia⁶.

La EA se caracteriza por las siguientes manifestaciones⁷:

- Pérdida de memoria.
- Deterioro del lenguaje.
- Alteración de la organización viso-espacial.
- Empobrecimiento de la capacidad de juicio.

Todos los usuarios con EA tienen pérdida de memoria, que es la manifestación más precoz de la enfermedad. Tienen dificultad para retener nueva información, como la fecha y su localización. La memoria para la información remota se mantiene más conservada que la memoria para información nueva o reciente, pero no es normal y con el avance de la enfermedad se va deteriorando progresivamente⁷.

La aparición de problemas del lenguaje también es frecuente en la EA. Característicamente el lenguaje es fluido, pero vacío, con reducida información, y pueden tener dificultad para recordar el nombre de los objetos. A medida que la enfermedad progresa, se pierde la habilidad para comprender el lenguaje hablado, tienden a repetir lo que escuchan, y pueden eventualmente volverse mudos⁷.

La capacidad de organización viso-espacial está deteriorada. Los usuarios se pierden fácilmente en lugares antes familiares para ellos⁷.

La capacidad de juicio también se compromete. Tempranamente en el curso de la enfermedad estos usuarios tienden a tomar malas decisiones financieras, y a medida que la enfermedad progresa pueden tomar decisiones equivocadas que los ponen en franco peligro, como dejar la cocina prendida o vagabundear por la calle, entre otros⁷.

Con frecuencia se altera también la personalidad, lo que puede aparecer tempranamente. Esta alteración incluye indiferencia, falta de autocritica, no se dan cuenta de lo que les está ocurriendo, hay disminución del interés por las cosas, disminución del afecto y pobre motivación⁷.

Existen numerosas hipótesis que intentan explicar los mecanismos patológicos de la enfermedad.

Una de esas hipótesis indica que los usuarios con EA muestran pérdida de la actividad colinérgica en el SNC. El cerebro de estos usuarios/as tiene concentraciones muy bajas de acetilcolina, sobre todo en áreas asociadas con la memoria y el aprendizaje, tales como el hipocampo y la corteza. La disminución de la actividad colinérgica afecta la transmisión sináptica e inicia un proceso inflamatorio. Sin embargo, esta teoría necesita ser investigada más profundamente⁸.

Otra hipótesis sugerida es la de la cascada amiloide: en un cerebro normal se produce un péptido denominado β -amiloide (A β) que tiene dos isoformas A β ₄₀ y A β ₄₂. A β ₄₂ es más hidrofóbica, más propensa a formar agregados, se considera una isoforma neurotóxica y es el componente mayoritario de las placas seniles. En condiciones fisiológicas se produce sobre todo A β ₄₀, mientras que los usuarios con EA tienen una elevada producción de A β ₄₂. Muchos estudios han encontrado que una sobreproducción de este péptido

tiene efectos neurotóxicos. Se ha comprobado la formación de placas seniles con depósitos extracelulares $A\beta$ y ovillos *Neurofibrilares Intraneuronales* (NTFS) que contienen a la proteína tau hiperfosforilada. Sin embargo, aunque una sobreproducción A^{β} tiene un efecto negativo sobre las células nerviosas, bajas concentraciones pueden potenciar a largo plazo el hipocampo y mejorar la memoria⁸.

El Ca^{2+} es un segundo mensajero en el organismo. La concentración de Ca^{2+} extracelular es mayor que la intracelular. A^{β} puede interrumpir los canales de calcio en la membrana, aumentar el influjo y provocar un desequilibrio de este ion. Altas concentraciones de calcio intracelular resulta en toxicidad y posteriormente en muerte celular. La ruptura de la homeostasis del calcio puede tener efectos secundarios, como peroxidación lipídica y generación de especies reactivas de oxígeno. Con el tiempo, se reduce la integridad sináptica⁸.

Entre otras hipótesis se encuentra la de la APOE. La APOE es una glicoproteína que ayuda a la reparación neuronal, tiene propiedades antiinflamatorias y facilita el crecimiento de las dendritas. Sin embargo, una de sus isoformas se relaciona con la EA porque promueve los depósitos amiloides, la neurotoxicidad, el estrés oxidativo, la formación de NTFS y la inflamación del cerebro⁸.

Trastornos conductuales y psicológicos asociados a demencia

En el 50% de los casos aparecen síntomas depresivos, pero la depresión severa es poco frecuente. Los usuarios pueden presentar llanto fácil y hacer afirmaciones tristes, pero es rara la depresión profunda y el suicidio es muy poco frecuente⁷.

Los trastornos conductuales y psiquiátricos en el síndrome de demencia, son denominados Síntomas Psiquiátricos y

Conductuales asociados a Demencia (SPCD)⁹. Los principales SPCD según el *Neuropsychiatric Inventory*, son: ideas delirantes, alucinaciones; agitación/agresión; síntoma depresivo/disforia; ansiedad; elación/euforia; apatía/indiferencia; desinhibición; irritabilidad/labilidad; conductas motoras aberrantes; trastornos del sueño; trastornos del apetito.

Estos síntomas pueden ser analizados individualmente o según dos principales combinaciones: el síndrome psicótico y el síndrome afectivo. El primero, incluye alucinaciones frecuentemente asociadas a ideas delirantes y trastornos de la conducta y el segundo se manifiesta por disforia, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora, síntomas neurovegetativos, tales como trastornos del sueño o del apetito, apatía y ocasionalmente ideas delirantes⁹.

Aspectos sociales

El mayor impacto de las demencias, dice relación con los costos sociales del cuidado, los cuales muchas veces son asumidos por las familias. Esto genera una serie de fenómenos, tales como la interrupción del desarrollo de los miembros de la familia, la suspensión de estudios y trabajo y la sobrecarga en las tareas domésticas³.

De todas las posibles combinaciones existentes, en Chile se observa claramente la preeminencia de dos tipos de cuidados: en primer lugar, los que se verifican en el ámbito de la familia y la comunidad y, en segundo lugar, los que se brindan en los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM)³.

En relación a los (LAS) cuidadores(AS) de las personas con dependencia, los datos de Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) indican que el 95% de los cuidadores son parientes, entre los cuales se destacan las hijas(os) (44%), seguido por los cónyuges (23,8%), remarcando el hecho que

la mayor parte del cuidado es ejercido por mujeres (89,6%). En relación a las edades, el 50% tiene 52 años o más y el 30% 62 años y más³.

Dentro de las variables contextuales del cuidado, se observa que la falta de apoyo social, definido como no tener a alguien a quien recurrir si necesita ayuda de cualquier tipo, es la variable que se asocia en forma más significativa con la carga del cuidador. Por otra parte, los trastornos de comportamiento y el grado de deterioro funcional están altamente correlacionados con el grado de sobrecarga³. Cuando el cuidado se lleva a cabo en condiciones de pobreza, sin descansos, capacitación ni recursos para la atención, hay un alto riesgo de morbilidad asociada, derivada de incumplimiento de los programas preventivos de salud, aumento de los índices de depresión y disminución de la inmunidad. El riesgo de abandono y malos tratos se incrementa también con un cuidador abrumado³.

En relación a las patologías estudiadas que afectan a los cuidadores, destaca la presencia de síntomas depresivos, presentes en el 47,2% y un 21,1% del total de cuidadores presentan síntomas de una depresión clínica, sin diferencias por sexo, ni por grupos de edad. Los cuidadores presentan además múltiples problemas de salud: trastornos del sueño (46%), trastornos de ansiedad (37%), depresión (36%) y lumbago crónico (60%)³.

Cuidar a una persona con la EA puede ser una experiencia intensa y muy significativa. También puede ser una tarea física y emocionalmente agotadora, abrumadora y extenuante. Frecuentemente la mayor parte del tiempo y atención de un familiar o persona a cargo está dedicado al cuidado de la persona con Alzheimer, lo que deja muy poco o ningún tiempo para el cuidado personal. Como resultado, se descuidan las propias necesidades físicas y emocionales, o no se sabe a quién recurrir ni cómo actuar³.

Garantías Explícitas en Salud (GES)

En Chile al 2019, existen cerca de 220 mil personas afectadas por alguna demencia, número que por el envejecimiento poblacional se incrementa año a año. Motivo por el cual desde el 2019 se incorporaron 5 nuevas patologías con GES, totalizando 85, entre las cuales se incorporó la EA y otras demencias¹⁰.

- Garantía de acceso: todo beneficiario con sospecha de alguna de estas enfermedades tendrá acceso a confirmación diagnóstica 60 días después de la sospecha y tratamiento, en un plazo máximo de 60 días después de confirmar la enfermedad.
- Población estimada: 20.000 habitantes.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud

El 1º de octubre de 2014, la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de resolución N° 180, solicitando a la Presidenta de la República, que una comisión asesora elabore un Plan Nacional de Demencias y Alzheimer y la ejecución de un proyecto piloto para la atención de personas con trastornos cognitivos y demencias³, que incluye:

Los Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga Atención Primaria en Salud (APS): Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales⁵.

El plan considera incorporar un equipo especializado en la atención de las demencias en el nivel primario de salud, el cual se relaciona directamente con los dispositivos y programas ya existentes.

A su vez, será el encargado de realizar una evaluación integral a las personas con sospecha de demencia o que viven con ella. Luego de esta evaluación, establecerá e implementará un conjunto de estrategias de apoyo específico e individual de acuerdo a las características de la persona, que incluirá a las familias y a la comunidad de ser pertinente³.

Finalmente, este equipo coordinará el sistema de cuidados continuos, considerando los recursos existentes. Específicamente, la persona ingresará por medio de la aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), de acuerdo a esos resultados será derivada al equipo de especialistas en demencia, quien realizará el diagnóstico y evaluará si es posible mantener al usuario en la APS o se deriva a la atención secundaria, dado que el nivel de complejidad de la enfermedad es mayor y necesita una atención aún más especializada³.

De acuerdo al perfil de la persona, podrá ingresar a un centro diurno o a una unidad o clínica de memoria. Este proceso lo acompañará un facilitador intersectorial, quien también se preocupará de acompañar e informar a las familias³.

Considerando los múltiples desafíos que genera esta situación de salud, su complejidad y las barreras para la atención, el diseño e implementación de Planes de Demencia se convierten en la herramienta más idónea para disminuir su impacto en el conjunto de la sociedad, mejorar la atención y la calidad de vida de las personas que viven con demencia y su entorno próximo³.

Criterios de derivación a Servicio de Urgencia

Los síntomas que pueden constituir una *emergencia* son¹¹: deterioro cognitivo brusco y/o rápido; pérdida reciente de la funcionalidad; estado confusional agudo; debilidad motora;

convulsiones y movimientos anormales; pérdida de coordinación y equilibrio.

En caso de que el facultativo médico, al momento de atender una persona mayor en el contexto de una consulta de morbilidad o consulta de urgencia y que identifique algunos de los síntomas anteriormente enumerados, después de intentar compensar el cuadro agudo, debe derivar al usuario a un servicio de mayor complejidad.

A continuación, se mencionan las causales de derivación desde Atención Primaria de Salud¹¹:

- Causales de derivación de la APS a un nivel de mayor complejidad.
- Causales de derivación, de tipo neurológicas de derivación.
- Síntomas neurológicos y cognitivos, que aparecen en usuarios menores de 65 años.

Aquellas demencias en las que hay duda razonable sobre una enfermedad de Alzheimer, debida a: inicio brusco y/o fluctuante y/o manifestaciones atípicas (convulsiones, focalidad neurológica reciente, alteración precoz de la marcha, alucinaciones en fases no avanzadas, presencias de temblores, rigidez en fases no avanzadas, etc.). Es conveniente indicar una evaluación más completa de las capacidades cognitivas lo que se permitirá aclarar el diagnóstico, de igual manera, si se sospecha depresión u otros cuadros psiquiátricos.

Para la realización de exámenes complementarios para el diagnóstico y posterior tratamiento, se hace necesario que tras la detección en la atención primaria, se oriente al usuario hacia instituciones en que se ofrezcan servicios especializados.

Causales de derivación, de tipo psiquiátricas

- Cuando hay un inicio de un trastorno de personalidad/ conducta, asociado a una alteración cognitiva a partir de la quinta década de la vida de la persona.
- En presencia de depresión resistente al tratamiento habitual.
- En presencia de síntomas de difícil control relacionados con la demencia: insomnio, irritabilidad, rebeldes al tratamiento¹¹.

Criterios de seguimiento de la persona con síndrome de demencia

La piedra angular en el tratamiento de las demencias y la EA, está constituida por lograr la confianza y la participación de la familia⁹. La atención al enfermo en la comunidad reporta beneficios al usuario, a la familia y al sistema de salud. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad de vida del sujeto que cursa con alguna demencia respecto a la institucionalización, y reduce de una manera sensible los costos para los servicios públicos sociales y sanitarios⁹.

La información sobre la enfermedad, su evolución, y el proceso de cuidados que requiere el usuario/a, es una parte fundamental del tratamiento terapéutico; permitirá a los familiares conocer a qué se enfrentan, establecer acciones de adaptación para la situación, planificar el futuro del cuidado del usuario y desarrollar intervenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad⁹.

La familia debe aprender a conocer y prestar un cuidado integral al usuario, evitándose riesgos y accidentes, atendiéndole en las actividades de la vida diaria, estimulándose,

organizando y adaptando a cada momento y circunstancia la forma de llevar a cabo esta atención⁹.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Dentro del espectro de prácticas sociales que se llevan a cabo, las terapias cognitivas con enfoque de recordar experiencias de la misma persona, es la que más se utiliza en el abordaje de las personas que sufren demencia. Es muy importante la cooperación del círculo más cercano de la persona, pues ellos con su conocimiento de las diferentes vivencias, gustos, de la persona, pueden darle un carácter único y personal a este tipo de intervenciones, que se pueden materializar en recordar hechos pasados y presentes, actividades que la persona realiza diariamente, el nombre de las personas que le son importantes, estimulación de orientación en tiempo y espacio, a través de la contemplación de fotografías. También el uso de la música, de sonidos asociados a periodos de la vida de la persona (por ejemplo, utilización de sonidos de la naturaleza, en personas que crecieron en el campo).

En algunos lugares se les da a las personas infusiones de salvia y de hierba de San Juan, la que en este momento está en estudio y ha mostrado ser un compuesto capaz de estimular el proceso de auto limpieza de las células, para mantenerse libres de los depósitos tóxicos relacionados con la enfermedad de Alzheimer (EA). Estos resultados fueron obtenidos por científicos del Centro Basal de Envejecimiento y Regeneración de la Pontificia Universidad Católica de Chile, CARE Chile UC, financiado por CONICYT a través de su Programa de Investigación Asociativa, PIA¹².

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

La evaluación clínica incluye⁹:

1. Interrogatorio al usuario/a y sus familiares por separado, sobre las dificultades actuales, estableciéndose fecha aproximada de inicio, forma de presentación (insidiosa o aguda) y progresión de los síntomas en el tiempo, semi dependencia o dependencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.
2. Detectar presencia de alteraciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, insomnio, vagabundeo, agresividad, delirios) o signos de focalización neurológica.
3. Explorar antecedentes mórbidos personales y familiares del usuario/a, hábitos tóxicos y estilos de vida, y otros factores de riesgo.
4. Exploración física y neurológica básica:
5. Se realiza una exploración física completa que incluya peso, talla, coloración de piel y mucosas, temperatura, palpación tiroidea, presión arterial sentado y de pie, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca, carotídea y temporales, exploración abdominal y pulsos periféricos.
6. La exploración neurológica requiere la valoración de los pares craneales, la marcha, la fuerza muscular y la sensibilidad, se buscarán signos extrapiramidales (temblor, mioclonías, rigidez, alteración de reflejos).

La valoración mental, debe considerar⁹:

- Estado de conciencia.
- Atención.
- Orientación temporo-espacial y en relación a las personas.
- Lenguaje: pueden aparecer trastornos del discurso (pérdida de coherencia, laconismo, logorrea, en otros

- términos, un discurso muy incoherente), incapacidad de comprender las metáforas, afasias (defectos en la evocación del nombre, sustitución de fonemas o palabras, defectos gramaticales) y disartrias (mala articulación de los fonemas de causa neurológica).
- Los síndromes frontales se expresan como trastornos de la programación de la conducta, ya sea pérdida de iniciativa, apatía o iniciativas desajustadas.
 - Exploración de la memoria reciente.
 - Praxis: expresados como defectos en la ejecución de un acto motor aprendido que no puede atribuirse a un defecto motor simple (como una parálisis) ni a una falta de intención, sino que a una pérdida de los engramas motores aprendidos. Incluye defectos del dibujo, del uso o pantomima de uso de objetos, de la capacidad de vestirse.
 - Gnosias: pueden expresarse como trastornos del discurso (pérdida de coherencia, laconismo, logorrea, en otros términos, un discurso muy incoherente), incapacidad de comprender las metáforas, afasias (defectos en la evocación del nombre, sustitución de fonemas o palabras, defectos gramaticales) y disartrias (mala articulación de los fonemas de causa neurológica). Los síndromes frontales se expresan como trastornos de la programación de la conducta, ya sea pérdida de iniciativa, apatía o iniciativas desajustadas).
 - Valorar la capacidad de juicio.
 - Indagar sobre el estado de ánimo.
- Valoración psiconeurológica básica:
- Aplicar Escala Mini Mental State Examination (MMSE).
 - Aplicar Escala Pfeifer (SPMQ): en caso de usuarios analfabetos, con incapacidad física y mayores de 85 años.

- Aplicar Test de Pfeffer: aplicar a familia o cuidador.
- Aplicar Escala de *Yesavage*.
Síntomas de sospecha de demencia en el adulto mayor
- Quejas somáticas inespecíficas o confusas: que pueden confundir al médico que dirige su atención a una patología banal.
- Alteración de la atención: caracterizada por la distraibilidad o dificultad para concentrarse o fijar la atención en un solo estímulo, lo que altera la capacidad de aprendizaje
- Episodios de desorientación espacial: incapacidad para orientarse en lugares conocidos.
- Falla o pérdida de memoria, que se manifiesta en dificultad para aprender y retener nueva información (memoria anterógrada), repetición de la misma información, dificultad en recordar eventos o conversaciones recientes, con la consiguiente pérdida de objetos, dinero, memoria desorganizada (confusión en el orden en que se produjeron los eventos, dificultad para seguir el hilo de una conversación, películas, realizar cálculos sencillos, entre otros). Estos olvidos deben ser corroborados por el familiar o el acompañante, en ausencia del usuario/a, para evitar la ansiedad de este.
- Alteración en la capacidad de juicio sobre sus dificultades cognitivas o queja poco específica: A diferencia del usuario/a depresivo/a o ansioso/a con una queja de memoria, el usuario/a con una demencia, es frecuentemente poco consciente de sus dificultades y tiende a minimizarlas. En términos generales, es el entorno quien lo lleva a consultar.
- Errores en actividades de la vida cotidiana: especialmente en la gestión del dinero, la toma

de medicamentos, la utilización de los medios de transporte y capacidad de usar el teléfono.

- Alteraciones emocionales o cuadros psiquiátricos de inicios tardíos: tales como pasividad, labilidad emocional, tendencia a inercia y apatía, depresiones, manías y/o delirio en sujetos sin antecedentes psiquiátricos previos.
- Problemas en el lenguaje: pérdida de la capacidad de decir nombres, nominar objetos o alteraciones en la articulación y en el tono del lenguaje.
- Conductas desajustadas: pérdida del control social en algunas situaciones; por ejemplo, referirse a temas inadecuados o presentar conductas desinhibidas.

Exámenes de laboratorio e imagenología son necesarios para orientar el diagnóstico de demencia: hemograma; perfil bioquímico (Calcemia-Fosfemia, lípidos, pruebas hepáticas); orina completa; serología para sífilis; determinación de hormonas tiroideas: hormona estimulante de la tiroides (TSH); electrolitos plasmáticos; serología para detección del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); determinación de B₁₂ y Folato; neuroimágenes complementarias, por ejemplo: resonancia Magnética Nuclear o Tomografía Axial Computarizada.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el síndrome de Demencia

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que se relacionan con el síndrome de demencia, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud¹³⁻¹⁵.

Dominio 1: Promoción de la salud

Valoración Objetiva: valorar criterios de fragilidad, según los criterios de Linda Fried ó de Bernad Isaacs.

Valoración subjetiva: valorar déficit de autocuidado en relación a la vestimenta, uso de inodoro, baño, alimentación; valorar nivel de autonomía en la mantención de régimen terapéutico para mantener su estado de salud.

Dominio 2: Nutrición

Valoración Objetiva: valorar medidas antropométricas: peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura; aplicar valoración nutricional (*Mini Nutritional Assessment* (MNA)); aplicar índice de Chumlea en usuario/a con dependencia severa; valorar o gestionar la toma de exámenes sanguíneos: hemograma, proteínas plasmáticas, perfil bioquímico; valorar el estado de hidratación de la piel observando mucosas si están rosadas o secas, turgencia y elasticidad de la piel.

Dominio 4: Actividad /reposo.

Valoración objetiva: aplicar Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Valoración subjetiva: determinar fuerza y tono muscular de las extremidades; observar si hay presencia de vagabundeo, que es el caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona; determinar si hay trastornos del patrón del sueño.

Dominio 5: Percepción cognición

Valoración objetiva: aplicar test para medición de diferentes aspectos de la cognición a través de: test mini-mental o escala de Folstein, según características del usuario; aplicar Cues-

tionario de Actividades Funcionales Pfeffer (del informante); aplicar Cuestionario de Pfeiffer.

Valoración subjetiva: determinar si hay deterioro de la comunicación verbal y su magnitud (Dificultad para comprender la comunicación, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, ausencia de contacto visual).

Dominio 6: Autopercepción

Valoración objetiva: aplicar la Escala de *Yesavage*.

Valoración subjetiva: valorar la autoestima.

Dominio 7: Rol / relaciones

Valoración objetiva: aplicar la Escala de Zarit.

Valoración subjetiva: determinar redes de apoyo familiares, sociales y comunitarias.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Valoración objetiva: aplicar Escala de *Yesavage*

Valoración subjetiva: determinar si la persona tiene sensación de temor; valorar posible presencia de estrés por sobrecarga en el cuidador; valorar la capacidad del usuario/a para planificar actividades.

Dominio 11: Seguridad / Protección

Valoración objetiva: aplicar Escala de Braden; aplicar Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM); aplicar Escala de Downton.

Valoración subjetiva: valorar estado de cavidad oral y de las piezas dentales, lesiones, masas.

Dominio 12: Confort

Valoración subjetiva: valorar sensación de inquietud, irritabilidad, malestar, temor, por parte del usuario.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiquetas: 00129 Confusión crónica; 00131 Deterioro de la memoria; 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud; 00103 Deterioro de la deglución; 00002 Malnutrición por déficit; 00001 Malnutrición por exceso; 00095 Insomnio; 00198 Trastorno del patrón del sueño; 00154 Vagabundeo; 00193 Descuido personal; 00251 Control emocional inestable; 00062 Cansancio del rol cuidador; 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo; 00151 Riesgo de caídas; 00214 Discomfort; 00053 Aislamiento social; 00078 Gestión ineficaz de la salud; 00257 Síndrome de fragilidad del anciano; 00051 Deterioro de la comunicación verbal; 00020 Incontinencia.

Intervenciones / actividades

1. Educar al cuidador:
 - Favorecer la tranquilidad, evitando razonamientos y sobre todo, evitando convencerle de que su percepción no es real.
 - Ante la persistencia de alucinaciones y delirios se debe acudir al médico.
 - Para prevenir la confusión, se debe evitar situaciones estresantes para el usuario, como por ejemplo recibir confusas como recibir muchas visitas en el domicilio a la vez, cambios bruscos de rutina, preguntarle varias cosas a la vez, o pedirle que realice alguna actividad que se sabe de antemano que no puede hacer.
 - Propiciar la estimulación cognitiva, mediante la orientación de la persona mayor en tiempo y en espacio, repetir la información las veces que sea necesaria, estimular la memoria mediante fotografías o música u olores conocidos.

- Si hay problemas por disfagia, comprobar que no existan patologías asociadas que la favorezcan y descartar un trastorno de la deglución como manifestación neurológica de la enfermedad siendo causa de neumopatía por aspiración.
- Educar al cuidador si el usuario come demasiado, no dejar comida a su alcance y distraerlo con otras actividades.
- Establecer rutinas de pequeñas comidas dentro del día, privilegiando una adecuada alimentación e hidratación.
- Educar sobre la disminución del ruido/iluminación, para mejorar el patrón del sueño y evitar ansiedad e irritabilidad.
- Identificar a la persona con un brazalete, o una cartera, donde tenga anotado sus datos personales y números telefónicos de contacto.
- Establecer rutinas de actividad durante el día, como paseos en lugares donde no haya peligros ambientales.
- Educar sobre facilitar la orientación en el medio donde se encuentra.
- Educar en cuanto a ayudar al usuario a mantener cuidado personal, como el vestirse, asistir al baño, alimentarse, entre otros, ajustándose al nivel de ayuda que requiera el usuario (no estimular la dependencia).
- Fomentar redes de apoyo como las familiares. Articular redes de apoyo.
- Educar sobre el mantenimiento de la salud de la persona afectada y también de su cuidador.
- Derivar a psicólogo/a, en presencia de riesgo de depresión.
- Educar sobre la mantención de las cosas en sus lugares habituales, donde se puedan ver fácilmente.

- Educar sobre la importancia de mantener la integración del usuario con demencia en las conversaciones y eventos familiares.
- La comunicación puede establecerse de dos formas: a.- Verbal: hablando lenta y claramente. Lenguaje concreto, frases cortas y sencillas. Dar un solo mensaje cada vez. Repetir cuantas veces sea necesario; b.- No verbal: cercanía física, mirar de frente y a la misma altura, tocar al usuario para tranquilizarlo, entonación adecuada.
- Educar sobre la manera de conservar la continencia hasta que el cerebro falla, es llevando al usuario cada dos horas al baño.
- Educar en el uso y cuidados de la persona que utiliza pañal, en caso de que exista incontinencia nocturna.

Ejemplos de parámetros de evaluación:

- Número de episodios de alucinaciones o delirios.
- Es capaz de mantenerse tranquilo, sin irritabilidad.
- Es capaz de alimentarse adecuadamente.
- Mantiene una actividad física adecuada.
- Es capaz de mantener su cuidado personal como bañarse, alimentarse.
- El usuario tiene redes de apoyo familiar.
- Presenta ausencia de caídas.
- El usuario es capaz de sentirse bien anímicamente.
- El usuario es capaz de mantener una comunicación verbal como no verbal.

Ejemplo de gestión del cuidado en el síndrome demencia

Usuaría Juana: de sexo femenino de 76 años FONASA B, residente de la isla Tenglo de Puerto Montt viuda hace 5 años tiene 3 hijas, la cual vive con una de ellas la que le ayuda a realizar las tareas del hogar. Asiste al Centro de Salud Fami-

liar (CESFAM) Angelmó al control de EMPAM acompañada de su hija.

Presenta como antecedentes padecer HTA y DM II, tratados con enalapril y metformina. Por otro lado, presenta antecedente de que su madre tuvo EA. La hija decide llevarla al control ya que últimamente la ha visto más olvidadiza; refiere que, desde hace 6 meses aproximadamente, a su mamá se le olvidan las cosas; por ejemplo se le ha quedado el gas encendido o ha olvidado cerrar la puerta principal de la casa. Hace tiempo no requería de ayuda para organizar y tomar sus medicamentos, pero ahora es necesario que ella como hija, le dé los medicamentos. A veces se queda mirando un punto fijo y no se conecta con el medio y ha disminuido su interacción con las personas más cercanas.

Al examen físico: desorientada en tiempo y espacio, consciente, no logra contar cronológicamente los hechos, además al preguntar sobre actividades que ha hecho durante el día, refiere no recordar.

Aspecto endomorfo, se observa un poco desaseada al control, mucosas rosadas conjuntiva palpebral rosada, turgencia y elasticidad de la piel disminuida, ausencia de temblores, fuerza y tono muscular conservado, puede permanecer de pie y caminar con ayuda de bastón. Al examen de abdomen blando depresible e indoloro, pulsos periféricos presentes y simétricos.

Patrón de sueño y descanso: comenta que le cuesta conciliar el sueño por las noches, pero que su sueño es reparador.

Patrón de alimentación: comenta consumir principalmente productos del mar, además de consumir bastante agua, cereales, y vegetales.

Presión arterial: de pie: 128/82 mmHg; Sentada 129/ 85 mmHg. Medidas antropométricas: peso: 57 kg; talla: 1,56 cm;

IMC: 23,4 kg/m²; circunferencia de cintura: 78 cm. EFAM: parte A: 40 puntos; MMSE: 9 puntos; Folstein: 19 puntos, Pfeffer: 4 puntos; *Yesavage*: 7 puntos. Zarit: 35 puntos.

Riesgo de caídas: estación unipodal: 6 segundos derecha – 7 segundos izquierda; TUG: 9 segundos.

Diagnóstico: confusión crónica R/C Deterioro neurológico secundario a enfermedad de Alzheimer M/P alteración de la memoria a corto plazo, alteración progresiva de la función cognitiva, desorientación temporo-espacial, olvidar realizar una conducta en el momento programado.

Objetivo: usuaria mejorará la confusión crónica, evidenciado en mantener memoria a corto plazo, mantener función cognitiva, orientación temporo-espacial, y recordar conductas en el momento programado en lo posible, mediante acciones interprofesionales en un plazo de 4 meses.

Intervención: estimulación cognitiva

Actividades

1. Educar al cuidador y usuario sobre la estimulación cognitiva mediante: Fotografías de acontecimientos importantes en la vida de la usuaria.
2. Incorporar la música a gusto del usuario para traer recuerdos pasados que generen satisfacción.
3. Realizar actividades mentales como armar rompecabezas.
4. Educar al cuidador y usuario sobre la importante comentar con el usuario lo que ha leído, si le ha gustado, qué opina sobre los temas tratados. Que intente leer todos los días algún texto, bien sea prensa o libros, y que luego intente recordar lo que ha leído.
5. Educar sobre hacer ejercicios de cálculo y lógica + lecto-escritura.
6. Educar al cuidador sobre ayudar a orientarse en el tiempo recordando en las conversaciones las fechas en las que estamos, qué acontecimientos importantes han ocurrido

recientemente y qué cosas y acontecimientos van a suceder en los próximos días.

7. También es conveniente que haya algún calendario grande a la vista y algún reloj grande en la casa para ayudar en esta orientación al usuario y para que pueda reconocer el día y la hora fácilmente.
8. Valorar la presencia de maltrato, tanto físico como psicológico.

Intervención: manejo de coordinación y motor

Actividades: educar al cuidador en: optimizar la seguridad del usuario, evitando el uso de escaleras y elementos que pudiesen proporcionar un grado de daño para el mismo.

Intervención: manejo del entorno

Actividades

1. Disminuir el ruido/iluminación ambiental.
2. No realizar grandes cambios en el entorno habitual del usuario.
3. Mantener las cosas en sus lugares habituales, donde se puedan ver fácilmente.
4. Mantener protectores en tomacorrientes.
5. Impedir el uso de fósforos, si fuma: estrecha vigilancia.
6. Establecer zona segura para vagabundeo: evitar restringir.

Intervención: manejo de peligros para la vida

Actividades

1. Mantener alarmas o campanillas en las puertas de salida.
2. Colocar una identificación con datos personales y números telefónicos de contacto, que el usuario debe portar.
3. Proporcionar un ambiente confortable para el usuario, esté exento de peligros y donde pueda desarrollarse de la forma más normal posible, sin afectar sus actividades de la vida diaria.

4. Mantener una casa ordenada y con pocos objetos de decoración, favorece la seguridad del usuario.
5. Evitar obstáculos en los pasillos y la utilización de alfombras.
6. Los objetos peligrosos (plancha, productos de limpieza, de ferretería, medicamentos, objetos cortantes) deben estar siempre en lugar seguro, fuera de su alcance. A menudo es preciso adaptar un ropero que tenga cerradura.
7. La cocina y el baño son lugares de accidentes frecuentes, por lo que es conveniente adaptarlos buscando la seguridad. A menudo es preciso cerrarlos con llave para evitar que el usuario pueda entrar. El baño debe adaptarse a sus condiciones físicas: suelo antideslizante, barras de apoyo en zona de ducha y zona de inodoro y cambiar la tina por una ducha.
8. Mantener una buena iluminación es muy importante para ayudarle en sus dificultades de orientación.
9. Señalizar los puntos de luz para que sea fácil su localización (por ejemplo, poniendo cinta fosforescente en los interruptores). La utilización de pequeñas ampollitas encendidas por la noche en los pasillos, son también de gran utilidad.
10. Educar sobre favorecer una adecuada alimentación, evitando desequilibrios nutricionales tanto con vitamina y minerales y deshidratación.
11. Evitar el uso de polifarmacia, educando de manera correcta al usuario y/o cuidador directo en el uso de estos.
12. Derivar o prestar ayuda psicológica a sus redes de apoyo directas o cuidador, ya que se registra una prevalencia elevada de depresión en familiares directos y cuidadores.
13. Educación a la familia y/o cuidador directo en cuanto a la evolución de la patología y riesgos ante los cuales debería consultar oportunamente.

Intervención: manejo psicológico

Actividades

1. En caso de inquietud-preocupación: sesiones de relajación.
2. Será muy importante evitar las situaciones tensas, transmitirle calma y responder con afecto en lugar de confrontación.
3. Anímele a participar en actividades de grupo.

Otras intervenciones / actividades:

1. Derivación a médico.
2. Activación de ges.
3. Control con empam a los 3 meses.

Evaluación

- Logrado: el usuario mantendrá la memoria a corto plazo, mantendrá función cognitiva, orientación temporo-espacial, y recordar conductas en el momento programado.
- No logrado: el usuario no logra mejorar memoria a corto plazo, no mejora y empeora función cognitiva, presenta desorientación temporo-espacial, y no recuerda conductas en el momento programado.

El equipo de APS es el primer actor del sistema de salud en evaluar y pesquisar a los usuario/a con trastornos cognitivos y demencias, pues al ser un síndrome geriátrico cada vez más prevalente en nuestra sociedad, y por sus características progresiva y degenerativa, es fundamental la labor de prevención en toda la población; la educación en la reducción de la exposición a factores de riesgo en su mayoría prevenibles como el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia, son fundamentales, pueden ayudar a controlar la incidencia de este mal.

Por otra parte, una vez instalado un cuadro de demencia, es imperativo la detección precoz, los cuidados individualizados y la educación pertinente en cuanto a estimulación cognitiva, de actividad física, alimentación saludable y prevención de accidentes, que tome en consideración a las personas afectadas por el cuadro y fundamentalmente también a los cuidadores y/o familiares, con los cuales además se deben generar estrategias para abordar la vivencia de la demencia, por parte precisamente del círculo que cuida a la persona afectada: el estrés por sobrecarga, posibles cuadros de depresión, deterioro del patrón del sueño y afectación de la vida cotidiana, son problemáticas muy prevalentes y relevantes; aquí la labor del profesional de enfermería debe ir orientada también a pesquisar posibles sobrecargas y conflictos, educar en los cambios esperados y generar las redes de apoyo necesarias, para el apoyo integral de la unidad familiar.

Dentro del enfoque preventivo que debemos adoptar, es importante educar a las personas mayores y sus familiares, sobre algunos eventos que muchas veces se interpretan erróneamente como cambios normales del envejecimiento y finalmente son síntomas tempranos de deterioro cognitivo.

Como comentario final, es importante decir que la demencia no le quita a la persona su condición de ser humano, ni su intrínseca dignidad; es la sociedad la que, a través de sus propias creencias y mitos, la que limita el ejercicio de los derechos de este colectivo humano, volviéndose un imperativo ético, el cambiar esta mirada tan negativa hacia las personas afectadas con este síndrome.

Referencias

1. Salech, F. Jara, R. Michea, L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes* 2012;23(1): 19-29.

2. Escobar A. Envejecimiento cerebral normal. *Revista Mexicana de neurociencia* 2001; 2 (4): 197-202.
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Demencia. [Internet]. 2017. [Consultado: 20 Octubre, 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
4. Ibañez A, Slachevsky A, Serrano C. Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencias, 2019; BID. 139p.
5. Ministerio de Salud. Adultos mayores afectados por Alzheimer y otras demencias. [Internet] 2011. [Consultado el 02 Octubre de 2019]. Disponible en : <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec58aae2e04001011fo17bae.pdf>
6. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. *Rev. Ch. Med. Int.* 2003; 41(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>
7. Escuela de medicina. Demencia. Universidad Católica de Chile [Internet], 2019. [Consultado el 12 Octubre de 2019]. Disponible en <https://medicina.uc.cl/publicacion/demencia/>
8. Cabrera M, Martínez R, Gutiérrez A, Hakim D, Pérez G. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia* 2014; 48(2): 508-518.
9. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Trastorno cognitivo y demencia en el adulto mayor. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2008.
10. Ministerio de Salud de Chile. AUGE 85 [Internet], 2019. [Consultado el 12 de Octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/plan-auge-85/>
11. Servicio de Salud de O´Higgins. Protocolo de Demencia. Protocolo de manejo en establecimientos de menor complejidad y deprivación a nivel especialidad. Rancagua: Servicio de Salud de la Región de O´Higgins, 2018.

- Disponible en: <https://www.saludohiggins.cl/wp-content/uploads/2018/06/DEMENCIA.pdf>
12. Centro UC Envejecimiento y regeneración CARE Chile. Compuesto derivado de hierba de San Juan activa la limpieza neuronal. [Consultado el 20 Octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.carechile.cl/compuesto-derivado-de-hierba-de-san-juan-activa-la-limpieza-neuronal/>
 13. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Mass M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, 3th Edición. España, editorial Elsevier; 2012.
 14. Grupo Metodología Enfermera o61 Aragón. Intervenciones de enfermería NIC de utilidad en la atención extrahospitalaria. Disponible en: <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>
 15. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

TRASTORNO DE LA TERMORREGULACIÓN

PATRICIA CÁRCAMO PAREDES

VALENTINA HERRERA LANAS

Generalidades

La temperatura corporal se mantiene en márgenes muy estrechos, regulada por una serie de mecanismos complejos coordinados en el hipotálamo anterior. Las alteraciones de la termorregulación engloban una serie de entidades en cuya sintomatología destaca la alteración de la temperatura corporal, sin que existan trastornos de los mecanismos de termorregulación¹.

La temperatura normal en el cuerpo es más baja en las personas mayores, que en los jóvenes. La temperatura media del cuerpo oscila entre 36°C y 36,8°C por vía oral y entre 36,6°C y 37,2°C en el recto. La temperatura rectal y la del canal auditivo son las más precisas y confiables de la temperatura corporal en personas mayores².

La capacidad de respuesta a las temperaturas frías, está reducida debido a vasoconstricción ineficiente, disminución del gasto cardíaco, disminución de la respuesta al escalofrío y reducción de la masa muscular y el tejido subcutáneo en la persona mayor. En el otro extremo, las diferencias de respuesta al calor se relacionan con deterioro en los mecanismos de sudoración y disminución del gasto cardíaco¹. En este apartado nos centraremos en la hipotermia, pues es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes de este grupo etario.

La hipotermia es una condición provocada cuando las pérdidas de calor superan la producción de calor. Produce un descenso en la temperatura central (axilar o inguinal). Con una temperatura de 35°C ya se habla de hipotermia, y según el grado de descenso, se clasifican en: leve (entre 35° a 32°C), moderada (entre 32° y 28°C) y severa bajo los 28°C ³. Hipotermias moderadas o severas requieren hospitalización^{3,4}.

La hipotermia accidental primaria es consecuencia de la exposición directa al frío de una persona previamente sana. La hipotermia accidental secundaria surge como complicación de una enfermedad general grave, y la tasa de mortalidad en este caso es mucho mayor³. Aunque en la mayoría de los casos la causa es multifactorial, se pueden establecer dos grandes grupos de factores etiológicos³:

1. Causas exógenas
 - Exposición prolongada al frío.
 - Inmersión en agua fría.
 - Caídas con permanencia prolongada en el suelo.
2. Causas endógenas:
 - Trastornos de la termorregulación asociados al envejecimiento.
 - Fármacos y tóxicos: etanol, barbitúricos, fenotiacinas, hipotensores, bloqueantes neuromusculares, antitiroideos, anestésicos.
 - Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo, cetoacidosis, acidosis láctica, uremia, encefalopatía de Wernicke, malnutrición, delírium tremens.
 - Trastornos neurológicos: accidentes cerebrovasculares, lesiones hipotalámicas, enfermedad de Parkinson, lesiones de la médula espinal.
 - Cuadros demenciales, delírium.
 - Trastorno multiorgánico: malnutrición, sepsis, shock.

- Quemaduras extensas y procesos exfoliativos cutáneos.
- Inmovilidad.

Aspectos para considerar desde las redes integradas en salud: servicios de urgencias

Es necesario tener en cuenta cuando se debe derivar a una persona mayor a un servicio de urgencias para el manejo de la termorregulación: hipotermias moderadas o severas siempre requieren hospitalización⁴.

Indiferente de la vía de ingreso de una persona mayor con hipotermia, ya sea al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), atención primaria o urgencia; todos los usuarios con hipotermia requieren valoración e ingreso hospitalario. Si la hipotermia es grave o profunda, deben ingresar en una unidad de cuidados intensivos, los criterios anteriormente mencionados se encuentran en la Tabla N° 1.

TABLA N° 1: TIPOS DE HIPOTERMIA

Categoría	Signos y síntomas	Medidas generales
Hipotermia leve	T° entre 32 y 35°C. Amnesia, apatía, disartria, alteración del comportamiento, taquicardia seguida de bradicardia progresiva, vasoconstricción, hipertensión, taquipnea, broncorrea y broncoespasmo, escalofríos, temblor, ataxia.	Medidas generales: a) Retirar ropa húmeda y aislar del frío al usuario/a, anotando la temperatura central y la hora de inicio de las medidas de calentamiento. b) Recalentamiento: Externo pasivo, se coloca al usuario/a en un ambiente cálido (T° > a 21°C) y se le cubre con mantas.

Categoría	Signos y síntomas	Medidas generales
Hipotermia moderada	T° entre 28 y 32°C. Disminución gradual del nivel de conciencia, midriasis, alucinaciones, bradicardia, arritmias auriculares y ventriculares, hipoventilación, ausencia de reflejos protectores de las vías respiratorias, hiperreflexia, desaparición de la capacidad de tiritar, rigidez.	Medidas generales: a) Recalentamiento: Externo activo, transferencia de calor se realiza mediante mantas eléctricas, aire caliente, bolsas de agua caliente o inmersión en agua caliente. b) El mayor riesgo es el descenso paradójico de la temperatura central. Por ello, para minimizar el enfriamiento paradójico, se debe recalentar antes el tronco que las extremidades.
Hipotermia grave	T° menor a 28°C. Coma (el electroencefalograma es plano por debajo de los 18°C), pérdida de los reflejos oculares, hipotensión, arritmias ventriculares, asistolia, edema pulmonar, apnea, oliguria extrema, arreflexia.	Medidas generales: a) Recalentamiento: Interno activo, se calienta antes el compartimento central que el periférico. b) Administración de aire caliente humidificado, perfusión periférica de líquidos intravenosos calientes y lavado por sonda nasogástrica o vesical con soluciones.

Fuente: Adaptación realizada a partir de, ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias; Vázquez Mascat⁵.

Acciones multiprofesionales: si se sospecha que la persona mayor, está viviendo en un espacio físico donde haya déficit de ciertas condiciones básicas como: calefacción eficaz, falta de ventanas, goteras o mal aislamiento, se debe hacer derivación a asistente social del Centro de Salud, para establecer acciones tendientes a activar redes comunales de ayuda.

Prácticas sociales, culturales y/o no institucionales en relación con el síndrome

Dentro de las prácticas culturales que se describen para limitar o manejar la hipotermia, encontramos el consumo

de alcohol en situaciones de bajas temperaturas, evitar salir del hogar en días en que las temperaturas al exterior de éste son bajas, la ida a la cama en un horario más temprano al habitual, el uso de leña o brasero para calefaccionarse, el uso de ropa y accesorios de lana, el consumo de mate e infusiones calientes además de mantenerse cercano a la calefacción o incluso el consumo de cierto tipo de alcoholes con el objetivo de “entrar en calor”.

Se debe tener presente que ante este tipo de práctica, debe sugerirse la disminución de la ingesta de alcohol, o el mantener un consumo de bajo riesgo, puesto que puede hacer más factible la aparición de caídas, o síndrome confusional agudo, debido a la descompensación de patologías, como por ejemplo, la diabetes mellitus.

Proceso de enfermería: aspectos relevantes en el examen físico y/o valoración general

La hipotermia puede ser producto de varios factores, como la exposición prolongada a temperatura ambiental fría, depresión del sistema nervioso central, por uso de medicamentos o también cambios fisiológicos al envejecer. Algunas manifestaciones características de la hipotermia son⁵:

- Temperatura corporal baja y piel pálida: debido a la vasoconstricción periférica, que ayuda a mantener la temperatura central, evitando el paso de la sangre por la superficie corporal.
- Pulso lento: secundario a la vasoconstricción.
- Respiraciones lentas: secundarias a la depresión de la ventilación.
- Piloerección: respuesta motora, producto de la contracción de los folículos pilosos.

- Escalofríos temblor, castaño de los dientes: el centro promotor de calor, estimula partes del encéfalo que incrementan el tono muscular con el objeto de generar calor.
- Sensación incómoda de frío, adormecimiento de las extremidades: secundario a la disminución de la perfusión tisular periférica.
- Pérdida de la sensibilidad: la falta de irrigación sanguínea ocasiona sensaciones de hormigueo y entumecimiento progresivo.
- Pérdida de la conciencia: la falta de irrigación sanguínea produce un estado progresivo de somnolencia, hasta llegar al coma y después la muerte, si la causa de la hipotermia no es tratada a tiempo.
- Disminución de la diuresis: inicialmente aparece poliuria, ya que el frío disminuye la respuesta tubular a la vasopresina u hormona antidiurética, en fases posteriores disminuye la perfusión renal.
- Pérdida de la coordinación muscular: tras la primera fase de escalofríos se produce rigidez muscular, y debido al aumento de la viscosidad del líquido articular, disminuye la flexibilidad de las articulaciones.
- Aparición de alteraciones electrocardiográficas: es posible que aparezca bradicardia por la disminución de la despolarización espontánea del nodo sinusal y disminución del gasto cardiaco.

Valoración de enfermería según dominios más comprometidos en el trastorno de termorregulación: hipotermia

A continuación, se presentará la valoración por dominios NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que

se relacionan con el trastorno de termorregulación: hipotermia, además algunas etiquetas diagnósticas de enfermería, intervenciones y/o actividades que pueden presentarse con frecuencia en esta condición de salud⁷⁻⁹:

Dominio 11: Seguridad / Protección

Valorar signos vitales (FC, T°, P/A, FR y Sat O₂); valorar el estado de conciencia; examen físico; estado nutricional; estado de la vivienda; nivel socioeconómico.

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y/o actividades y ejemplos de parámetros de evaluación

Etiquetas: 00006 Hipotermia, 00008 Termorregulación ineficaz, 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Intervenciones / actividades

1. Valorar signos vitales
 - Controlar cada 30 minutos, presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
 - Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
 - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
 - Observar la presencia y calidad de los pulsos.
 - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
 - Observar si hay relleno capilar normal.
2. Trasladar al usuario a un ambiente cálido: para favorecer el incremento de calor por convección.
 - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del usuario, en caso de que se altere la temperatura corporal.
 - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del usuario.
 - 3. Mantener las extremidades cerca del tronco: para estimular la producción de calor por conducción.
 - 4. Cubrir la cabeza con un gorro o turbante: para evitar la pérdida de calor por los grandes poros.
 - 5. Enseñar al usuario, especialmente a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.
 - 6. Administrar soluciones fisiológicas templadas por vía intravenosa: produciendo un calentamiento directo de la sangre.
 - 7. Administrar líquidos calientes por vía oral: para aumentar el calor de los órganos abdominales y mejorar la perfusión (observar estado de conciencia previa a la posible administración por esta vía).
 - 8. Aplicar mantas y/o compresas calientes: para favorecer el incremento de calor por conducción e irradiación.
 - Observar el color y la temperatura de la piel.
 - Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.
 - Favorecer ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
 - Utilizar colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.
 - Controlar la ingesta de alimentos/ líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.
- Ejemplos de parámetros de evaluación:
- Temperatura corporal sobre los 35°C.
 - Cambios en la coloración cutánea.
 - Comodidad térmica referida por el usuario.

Ejemplo de gestión del cuidado en el trastorno de la termorregulación

Carlos de 80 años, acude a Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) con enfermera, sin compañía, inasistente a 3 controles anteriores. Al entrar al box se puede apreciar pálido, pero de buen ánimo. Durante la entrevista comenta que no asiste a controles porque siente mucho frío cada vez que debe salir de su casa ya que vive en el campo, hacia interior y debe caminar unos kilómetros para llegar a la parada del bus y varias veces se ha mojado con la lluvia. Además, desde que comenzó la temporada de invierno tiene miedo de ir al Centro de Salud Familiar (CESFAM) y contraer alguna enfermedad respiratoria.

Es viudo hace 5 años, nunca quiso ir a vivir con alguno de sus hijos, por lo que vive solo con sus animales, recibe visitas de su hijo y nietos cada 2 semanas. Refiere sentirse un poco solitario, débil, con escalofríos.

A la valoración se aprecia lo siguiente: respiración lenta y poco profunda, piel fría y pálida; llene capilar de 6 segundos; signos vitales: PA: 83/58 mmHg; FC: 58 lpm; FR: 13 rpm; T° axilar: 34,5°.

Al pesquisar esta alteración de los signos vitales, se decide suspender el EMPAM y mejorar la hipotermia.

Diagnóstico: 00060 Hipotermia R/C T° ambiental baja M/P bradicardia, hipotensión, llene capilar disminuido, palidez, T° axilar 34,5°C (hipotermia leve).

Objetivo: Aumentar temperatura corporal evidenciado en temperatura superior a 35°, mediante acciones multiprofesionales, en 1 hora.

Intervención: Aumentar la T° corporal dentro de rangos normales

Actividades

9. Acondicionar el box de atención, aumentando la temperatura.
10. Monitorizar signos vitales.
11. Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
12. Observar si se presentan síntomas asociados con la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio del color de la piel.
13. Ofrecer bebida caliente para aumentar la temperatura corporal, en caso de que el estado de conciencia lo permita.
14. Derivar a SAPU si T° axilar no aumenta sobre 35°C.
15. Educar sobre la importancia del uso de capas en la vestimenta para evitar la pérdida de calor.

Evaluación

- Logrado: usuario aumentó T° en 0,5 °C en 1 hora (a corto plazo).
- Medianamente logrado: usuario aumentó T° en 1 °C en 2 horas (mediano plazo).
- No logrado: usuario logra T° corporal normal en 4 horas (largo plazo).

La baja de temperatura corporal en la persona mayor, se produce por varios factores; la disminución de la masa muscular, de la actividad física, el aumento del umbral de sensación de frío, que retrasa la aparición del temblor, lo que se acompaña además de una reducción de la intensidad de otros mecanismos de compensación. Otros factores sociales relevantes que también pueden estar implicados como una menor ingesta alimentaria, ya sea por disminución de necesidades o por falta de recursos económicos, por problemas psicológicos o por dificultades para realizar actividades de la vida diaria como prepararse sus propios alimentos. Incluso, el uso de algunos

fármacos puede interferir con la termorregulación normal. Sin embargo, el factor de mayor relevancia es la exposición prolongada al frío, que es frecuente en personas mayores que viven solos, sin calefacción o con deterioro físico o mental que les impide utilizarla.

Los profesionales de enfermería tienen un rol muy importante, tanto en la detección como en el manejo de este síndrome, pues en el cuadro de mayor severidad como la hipotermia grave, la mortalidad puede superar el 50%. Un aspecto relevante, que surgió de la realización de este trabajo, es que, a partir del análisis de la información disponible en nuestro país, se devela la urgente necesidad de elaborar protocolos y registros de enfermería sobre este trastorno, que permita ofrecer cuidados de calidad a las personas en riesgo de sufrir de hipotermia.

Referencias

1. Lizarralde E, Gutiérrez A, Macías M, Martínez M. Alteraciones de la termorregulación. Red de salud de Cuba. [Internet]; 2000 [Consultado el 27 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anes-tesiology/alteraciones_termoregulacion.pdf.
2. Charlotte E. Enfermería gerontológica. 3° ed. A, editor. Barcelona, España: Wolter Kluwer Health, 2014.
3. Pallardo B. Alteración de constantes vitales: fiebre, hipotermia, hipotensión, oliguria. En: Tratado de geriatría para residentes. España: Sociedad Española de geriatría y gerontología, 2017.
4. Cortés C. Geriatría- Hipotermia [Internet] 2017. Universidad de Chile, Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-pa->

- ra-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/geriatria/316-1-07-1-011
5. A. Ceyalane. Unidad didáctica 5: Cuidados de enfermería a personas con problemas de termorregulación [internet] 2018, Universidad de Guanajuato. [Consultado el 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-cuidados-de-enfermeria-a-personas-con-problemas-de-termoregulacion/>
 6. Vázquez A, Charlín G, Aguirre J. Hipotermia en Urgencias Extrahospitalarias. Cuadernos de atención primaria 2013; 19: 147-149.
 7. Enfermería actual. Dominios y Clases - Temas de Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. [Consultado el 21 Oct 2019]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-y-clases/>.
 8. Grupo Metodología Enfermera 061 Aragón. Manual Intervenciones de Enfermería NIC de Utilidad en la Atención Extrahospitalaria. 2015 [Consultado el 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>
 9. Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- AINE: Antiinflamatorios no esteroideos.
- APS: Atención Primaria en Salud.
- AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas.
- CAE: Consultorio Adosado de Especialidades. Son unidades ambulatorias que hacen parte de la red de alta complejidad en Chile.
- CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar.
- CESFAM: Centro de Salud familiar.
- CONADI: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.
- DM: Diabetes Mellitus.
- EFAM: Evaluación Funcional de Adultos Mayores.
- ELEAM: Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores.
- EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- ENA: Escala Numérica Abreviada.
- GES: Garantías Explícitas en Salud.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina.
- IMAO: Inhibidores de la Monoamino Oxidasa.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.
- ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.
- LPM: Latidos por Minuto.
- MINSAL: Ministerio de Salud.
- MMSE: *Mini Mental State Examination* (evaluación abreviada del estado mental).
- MNA: *Mini Nutritional Assessment* (valoración nutricional abreviada).
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PACAM: Programa de Alimentación Complementaria para Adultos Mayores.

RIS: Redes Integradas de Servicios de Salud.

RPM: Respiraciones por minuto.

SAMU: Servicio de Atención Médica de Urgencias.

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencias.

SENAMA: Servicio Nacional para el Adulto Mayor.

TEU: Test de Estación Unipodal.

TUG: *Test timed up and go.*

ESTE LIBRO HA SIDO POSIBLE GRACIAS AL TRABAJO DE

Autoridades Universidad de Los Lagos

Óscar Garrido Álvarez, Rector Universidad de Los Lagos

Oscar Díaz Carrasco,

Vicerrector de Investigación y Postgrado

Sandra Ríos Núñez, Directora de Investigación

Consejo Editorial

Gonzalo Delamaza Escobar, Doctor en Sociología

Diana Kiss de Alejandro, Magíster en Comunicación

Patrick Puigmal, Doctor en Historia

Nicole Fritz Silva, Doctora en Actividad Física

y Deporte con mención internacional

Jaime Rau Acuña, Doctor en Ciencias Biológicas

Gonzalo Miranda Hiriart, Doctor en Salud Pública

Mita Valvassori, Doctora en Literaturas Comparadas

Andrea Minte Müzenmayer, Doctora en Educación

Ricardo Casas Tejeda, Doctor © en Ciencias Humanas

Comité Editorial Especializado Salud

y Bienestar Humano

Nicole Fritz Silva, Doctora en Actividad Física y Deporte

con mención internacional

Silvana Trunce Morales, Magíster en Gestión pública

y Desarrollo Local y Regional

Catalina Valdés Mena, Magíster en Neurociencias

Pedro Villasana López, Doctor en Ciencias Médicas

Comité Editorial

Ricardo Casas Tejeda, Director
Gabriela Balbontín Steffen, Editoria
Alexis Hernández Escobar, Diseñador

Área de Administración

Daisy Ovando Millan, Secretaria Vicerrectoría
de Investigación y Postgrado
Cecilia Cárdenas Garcés, Profesional de Apoyo
de la Dirección de Investigación
Cristina Navarro García, Jefa Unidad Logística,
Adquisiciones y Bodega
Alejandro Jiménez Alvarado, Encargado de página web

Desde el Sur

cultivamos saberes, cosechamos libros

Este libro se terminó de componer en la primavera de 2022. En su formación se utilizaron las fuentes Chercán, de Francisco Gálvez en su variante negra y gris para títulos y Berenjena de Javier Quintana para el texto en sus variantes fina, fina italic y negra. En el interior se utilizó papel Bond Ahuesado de 80 g y Couché Opaco de 300 g para la tapa. Su encuadernación es rústica, costura al hilo y entape hotmelt. Para esta edición se imprimieron xxx ejemplares. Desde el Sur cultivamos saberes, cosechamos libros
editorial@ulagos.cl editorial.ulagos.cl

Cochrane 1070

Osorno

