



Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado

Nursing care management in the elderly hospitalized

Cynthia Coltters^{a✉}, Macarena Güell^b, Alejandra Belmar^c

^a Enfermera Jefe, Unidad de Cuidado del Adulto Mayor, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^b Gerente de Enfermería, Clínica las Condes. Santiago, Chile

^c Enfermera Líder Programa de Buenas Prácticas en Enfermería, Clínica las Condes. Santiago, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 26 08 2019.

Aceptado: 18 11 2019.

Palabras clave:

Adulto mayor, hospital, prevención, enfermería basada en evidencia, equipo interdisciplinario.

Key words:

Elderly, inpatient, prevention, evidence-based nursing, health team, interdisciplinary.

RESUMEN

La Gestión del Cuidado en Enfermería en las personas mayores es todo un desafío para la profesión en la actualidad. Cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) proyectan un porcentaje de población mayor de 65 años para el año 2035 de hasta un 19%, lo que implica planificar y coordinar la entrega de cuidados interdisciplinarios seguros, especializados y de calidad a este grupo etareo, considerando los riesgos y necesidades especiales de las personas mayores y de su entorno.

Durante la hospitalización, características intrínsecas del envejecimiento, sumado a factores extrínsecos relacionados a la terapia o procedimientos, además de los procesos propios de la organización, podrían elevar la frecuencia de incidentes, lo que podría a su vez, aumentar la estadía hospitalaria y la ocurrencia de complicaciones. La prevención de eventos adversos durante la hospitalización de los pacientes mayores de 65 años se basa en las siguientes cinco estrategias: Identificación del riesgo, trabajo interdisciplinario, estrategias preventivas prácticas, capacitación continua y supervisión.

El siguiente manuscrito tiene como objetivo describir las principales estrategias de gestión de riesgo en enfermería para el adulto mayor, que permitan evitar complicaciones y conservar su nivel de funcionalidad durante el proceso de hospitalización en la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica las Condes.

SUMMARY

Nursing Care Management in the elderly is a challenge for the profession today. Figures provided by the National Statistics Institute (INE) project a percentage of the population over 65 years of age up to 19% by 2035, which implies planning and coordinating the delivery of safe, specialized and quality interdisciplinary care to this group, considering the risks and special needs of the elderly and their environment.

During hospitalization, intrinsic characteristics of aging coupled with extrinsic factors related to therapy or procedures, in addition to the organization's own processes, could increase the frequency of incidents, which could, in turn, increase hospital stay and the occurrence of complications. The prevention of adverse

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: ccoltters@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.009>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



events during hospitalization of patients over 65 years of age is based on the following five strategies: Risk identification, interdisciplinary work, practical preventive strategies, continuous training and supervision. The following manuscript aims to describe the main nursing risk management strategies for the elderly, which allow avoiding complications and maintaining their level of functionality during the hospitalization process in the Elderly Care Unit of Clínica las Condes.

GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ASPECTOS INTRODUCTORIOS

La enfermería como actividad, según los historiadores, ha existido desde el inicio de la humanidad, considerando que dentro de la especie humana siempre se han encontrado personas incapaces de valerse por sí mismas y que requieren de cuidados específicos¹.

En el continuo del tiempo, la enfermería ha evolucionado en su conformación, avanzando hacia un trabajo sistemático, basado en el método científico, el cual le ha permitido generar su propio marco de acción denominado "Proceso de Atención de Enfermería" (PAE), definiéndola, como una disciplina dentro del ámbito sanitario.

La disciplina de enfermería, según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se define como la ciencia que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas, en su vertiente curativa y paliativa²; definición que ha sido compartida con otros organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴. En resumen, el cuidado es el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera, el que la hace diferente a otras disciplinas y la cual le confiere valor en sí mismo⁵.

De manera global, diversas organizaciones han velado por fortalecer estrategias que permitan asegurar la fuerza laboral de enfermería⁶, colocando en sus manos la gestión del cuidado de las comunidades con el objetivo de mejorar la promoción de la salud, recuperarlos de la enfermedad y rehabilitar en caso que sea necesario. A nivel local, en el año 1997, la sociedad chilena en su conjunto reconoce que el problema social que resuelven las enfermeras(os) es esencial y transversal a todas las etapas de la vida del ser humano, desde el nacimiento hasta su muerte⁵. Es en ese contexto que la ley N° 19.536³⁰, incorpora al Código Sanitario, en el libro V: "De la medicina y las Profesiones afines", artículo 113, inciso cuarto, el rol social de las enfermeras como profesión, dando cuenta de que: "Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promo-

ción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente"⁷. Este hito, le permite a la profesión enfermera realizar la función de "Gestión del Cuidado" de forma autónoma, con carácter exclusivo y excluyente.

De manera posterior, la consolidación de esta función trascendental para enfermería en nuestro país, se materializó a través de la inserción de la Gestión del Cuidado en las organizaciones de los servicios de salud dependientes del estado, a través del artículo 1° N°22 de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, mediante el cual se incorporan normas que establecen estructuras específicas a las instituciones de salud y que, exigen como mínimo, la constitución de "Subdirecciones de Gestión del Cuidado" en cada centro⁵.

Transcurridos 10 años de este punto, es dictada la Norma N°19 General Administrativa del Ministerio de Salud, sobre "Gestión del cuidado en la atención cerrada, establecimientos de alta y mediana complejidad", herramienta que viene a establecer las normas generales para implementar activamente el "Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería" en todos los establecimientos de mediana y alta complejidad del país, otorgando la histórica oportunidad de que la profesión pueda demostrar que cuenta con las competencias idóneas para asumir los desafíos legalmente conferidos por el Gobierno⁸.

Sin duda, la Gestión del Cuidado de Enfermería en las distintas etapas del ciclo vital es todo un desafío, considerando los cambios que ha sufrido el perfil epidemiológico de Chile durante las últimas décadas. Del predominio de enfermedades infecciosas y materno infantiles durante la década de los 60, el país ha migrado a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y problemas de salud mental durante la década de los 90⁹, patologías que además se presentan en la actualidad en una población más envejecida con características de atención específicas muy diferentes a las planteadas en los modelos de promoción, tratamiento y rehabilitación impulsados por el Ministerio de Salud en épocas anteriores. Cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) proyectan un 11,8% de población mayor de 65 años para 2019, mientras que esta cifra aumentaría a casi un 19% para

el año 2035¹⁰. Esto entrega un inmenso desafío al estamento de enfermería, debiendo planificar y coordinar la entrega de cuidados interdisciplinarios seguros, especializados y de calidad a este grupo, considerando los riesgos y necesidades especiales de las personas mayores y de su entorno.

GESTIÓN DE RIESGOS EN LA PERSONA MAYOR HOSPITALIZADA: UN MODELO SISTEMÁTICO

Identificación de riesgos

Dentro de las acciones intrínsecas contenidas en el rol de "Gestión del Cuidado" en Enfermería, se encuentra la "Gestión de Riesgos", un modelo de trabajo sistematizado que, tras la identificación de riesgos clínicos y su análisis, permiten adoptar medidas preventivas o correctivas, basadas en la mejor evidencia disponible, y destinadas a evitar la aparición de daño secundario derivado de los riesgos clínicos asociados a la atención sanitaria¹¹.

Durante un proceso de hospitalización, los riesgos potenciales de que un evento adverso se presente dependerán de: factores propios del paciente (intrínsecos), factores asociados a la terapia o procedimientos (extrínsecos), y factores relacionados con los procesos propios de la organización.

En los adultos mayores, el conocimiento de las características propias del envejecimiento permitiría comprender los riesgos a los que esta población pudiese verse expuesta sólo por condiciones intrínsecas durante un proceso de hospitalización, los cuales prolongan los días de estada y los costos más allá del curso natural de la patología¹² (Tabla 1).

Dentro de los riesgos extrínsecos generados por la atención de enfermería, y los factores relacionados con los procesos propios de la organización, los potenciales daños que se pudiesen generar en la atención del adulto mayor, van dirigidos hacia la pérdida del grado de funcionalidad, presencia de delirium y aparición de riesgos inherentes al ámbito hospitalario como generación de lesiones de piel, caídas e infecciones asociadas a la atención de salud, eventos que pudiesen provocar daño a largo plazo llevando a la dependencia física y cognitiva permanente de este grupo¹².

A continuación se describen las principales características de los riesgos descritos:

Funcionalidad

No sólo la disminución de la fuerza y masa muscular, ni la reducción de la capacidad aeróbica, que se presentan de manera fisiológica en las personas mayores, pueden contribuir a la pérdida de funcionalidad durante una hospitalización. Estudios holandeses han descrito que entre un 47% hasta un 70% de los pacientes mayores de 60 años pueden ser considerados de alto riesgo para presentar deterioro funcional durante

la estadía en el hospital, relacionándose con: el diagnóstico de ingreso, deterioro cognitivo previo, bajo nivel de actividad social, edad y factores intrahospitalarios como reposo prolongado, larga estancia y rehabilitación tardía¹³. Estudios realizados en nuestro país, muestran resultados muy similares a los descritos. En 2013, la Unidad Geriátrica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, realizó un estudio retrospectivo que incluyó dentro de su análisis factores de riesgo durante la hospitalización tales como uso de fármacos, manejo hospitalario, capacidad funcional y presencia de *delirium*. Dentro de sus resultados, el paciente adulto mayor que requiere de una estadía en el hospital perdería un 78,5% de su capacidad funcional durante este proceso¹⁴.

Intervenciones de carácter interdisciplinar, las cuales incluyan rehabilitación motora temprana y ejercicio físico, son las más recomendadas para evitar la pérdida de funcionalidad en el adulto mayor durante la hospitalización¹⁵.

Delirium

El *Delirium* es definido por el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) en su quinta edición, como una "alteración en la atención y conciencia, que se desarrolla de manera aguda y tiende a fluctuar"¹⁶. Esta afección es extremadamente frecuente en pacientes adultos mayores hospitalizados. Estudios publicados por Marcantonio¹⁶, han descrito que a lo menos un tercio de los pacientes mayores de 70 años tienen *delirium*, presentándose en la mitad de ellos a la admisión de la hospitalización, mientras que la otra mitad lo desarrolla durante este proceso. Además, el *delirium* suele presentarse en pacientes adultos mayores posterior a la realización de una cirugía (entre un 15 a 25%), durante la estadía en unidades de paciente crítico en donde se combina con la aparición de estupor y coma alcanzando un porcentaje mayor al 75%, y durante las atenciones en las unidades de Emergencia alcanzando entre un 10-15%¹⁶.

Los factores de riesgo que predisponen la aparición de *delirium*, han sido clasificados en dos grupos: predisponentes y precipitantes. Dentro del primer grupo se encuentran adultos mayores de edad avanzada, con presencia de discapacidades funcionales y coexistencia de otras condiciones patológicas. Dentro de los factores precipitantes, se encuentran pacientes de sexo femenino, presencia de visión y audición deteriorada, síntomas depresivos en curso, anormalidades de laboratorio, presencia de deterioro cognitivo leve y abuso de alcohol. Durante la hospitalización, otros factores como la administración de cierto tipo de fármacos (hipnóticos, anticolinérgicos, sedantes, anestesia), realización de cirugía, dolor, anemia, infecciones, enfermedades graves y exacerbaciones de enfermedades crónicas, han sido descritos como factores precipitantes para la generación de *delirium* en el adulto mayor hospitalizado, lo que pudiese conllevar a un aumento de las complicaciones, mayor

Tabla 1. Principales características fisiológicas del envejecimiento y probables consecuencias asociadas durante la hospitalización

CATEGORÍA	CAMBIOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS AL ENVEJECIMIENTO	PROBABLES CONSECUENCIAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
Musculatura y capacidad aeróbica	-Reducción de masa y fuerza muscular asociado a la reducción de movilidad propiciada por la edad. -Disminución de la capacidad aeróbica propiciada por la reducción en el uso de oxígeno periférico.	-Pérdida de funcionalidad. -Factor de encamamiento prolongado. -Caídas.
Estabilidad vasomotora	-Alteraciones en función autonómica relacionadas con pérdida de sensibilidad de barorreceptores. -Disminución en el volumen de agua corporal y plasma.	-Incremento en aparición de síncope. -Deshidratación.
Función respiratoria	-Reducción de expansión de la caja torácica relacionado con calcificación costo condral y disminución de la fuerza de la musculatura. -Aumento de la capacidad residual la cual ocupa una gran proporción pulmonar. -Reducción de la presión arterial de oxígeno.	-Insuficiencia pulmonar. -Confusión por reducción de la presión de oxígeno.
Desmineralización	-Aceleración de la pérdida de mineral óseo posterior a la menopausia.	-Fracturas, especialmente de caderas. -Caídas.
Incontinencia urinaria	-Reducción de la capacidad de la vejiga. -Hipertrofia prostática. -Relajación del piso pelviano y atrofia vaginal. -Incremento en contracciones involuntarias del músculo detrusor.	-Incontinencia funcional. -Necesidad de uso de catéteres urinarios y otras ayudas de descarga de manera permanente.
Integridad de la piel	-Adelgazamiento de epidermis y dermis. -Reducción de la vasculatura de la piel. -Disminución en el recambio epidérmico. -Pérdida de grasa subcutánea.	-Lesiones por presión. -Desarrollo de infecciones.
"Continencia" sensorial	-Desarrollo de presbicia y otros problemas visuales. -Desarrollo de hipoacusia.	-Confusión. -Desarrollo de <i>delirium</i> .
Estado nutricional	-Alteración en la percepción de gustos y olores. -Cambios en la dentición. -Pérdida de sensación de sed.	-Malnutrición. -Deshidratación.

tiempo de estadía en el hospital y requerimiento de cuidados permanentes post alta¹⁶.

La gestión del cuidado de enfermería para pacientes con *delirium* debe incorporar la aplicación de estrategias de control de la medicación indicada al adulto mayor hospitalizado, idealmente creando protocolos de sueño sin inducción farmacológica y disminuyendo la administración de fármacos de riesgo para la producción de *delirium* tales como benzodiazepinas, analgésicos opioides, anticolinérgicos y anticonvulsivantes entre otros. De igual forma, el manejo del ambiente debe considerar la orientación y la reducción de la privación sensorial a través de la incorporación de calendarios, relojes,

una adecuada iluminación y el uso de ayudas como anteojos y audífonos si corresponde. El aporte de los miembros de la familia debe ser considerado desde el inicio de la hospitalización. El personal de enfermería debe educar a los responsables del cuidado del paciente para que estos proporcionen orientación constante y animen al paciente a mantenerse activo¹⁶.

Riesgos inherentes al ámbito hospitalario

Algunos de los riesgos que se confieren al adulto mayor durante su hospitalización, se relacionan con presencia de caídas y lesiones de piel asociadas al reposo en cama. Algunos datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a las caídas, dan cuenta de aproximadamente

646.000 muertes anuales debido a este evento, considerando que el grupo etario más afectado son los mayores de 65 años. Además, se estima que entre un 2 a un 12% de estas personas sufrirán una caída durante un proceso de hospitalización, siendo un 75,7% a 85% de las veces dentro de la habitación o en espacios cercanos a la cama del paciente¹⁷.

En cuanto a la generación de lesiones de piel, los adultos mayores se ven especialmente afectados por el resultado de un conjunto de factores, entre ellos se encuentran el encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas e incontinencia, entre otras¹⁸.

El manejo del entorno hospitalario es otro factor de riesgo que debe ser gestionado por el personal a cargo de entregar los cuidados, con la finalidad de no deteriorar la capacidad funcional del adulto mayor. Paradigmas como las camas en posición alta para conveniencia del personal, el uso de barandas en alto casi en la totalidad del tiempo y la restricción de movilización del paciente, deben ser abolidos con la finalidad de evitar caídas con lesión, pérdida de capacidad funcional, trastornos cognitivos y probable dependencia posterior al alta¹².

GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. EXPERIENCIA UNIDAD DE CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR CLÍNICA LAS CONDES

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno que lejos de retroceder, ha llegado para instaurarse. Ante la mayor proporción de adultos mayores y su alta demanda por servicios de salud que permitan la recuperación de la enfermedad, pero a la vez la rehabilitación y la mantención de las capacidades funcionales, es que diversos países han desarrollado una red de niveles asistenciales que le permitan al paciente senescente cumplir estos objetivos¹⁹. Si bien la atención a ancianos ha estado presente desde la época medieval, no fue hasta 1940 donde Marjorie Warren, catalogada como la “Madre de la Geriátrica”, instaura lo que se conoce como la primera Unidad Geriátrica de Agudo (UGAs) al estratificar los cuidados de los pacientes clasificándolos entre sanos, enfermos, jóvenes y viejos²⁰. Posterior a este hito, comienza la conformación de las UGAs actuales, en donde el trabajo interdisciplinar del equipo sanitario toma relevancia y se posiciona en Inglaterra y otros países europeos para luego ser aplicado en Estados Unidos y Canadá¹⁹.

En nuestro país, la realidad local nos indica que los egresos hospitalarios asociados a personas mayores van en aumento. En el año 2013 correspondía al 19,9% del total de egresos hospitalarios registrados y en la medición realizada entre enero y abril del 2018 corresponde a un 22,4%, con un promedio de estancia media de 9,89 días²¹. Bajo este contexto, sumado a la transición

demográfica que vive actualmente nuestro país, la creación de UGAs se ha ido consolidando progresivamente dentro del sistema sanitario tanto público como privado. Estas unidades se basan en la instauración de un modelo de atención geriátrica integral, en donde se propone el abordaje de la persona mayor y su entorno desde una perspectiva multidimensional y con un trabajo interdisciplinario, logrando que el proceso de hospitalización genere el menor daño posible al adulto mayor²².

En mayo de 2018, Clínica Las Condes (CLC), abre a la comunidad un concepto nuevo de hospitalización en las clínicas privadas a nivel nacional, la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM), la cual cuenta con 14 camas, apoyo de un staff de médicos geriatras, infraestructura y personal idóneo para la realización del cuidado y rehabilitación de las personas mayores hospitalizadas²³. A más de un año desde su apertura, el perfil de los pacientes atendidos en la unidad posee una mediana de 80 años, un promedio de 3,2 días de estada, y un 54% de hospitalizaciones por causas no quirúrgicas.

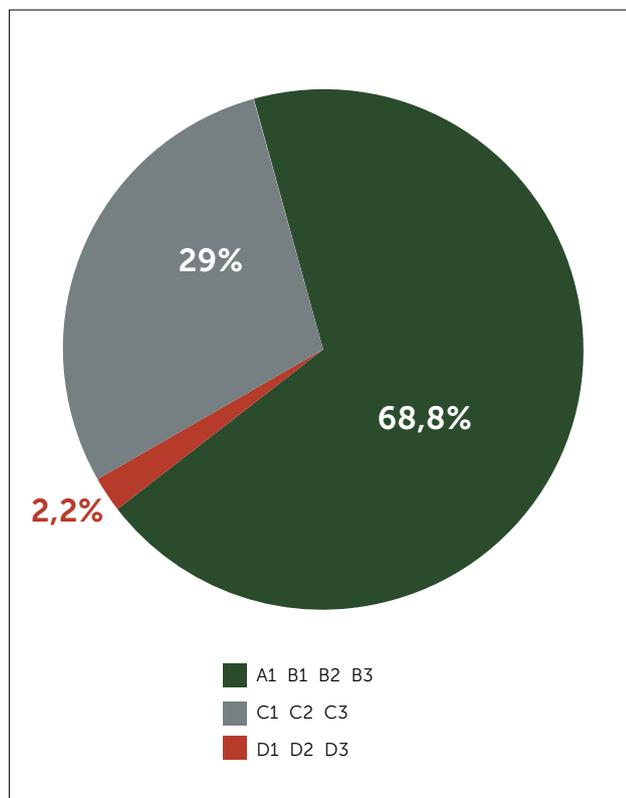
El nivel de dependencia de los usuarios atendidos en la unidad, es determinado a través de la utilización de la herramienta de categorización de usuarios por riesgo dependencia (CUDYR) creada por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 1995 y exigida a nivel nacional por el Ministerio de salud de Chile (MINSAL) desde el año 2008²⁴. Para la unidad de Cuidados del Adulto Mayor, el nivel más frecuente de dependencia pesquisado ubica a los pacientes en la clasificación C2 (mediano riesgo y dependencia parcial) con un 39,1%. Sin embargo, un 17,1% de sus pacientes es catalogado con un nivel de riesgo dependencia de B1 (alto riesgo y dependencia total), aumentando el grado de dependencia en las actividades, y consecuentemente los riesgos del paciente de sufrir un evento adverso durante su hospitalización (Figura 1).

Desde esta perspectiva, la gestión del cuidado en el adulto mayor hospitalizado en UCAM, ha sido basada en los siguientes 5 pilares de atención:

1. Detección de riesgos presentes o potenciales en la persona mayor hospitalizada

Recomendaciones de práctica como las generadas por la “Registered Nurses Association of Ontario” (RNAO), refieren con nivel de evidencia IA, comenzar la gestión de riesgos en los adultos mayores con una valoración completa de los mismos, utilizando para ello herramientas validadas apropiadas para la persona y el entorno médico actual²⁵. Dentro de los principales riesgos pesquisados en los pacientes atendidos en UCAM, un 63,3% tiene riesgo moderado o alto de desarrollar lesiones de piel (Figura 2) y un 72,4% de los pacientes admitidos poseen riesgo de sufrir caídas durante la atención (Figura 3). En este contexto, la presencia de caídas en el adulto mayor hospi-

Figura 1. Distribución de categorización de Riesgo-Dependencia de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica Las Condes 2018-2019

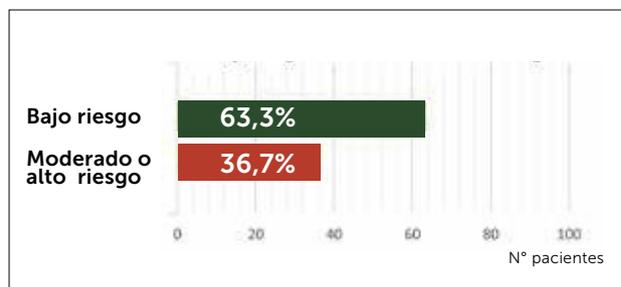


*Sistema de categorización de usuarios medido a través de escala CUDYR. Fuente: Unidad de Bioestadística, Dirección Médica, Clínica las Condes.

talizado es uno de los primeros ítems a manejar. Escalas de valoración de riesgo como la escala de Morse, J.H Downton, evaluación de riesgo de caídas de Schmid y el modelo de riesgo de caídas de Hendrich, entre otras²⁶, han sido desarrolladas para guiar las acciones de enfermería hacia la prevención de estos eventos. De la misma forma, escalas como Braden, Norton, Waterlow y Emina, han sido descritas para la valoración del riesgo de lesiones por presión, mientras que la valoración geriátrica en cuanto al ítem funcionalidad, es realizada a través de la aplicación de escalas que tienen por objetivo determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de forma independiente²⁷. Algunos de las más utilizadas para este fin, son el Índice de Katz, el Índice de Barthel y la escala funcional de la Cruz Roja.

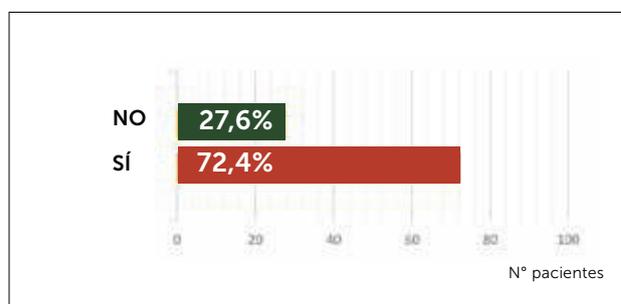
Para afecciones tales como el *delirium*, la valoración es realizada a través del score diagnóstico de CAM (*Confusion Assessment Method*), herramienta que, a través de la aplicación de pruebas objetivas no verbales, valora los siguientes 4 criterios para definir la presencia o la ausencia del *delirium*: inicio agudo

Figura 2. Riesgo de lesiones por presión (LPP) según escala de BRADEN en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica Las Condes 2018-2019



Riesgo de lesiones de piel medido a través de escala de Braden. Fuente: Unidad de Bioestadística, Dirección médica, Clínica las Condes.

Figura 3. Riesgo de caídas según escala de Downton en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica Las Condes 2018-2019



Riesgo de caídas medido a través de escala de Downton. Fuente: Unidad de Bioestadística, Dirección médica, Clínica las Condes.

o el curso fluctuante de la alteración del estado mental, inatención, pensamiento desorganizado y el estado de consciencia alterado. Para diagnosticar el *delirium* con esta herramienta se requiere cumplir con los 2 primeros criterios y con alguno de los 2 últimos. Para cumplimentarla son necesarios sólo 2 a 3 minutos y requiere de poco entrenamiento²⁸.

Complementado con la valoración de riesgos, la evidencia científica reciente ha recomendado incorporar en estas evaluaciones el juicio clínico del profesional a cargo del adulto mayor, ya que a través de su uso pueden ser pesquizados riesgos propios de la atención que tan solo con la aplicación de un *score* no son visualizables²⁵. Otro de los puntos importantes a recalcar en la valoración de los riesgos utilizando una herramienta validada en conjunto con la aplicación del juicio clínico, tienen que ver con la periodicidad de la misma. Esta valoración debe ser realizada no sólo al ingreso del adulto mayor al hospital, sino también en caso de traslado a otra unidad y tras cualquier cambio en su estado físico o mental, o a intervalos regulares de tiempo²⁹.

En la práctica diaria, el equipo de UCAM gestiona los riesgos de los adultos mayores a través de la medición de la escala de Braden, escala de Downton e índice de Barthel al ingreso del paciente a la unidad. Las dos primeras escalas, además son medidas una vez cada 24 horas por el equipo de enfermería y cada vez que el paciente lo requiera. La valoración de CAM para pesquisa de *delirium* es medida de forma diaria.

La categorización por riesgo dependencia es realizada cada 24 horas, permitiendo gestionar la carga de trabajo de enfermería y redistribuir los recursos según corresponda.

2. Trabajo interdisciplinar

Otro de los pilares identificados para la reducción de riesgos durante la hospitalización del adulto mayor, tienen que ver con la relación del equipo de salud que entrega los cuidados. La interacción entre médicos, personal de enfermería y de otros profesionales de la salud que interactúan con el paciente, deben tener un objetivo común que debe ser comunicado por el médico de cabecera y ejecutado por la enfermera tratante¹². Dentro de estas actividades, la comunicación de los riesgos entre el equipo a través de estrategias como visitas interdisciplinarias, recordatorios visuales y la realización de rondas por más de un miembro del equipo, permiten mantener la continuidad de la atención de forma segura y estandarizada³⁰.

Durante la atención diaria, el personal de UCAM ha construido instancias formales de comunicación, tales como la visita diaria multidisciplinaria en la cual todo el equipo de salud se incorpora a la planificación del cuidado del paciente asumiendo roles específicos.

Además, basado en los principales riesgos a evitar durante la hospitalización del adulto mayor, el equipo ha desarrollado material visual que guía los temas de la visita y encausa los objetivos diarios de atención (Figura 4).

Otras estrategias de comunicación efectivas adoptadas, han considerado la realización de sesiones informativas breves (*Briefings*)^{31,32} previo al inicio de la jornada laboral. Esta herramienta de trabajo multidisciplinaria enfocada en la seguridad clínica es de carácter no punitivo, confidencial y tiene por objetivo crear un clima en donde los profesionales compartan la información y se anticipen a los eventos del día.

Por último, la unidad realiza reuniones de carácter semanal con todo el equipo, lo cual permite resolver dudas, comunicar novedades y dar continuidad al modelo de cuidados previamente establecido.

3. Rondas de seguridad

Dentro de las estrategias de gestión de riesgos y mejora de la satisfacción usuaria durante la estadía hospitalaria, las

Figura 4. Cartilla visita Interdisciplinar Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica Las Condes

CARTILLA VISITA UCAM
CONTEXTO
SIGNOS VITALES - LAB
EVALUACIÓN DOLOR
APOYO EN ABVD* (I. Barthel)
DEGLUCIÓN
ALIMENTACIÓN
DIURESIS
DEPOSICIONES
MOVILIZACIÓN
ALTERACIÓN CONDUCTUAL
SUEÑO
DELIRIUM: CAM** / MPNF***
RIESGO CAÍDAS / LPP / FLEBITIS
DISPOSITIVOS INVASIVOS
MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS
AJUSTE DOSIS MEDICAMENTOS
TROMBOPROFILAXIS
SOCIAL / RED DE APOYO
PROGRAMACIÓN DEL ALTA
ADMINISTRATIVO
REFUERZO EDUCATIVO

*ABVD: Actividades de la vida diaria. **CAM: *Confusion Assessment Method*. ***MPNF: Medidas de prevención no farmacológicas.

“Hourly Rounds” o rondas horarias³³, se han transformado en una de las herramientas más potentes dentro del cuidado de enfermería durante el último tiempo. Variada es la evidencia clínica que respalda esta estrategia, la cual consta del acto de comprobar personalmente el estado de los pacientes a intervalos regulares, por ejemplo, cada 2 horas, para responder a sus necesidades de forma proactiva, contribuyendo a la reducción de eventos adversos, en mayor medida de caídas y lesiones de piel, mejorando la satisfacción del usuario a nivel global^{25,30,33-35}. Dentro de los puntos generalmente evaluados durante esta visita, se encuentran: evaluación del dolor; asistencia en evacuación de orina o heces; evaluación de la posición del paciente y prevención de lesiones de piel; verificar cercanía de artículos personales; y evaluación del entorno y orden de la habitación.

A nivel local, el equipo de Enfermería de UCAM ha incorporado esta estrategia basada en evidencia a través del nombre "Rondas de Seguridad" la cual es realizada cada 2 horas. Todos los miembros del equipo, incluyendo enfermeros, técnicos de enfermería, cuidadoras y auxiliares de aseo, apoyan la realización de esta herramienta y consultan de manera proactiva al paciente por los puntos anteriormente expuestos. Los horarios de administración de medicamentos, cambios de posición programados, terapias kinésicas o de rehabilitación con terapia ocupacional, también son utilizadas para la realización de rondas en la unidad (Tabla 2).

4. Capacitación y actualización

La capacitación del personal clínico en cuanto a aspectos específicos de atención en el paciente adulto mayor ha sido validada como un componente más de las iniciativas de prevención de eventos adversos y gestión de riesgos durante la hospitalización. Si bien, la evidencia clínica no especifica la frecuencia de las sesiones formativas ni el contenido de las mismas, si se sugiere que al menos abarquen los siguientes puntos²⁵:

- Factores asociados a un mayor riesgo de eventos adversos durante la atención.

- Uso de herramientas para identificar riesgos potenciales.
- Intervenciones utilizadas dentro de la institución para prevenir eventos adversos.
- Políticas y procedimientos asociados de uso actual en la institución.
- Ergonomía en la movilización y desplazamientos de pacientes.

Además, la entrega de estos contenidos debe ser dirigido a la mayor cantidad de trabajadores sanitarios, incluyendo idealmente personal de todos los estamentos.

Previo a su apertura, el personal de enfermería reclutado para desempeñarse en UCAM realiza un proceso de capacitación específica en cuanto a cuidados gerontológicos. Tanto enfermeras como técnicos de enfermería y asistentes de cuidado realizan un proceso de inducción adaptado a las necesidades educativas generales de la unidad, con una duración de una semana para técnicos de enfermería y asistentes de cuidado y de dos semanas para enfermeras. El objetivo de este proceso es nivelar los conocimientos del personal al ingreso a través de la realización de cursos de tipo transversal y además introducirlos a la especialidad geriátrica mediante la realización de clases dirigidas al tema (Tabla 3). Como medida de sostenibilidad de los conocimientos

Tabla 2. Descripción componentes de aplicación de Rondas de Seguridad

LETRA	ÁMBITO	EXPLICACIÓN Y EJEMPLOS
A	Artículos Personales	Verificar la cercanía del timbre de llamado, teléfono, control remoto. Identificar los artículos personales relevantes o de uso frecuente para el paciente (ayudas técnicas, dispositivos electrónicos o de entretenimiento, calzado, etc) y favorecer la cercanía de éstos, ya que muchas de las caídas se ocasionan con motivo de querer alcanzarlos.
B	Baño	Verificar necesidades fisiológicas del paciente: uso del baño, necesidad de cambio de pañales y/o aseo de zona perineal. En caso de uso de dispositivos u ostomías para la eliminación de orina o deposiciones, verificar fijación, permeabilidad y necesidad de vaciado de bolsa colectora.
C	Cambio de posición	Corroborar la correcta posición del paciente tanto en cama, como en silla y/o <i>berger</i> . Evitar reposos prolongados e innecesarios, promover la movilización precoz. Verificar necesidad de cambio de posición (supervisar o asistir, según corresponda). Evaluar la necesidad de asistencia en caso de movilización y/o transferencias para que éstas sean seguras.
D	Dolor	Valorar presencia de dolor usando la escala apropiada según grupo etario y condición clínica. Aplicar medidas para el control del dolor si corresponde.
E	Entorno seguro y educación	Chequeo del entorno del paciente: Orden de la habitación y ambiente seguro. Verificar: Iluminación que permita deambulación segura tanto diurna como nocturna, piso seco y sin obstáculos. Orden de dispositivos en la cama y/o silla (cables de monitorización, drenajes, acceso vascular, etc). Estado de la cama: frenada, en el nivel más bajo posible y con uso de barandas en alto, según corresponda. En pacientes con bajo riesgo y que sólo requieran de supervisión para moverse, considerar dejar una de las barandas inferiores abajo, para facilitar el desplazamiento fuera de la cama. Vestimenta del tamaño adecuado y calzado seguro para evitar tropiezos, sugerir uso de calzado antideslizante. Realizar educación y/o refuerzo de medidas preventivas tomadas según el nivel de riesgo (dejar indicaciones claras en pizarra de habitación si corresponde).

Tabla 3. Contenidos del proceso de inducción de Enfermeras y Técnicos de Enfermería de la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) Clínica las Condes

CURSOS ESPECÍFICOS ENFERMERAS(OS)	CURSOS ESPECÍFICOS TENS	CURSOS COMUNES
<ul style="list-style-type: none"> • Curso cuidados de los accesos vasculares • Curso administración de medicamentos • Curso prevención de caídas (General) • Generalidades Banco de Sangre • Curso prevención y manejo del dolor • Taller uso desfibrilador y carro de emergencias • Generalidades laboratorio clínico • Prevención y manejo de lesiones de piel • Cuidados en pacientes con diabetes mellitus • Manejo de equipos críticos • Curso soporte vital básico 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales • Curso salva-Corazones • Curso cuidados de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • E-learning prevención de lesiones de piel • E-learning ergonomía • E-learning Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud • Curso calidad y seguridad de la atención • Taller de electrocardiografía • Manejo de drenajes pleurales • Curso específico: Prevención de caídas en el adulto mayor y ayudas técnicas • Manejo de paciente con deterioro cognitivo • Curso manejo de ficha electrónica • Curso habilidades comunicacionales • Valoración geriátrica integral

adquiridos, la unidad genera un programa de actualización continua que permite abordar temáticas cotidianas del cuidado del adulto mayor desde las distintas áreas de atención. En este programa se abordan temas impartidos por enfermeras, médicos y kinesiólogos, siendo dirigido a todo el personal que forme parte de UCAM con exigencia de renovación a lo menos cada dos años.

5. Programa de supervisión

La evaluación y monitoreo de resultados de la calidad de cuidados de enfermería entregados dentro de UCAM es ejecutada a través del sistema de supervisión instaurado dentro de toda la institución. Esta cuenta de la realización de pautas dicotómicas de observación de los distintos procesos llevados a cabo dentro de la unidad, las cuales son entregadas por la unidad de calidad de manera programada a través de calendarizaciones randomizadas. Este proceso es exigido por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) a todas las instituciones públicas y privadas de salud, y es fiscalizado por la Superintendencia de Salud, quienes deben velar por el correcto cumplimiento de las medidas preventivas para evitar eventos adversos en pacientes hospitalizados a nivel nacional³⁶.

Si bien la metodología entregada por MINSAL es de carácter observacional, el equipo de enfermería de UCAM en conjunto con el área de Gerencia de Enfermería de CLC, ha logrado instaurar dentro de este proceso la realización de *feedback*

inmediato al personal, de manera individual, con carácter no punitivo, para la corrección *in situ* de los puntos no cumplidos dentro de los procesos realizados. Esto permite al personal no solo corregir los puntos deficientes, sino también consultar dudas y reforzar los procesos en caso de que estos no hayan sido correctamente aprendidos.

Con las acciones descritas, se logran establecer mejoras continuas y generar finalmente cambios que garanticen la calidad y seguridad de atención de los adultos mayores durante un proceso de hospitalización.

CONCLUSIONES

Tomando en consideración los riesgos de la persona mayor hospitalizada descritos anteriormente, la presencia de eventos adversos, pérdida de capacidad funcional y dependencia a largo plazo, podrían presentarse a consecuencia de un proceso de hospitalización. Sin embargo, la aplicación de un modelo de gestión de riesgos centrado en las necesidades de la persona mayor y su familia, que incorpore un lenguaje común entre los profesionales clínicos, logra agrupar y manejar en mejor medida estos riesgos.

Cabe destacar que la realización de acciones interdisciplinarias coordinadas y la aplicación de estrategias de prevención univer-

sales como la realización de “Rondas de seguridad” periódicas, sumado a la categorización de riesgos a través de herramientas validadas y aplicadas de manera estandarizada, además del manejo de factores ambientales, juegan un rol preponderante en

la gestión del cuidado de la persona mayor hospitalizada, permitiendo reducir los días de estada y las complicaciones derivadas de este proceso de atención, logrando incluso mejorar la condición del paciente al egreso y mantener su calidad de vida a largo plazo.

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de interés, en relación con este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agustín C, Román L. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cuba Enferm*. 2006;22(4):0-0.
2. Definiciones [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 7 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
3. OMS | Enfermería [Internet]. WHO. [citado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
4. PAHO | Enfermería [Internet]. [citado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=189&Itemid=40855&lang=es
5. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Méd Clin Condes*. 2018;29(3):270-7.
6. WHO | Nursing and midwifery - WHO Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016-2020 [Internet]. WHO. [citado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing-midwifery/en/
7. Milos Hurtado P, Bórquez Polloni B, Larrain AI. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena (II) Estado actual. *Cienc Enferm*. 2011;17(3):23-33.
8. Mosqueda Díaz A, Stieповich Bertoni J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enferm Glog*. 2012;11(28):355-67.
9. Salinas C. J, Vio del R. F. Promoción de la salud en Chile. *Rev Chil Nutr*. 2002;29:164-73.
10. Demográficas y Vitales [Internet]. [citado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
11. Elena Gómiz León. El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. *Rev Soc Esp Enferm Nefrológica*. 2007;10.
12. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*. 1993;118(3):219-23.
13. Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, Van J der L, Krulder JW, Driesen JJ, Ribbe MW. Prevalence and prognostic importance of riskfactors for long hospital stay within elderly patients admitted to a hospital; a clinical-empirical study. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010;41(4):177-86.
14. Cares LV, Domínguez C C, Fernández M J, Farías C R, Win-tin Chang G, Fasce G, et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Médica Chile*. 2013;141(4):419-27.
15. de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. The effect of exercise on outcomes for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*. enero de 2007;21(1):3-16.
16. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med*. 2017;377(15):1456-66.
17. Caídas [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls
18. Carbonell-Fornés P, Murillo-Llorente M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [Internet]. junio de 2015 [citado 16 de agosto de 2019];26(2):63-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Jaime Hidalgo. ¿Por qué son necesarias unidades geriátricas de agudos en el sistema de salud chileno? *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2015;26(4):306-14.
20. Barton A, Mulley G. History of the development of geriatric medicine in the UK. *Postgrad Med J*. 2003;79(930):229-34.
21. Ministerio de Salud. Salud del Adulto Mayor [Internet]. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
22. Ministerio de Salud, Chile [Internet]. Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA). 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>
23. Clínica Las Condes - Líder en Atención [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Integral-del-Adulto-Mayor/componentes-del-Centro-Integral-del-Adulto-Mayor/Unidad-de-cuidados-del-adulto-mayor-UCAM>
24. García G MA, Castillo F L. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Rev Médica Chile*. 2000;128(2):177-83.
25. Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas. Cuarta edición [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf
26. María Gabriela Artigas K. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Caídas en pacientes hospitalizados, Ministerio de Salud, Chile. [Internet]. Power point presentado en: Departamento de calidad, MINSAL. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/cede9e8208889580e040010165012d42.pdf>
27. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clínica*. 2011;1(72):11-6.
28. Toro AC, Escobar LM, Franco JG, Díaz-Gómez JL, Muñoz JF, Molina F, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Med Intensiva*. 2010;34(1):14-21.
29. Falls Toolkit - VA National Center for Patient Safety [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.patientsafetyf>

va.gov/professionals/onthejob/falls.asp

30. Institute for Healthcare Improvement: *Transforming Care at the Bedside How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls* [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.ihl.org:80/resources/Pages/Tools/TCABHowToGuideReducingPatientInjuriesfromFalls.aspx>
31. Menéndez MD, Martínez AB, Fernandez M, Ortega N, Díaz JM, Vazquez F. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist.* 2010;25(3):153-60.
32. Chico Fernández M, García Fuentes C, Alonso Fernández MA, Toral Vázquez D, Bermejo Aznárez S, Sánchez-Izquierdo Riera JA, et al. Desarrollo de una herramienta de comunicación para la seguridad del paciente (Briefing): Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de trauma y emergencias. *Med Intensiva.* 2012;36(7):481-7.
33. Meade CM, Bursell AL, Ketelsen L. Effects of nursing rounds: on patients' call light use, satisfaction, and safety. *Am J Nurs.* 2006;106(9):58-70.
34. Goldsack J, Bergey M, Mascioli S, Cunningham J. Hourly rounding and patient falls: what factors boost success? *Nursing (Lond).* 2015;45(2):25-30.
35. Mitchell MD, Lavenberg JG, Trotta RL, Umscheid CA. Hourly rounding to improve nursing responsiveness: a systematic review. *J Nurs Adm.* 2014;44(9):462-72.
36. Resolución Exenta N° 1031 - Resolución Exenta N° 1031 [Internet]. Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html>