



DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i5.727.g663>

Artículo revisión

Rol de la enfermería en el bienestar físico del adulto mayor

Role of the nursing in the physical welfare of the adult major

Verónica Gavilanes^{1,3}, Mendoza de Graterol Eva^{2,3}, Gerardo Fernández^{1,3}

¹ Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Ambato, Ecuador

² Universidad de Zulia, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Venezuela

³ Universidad de Zulia, División de Estudios para Graduados, Doctorado de Ciencias de la Salud, Venezuela

Gavilanes V., Mendoza de Graterol E., Fernández G. Rol de la enfermería en el bienestar físico del adulto mayor. *Enferm Inv.* 2019; 4(5)24-28

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2019 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Historia:

Recibido: 12 agosto 2019
Revisado: 02 septiembre 2019
Aceptado: 30 septiembre 2019

Palabras Claves: Rol de enfermería, bienestar físico, adulto mayor.

Keywords: Nursing role, physical well-being, elderly.

Resumen

El envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado para el año 2050 la población mayor de 60 años se duplicará, por lo que se requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades, a una atención basada en el envejecimiento saludable, para desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en los adultos mayores, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales) o permitir que los pacientes con una disminución de la capacidad funcional logren hacer las actividades básicas. La valoración de la esfera funcional geriátrica permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes, ya que el deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico. Los objetivos de las estrategias de enfermería en el envejecimiento saludable son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de las capacidades, manejar enfermedades crónicas avanzadas, aumentar la autoestima, eliminar las barreras a la participación.

Abstract

The aging of the population is much faster than in the past by 2050 the population over 60 will double, so it is necessary to transform health systems to move from curative models focused on diseases, to care based on healthy aging, to develop and maintain the functional capacity that allows well-being in older adults, through the promotion and maintenance of intrinsic capacity (physical and mental abilities) or allow patients with a decrease in functional capacity manage to do the basic activities. The assessment of the geriatric functional sphere allows the design of comprehensive treatments and care plans adapted to the individual conditions of the patients, since functional impairment is a predictor of poor clinical evolution and mortality in older patients, regardless of their diagnosis. The objectives of nursing strategies in healthy aging are to prevent chronic diseases or to ensure early detection, to promote behaviors that improve functional capacity, to delay the decline in capacities, to manage advanced chronic diseases, to increase self-esteem, to eliminate barriers to participation.

Autor de correspondencia:

Verónica Gavilanes, Universidad Técnica de Ambato, telf.: +593984629146, email: vero_gavi@yahoo.es Ambato, Ecuador.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado para el año 2050, la población mayor de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años y el 80% tendrá ingresos socioeconómicos bajos y medianos (1,2).

Los países de América Latina presentan un proceso de envejecimiento sostenido de la población, con un incremento acelerado de la población mayor de 60 años, donde las etapas de envejecimiento se han clasificado de acuerdo al índice de envejecimiento, que representa la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años de edad: la etapa incipiente con índice de envejecimiento de menos de 17 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, etapa moderada con índices de envejecimiento entre 19,8-31,9 y la etapa de moderada a avanzada, con los índices de envejecimiento oscilan entre 32,8- 51, predominando los países de etapa moderada de envejecimiento como Bahamas, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela (3).

En Ecuador actualmente 7 de cada 100 habitantes son personas adultas mayores, siendo los rangos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años (4).

Debido al incremento de la población de adultos mayores, el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud considera que se requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades, a una atención basada en el concepto de envejecimiento saludable, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en los adultos mayores, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales) o permitir que los pacientes con una disminución de la capacidad funcional logren hacer las actividades básicas, implementando una acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento por medio de las siguientes políticas de acción (5):

1. Adaptar los sistemas de salud a los adultos mayores, con un enfoque multidimensional, ya que las necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas; requiriendo servicios de atención integrada que garanticen su acceso con un personal sanitario debidamente capacitado
2. Crear sistemas de atención a largo plazo con el objetivo de mantener un nivel de capacidad funcional, que incluya a los familiares, amigos, voluntarios, los servicios basados en la atención institucional y comunitaria que garanticen la calidad de la atención de los adultos mayores.
3. Crear entornos adaptados a las personas mayores que consideren todo su contexto: transporte, vivienda, trabajo, protección social, información y comunicación, así como los servicios de salud y atención a largo plazo.
4. Mejorar en el equipo de salud la monitorización y la comprensión, para percibir los problemas relacionados con la edad

En las políticas de una acción integral de salud pública para proporcionar al envejecimiento saludable, es necesario incentivar a los países y las organizaciones internacionales para promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo”, que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los adultos mayores, es decir, un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, donde todos los países garanticen que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (6).

Escalas de valoración funcional en el anciano

En el envejecimiento la calidad de vida disminuye progresivamente dependiendo en gran medida de la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, las cuales proporcionan al individuo independencia física y funcional, por esta razón la funcionalidad física, es el mejor indicador de salud en la población adulta (7).

La valoración de la esfera funcional geriátrica permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes, la valoración funcional determina la capacidad de ejecutar las acciones que componen el hacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social. El deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente (8).

Las actividades básicas de la vida diaria miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el baño, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar, que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado, un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia (8).

El Índice de Katz:

El Índice de Katz fue diseñado como un índice de rehabilitación, es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, describe el nivel funcional de los pacientes, permite seguir la evolución, valorar la respuesta al tratamiento, comparar los resultados de diversas intervenciones y predecir la necesidad de rehabilitación (8).

El Índice de Katz evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del baño, movilidad, continencia y alimentación. En la escala original cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial y dependencia total) pero actualmente ha quedado reducido a dos (dependencia o independencia). Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice que oscilan entre: A (independiente para todas las funciones) y G (dependiente para todas las funciones) (9). Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información (10).

En el Índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama y por último la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos (10).

El concepto de independencia en este índice difiere al de otras escalas, se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad, aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente (8).

El índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland

El Índice de Barthel es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o confinadas en casas hogares, con la medición de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es un instrumento muy utilizado y uno de los mejores para monitorizar la dependencia funcional de las personas (7,11).

En la actualidad es el Índice de Barthel es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para la evaluación de las actividades de la vida diaria en la persona mayor, esta escala de valoración se utiliza principalmente en el campo de la Rehabilitación y de la Geriátrica, así como en el ámbito de los ingresos residenciales. Recoge 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso del baño, transferencias del cuerpo, deambulación, dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción). Cada ítem puntúa 0, 5 o 10 puntos en función del desempeño de la persona valorada (7,11).

El Índice de Barthel varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante. A partir de la versión original aparecieron otras versiones, existiendo una versión de 20 puntos y una de 10, incluso una versión del Índice de Barthel de tres ítems (11,12).

Índice de Lawton y Brody o de actividades de la vida diaria instrumentales:

El Índice de Lawton y Brody o de actividades de la vida diaria instrumentales, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría, así como en el ámbito de los ingresos residenciales. Así como el Índice de Barthel recoge la valoración de las actividades de la vida diaria instrumentales, este instrumento se usa para complementar esa valoración, en los aspectos referidos a las actividades de tipo instrumental. Los ítems de los que consta esta escala recogen ocho grupos de actividades en el caso de que la persona sea mujer y cinco para los varones. Las actividades a considerar serían las siguientes: uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas. Cada ítem puntúa 0 o 1 punto en función del desempeño de la persona valorada. La puntuación total de la escala varía entre cero (dependencia máxima) y ocho o cinco puntos (independencia total) dependiendo de la persona (11).

Escala de incapacidad física de la Cruz Roja:

La Escala de incapacidad física de la Cruz Roja elaborada por el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el ámbito de los ingresos residenciales. Recoge dos grupos de actividades (la marcha y los actos de la vida diaria), la función corporal de la continencia y la necesidad de cuidados de enfermería. La escala gradúa la puntuación en seis niveles, de cero a cinco. El valor cero (0) representa una situación de independencia y el valor cinco (5) una situación de dependencia máxima (11).

Las puntuaciones en la escala de la Cruz Roja en pacientes geriátricos a distintos niveles asistenciales, poseen una elevada correlación con las obtenidas con otras escalas como el índice de Katz (coeficiente de correlación 0.73-0.90) o el índice de Barthel (coeficiente de correlación de 0.88). La concordancia con estas escalas es especialmente elevada para los grados de incapacidad extremos y menos para grados moderados, aunque la precisión es mayor si se utiliza el índice de Katz (probablemente favorecido por la estricta definición de sus ítems) (11).

Estrategias de Enfermería

El envejecimiento saludable con el enfoque del ciclo vital presenta 3 escenarios de intervención: adultos mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro de la capacidad y con pérdida de la capacidad. Los objetivos de las Estrategias de Enfermería son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad (5,13). Las estrategias de enfermería están orientada para mejorar el bienestar físico, satisfacer las necesidades y propiciar la independencia de autocuidado del adulto mayor, buscando nuevos horizontes y perspectivas más humanizadas en los cuidados a los ancianos (14).

Las estrategias de enfermería relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria están encaminadas al autocuidado y movilidad como: la capacidad de arreglarse, bañarse, alimentarse, ir al baño, deambular, subir escaleras, control de esfínter anal y vesical (15). También existen estrategias de enfermería relacionadas con la ejecución de actividades físicas y recreativas, que mejoran la calidad de vida y la realización de actividades cotidianas, facilitando la independencia, autonomía y autoestima (16), pero requieren una adecuada relación terapéutica enfermera-paciente basada en la conservación, restablecimiento y autocuidado (17,18).

El proceso de atención de enfermería a través del modelo de Virginia Henderson, se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización de suplencia o ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada en este sentido el modelo se basa en las 14 necesidades del ser humano y este estudio se toma en consideración las necesidades de eliminación y de circulación (19).

El proceso de atención de enfermería y la valoración geriátrica aplicado a través del modelo de Virginia Henderson, es una herramienta esencial que permite detectar y cuantificar los problemas de salud que afectan a este grupo vulnerable, por lo que los cuidados van dirigidos al mantenimiento de la vida a través de esta teoría mediante la promoción de la higiene, alimentación, vestido y en general todas las medidas que hacen la vida mas agradable (20).

Conclusiones

Debido al futuro incremento de población longeva siendo un grupo vulnerable es importante prever y preparar a los futuros profesionales sobre el cuidado y correcta respuesta ante los posibles factores de deterioro físico, psicológico y social aplicando las diferentes escalas de valoración; por lo tanto, el rol del enfermero es vital para alcanzar la autonomía de la persona, ayudándola a lograr la independencia o supliéndola en las actividades que no pueda realizar desde el punto de vista del bienestar físico; para lograrlo es indispensable la aplicación de las diferentes estrategias de enfermería para el desarrollo físico de este grupo vulnerable y especialmente lograr la satisfacción de sus necesidades.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Autofinanciado.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. perfiles y tendencias Salud y envejecimiento Un documento para el debate. 2001;40.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Sunkel G, Ullmann H. Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. Rev CEPAL. 2019; 127: 243-268
4. Observatorio IAL. Borrador del I Informe Observatorio sobre Adultos Mayores. 2014;1-22.
5. Espinoza L. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Univ. 2016;13(3):139-41.
6. Guerrero-Castañeada RF, Ojeda-Vargas MG. El envejecimiento desde la percepción de enfermería. Enfermería actual Costa Rica. 2017;4321(32).
7. Bejines-soto M, Velasco-rodríguez R, García-or L, Barajas-mar A. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc. 2015;23(1):9-15.
8. Trigás-Ferrín María, Ferreira-González Lucia. Escalas de valoración funcional en ancianos. Galicia Clin. 2011;72(1):11-6.
9. Nogueira Smanioto, Francieli, Fernandez Lourenço Haddad M do C. Índice De Katz Aplicadoa Ancianos Institucionalizados. Rev da Rede Enferm do Nord 2011, 12. 2011;7. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027974003.pdf>
10. Duarte Yeda Aparecida de Oliveira, Andrade Claudia Laranjeira de, Lebrão Maria Lúcia. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc. enferm. USP. 2007; 41(2): 317-325.
11. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz M, González Rodríguez R. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos 2017; 28(4): 184-188. 2017;(2).
12. Betancourt CL. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev Habanera Ciencias Medicas. 2015;14(1):89-96.
13. De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20(2):171-182.
14. Claudia A, Medeiros T De, Miriam M. Artículo Original Diagnósticos de enfermería para ancianos utilizándose la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y el modelo de vida 1. 2013;21(2).
15. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):311.
16. Meléndez Mogollón IC, Camero Solorzano YB, Álvarez González AR, Casillas Ilaquiche LJ. La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión. 2018;3(1, Mar):32-7.
17. Naranjo-Hernández Y, Felipe-Reyes T, Sánchez-Carmenate M, Cuba-Rodríguez A. Intervención de Enfermería en cuidados domiciliarios a los adultos mayores con diabetes mellitus. Arch méd Camaguey. 2019;23(3):339-48.
18. Naranjo Hernandez Y, Concepción Pacheo J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gaceta Médica Espirituana. 2017; 19(3):1-11.
19. Bellido J., Ríos A, Fernández S. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [Internet]. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 2010: 17-33
20. Cabascango Allauca LM, Hinojosa Chariguamán AG, Remache Agualongo LM, Olalla García MH. Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro gereatrico "Amawta Wasi