

*ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA*

# *EL CUIDADO*

*DEL  
ADULTO MAYOR*

**EN LA ATENCIÓN PRIMARIA  
EN SALUD EN TIEMPOS  
DE COVID-19**

El libro electrónico: **El Cuidado del Adulto Mayor en la Atención Primaria en Salud en Tiempos de COVID-19**, es una publicación digital de la *Red de Salud del Adulto Mayor - REDESAM* – Brasil. Revisión 01, publicada en marzo de 2021.

*Este libro electrónico está autorizado por Creative Commons*

Attribution - Non Commercial – No Derivatives 4.0 International License.” Para ver uma cópia dessa licença entre em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> Ou envie uma correspondência para: Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



# Organizadores

**Profa. Dra Rosalina A Partezani Rodrigues<sup>1</sup>**

**Prof. Dr. Jack Roberto Silva Fhon<sup>2</sup>**

**Profa. Dra. Fabia Maria de Lima<sup>3</sup>**



<sup>1</sup>Enfermera. Magister y Doctora en el área de Salud del Adulto Mayor. Profesora Titular, Coordinadora y Miembro del Núcleo de Investigación en Geriatria y Gerontología de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Especialista en Gerontología por la Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Beca de Productividad en Investigación del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nivel 1A. Coordinadora de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: [rosalina@eerp.usp.br](mailto:rosalina@eerp.usp.br)



<sup>2</sup>Enfermero. Magister y Doctor en Ciencias en el área de Salud del Adulto Mayor. Profesor, Doctor de la *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Lider del grupo de investigación Práctica pedagógica en la educación superior de enfermería y en el cuidado a la salud del adulto y adulto mayor. Miembro de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: [betofhon@usp.br](mailto:betofhon@usp.br)



<sup>3</sup>Enfermera. Magister y Doctora en Neuropsiquiatria y Ciencias del Comportamiento. Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Especialista en Gerontología por la Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Vice Coordinadora de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: [fabia.lima@upe.br](mailto:fabia.lima@upe.br)

# Ficha Catalográfica

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966 El cuidado del adulto mayor en la atención primaria en salud em tiempo de COVID-19 / Organizado por Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Jack Roberto Silva Fhon, Fabia Maria de Lima – Ribeirão Preto em Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021.

289 p.

ISBN: 978-65-88556-03-0

doi: 10.51796/978-65-8856-03-0

1. Enfermería Gerontológica. 2. Anciano. 3. Atención primaria en salud. 4. Cuidado. 5. Nuevo coronavirus. I. Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani, org. II. Fhon, Jack Roberto Silva, org. III. Lima, Fabia Maria, org. IV. Título.

CDD: 614

Elaborado por Deborah S. Capella Junqueira – CRB-8/8519



“Esta obra fue parcialmente financiada por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPAS/OMS, por medio de su filial en el Brasil, como parte de los esfuerzos del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19”.

# Autores

**Alan Nogueira da Cunha**

Especialista Saúde Pública. Doctando del Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental-EERP-USP/Professor de la Universidade Federal do Mato Grosso – Brasil

**Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro**

Doctor. Profesor Adjunto / Provedor do Estudante, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal

**Alejandra F. Rojas-Rivera**

Maestra. Directora e Postítulo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad de los Andes, Chile

**Alejandra Ximena Araya**

Doutor. Facultad de Enfermería/Universidad Andrés Bello- Chile

**Alexandre de Assis Bueno**

Doctor. Facultad de Enfermería/Universidad Andrés Bello, Chile

**Alexandre Ernesto Silva**

Doctor. Profesor da Universidade Federal de São João del Rei – Brasil

**Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha -Oliveira**

Doctor. Profesora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal I

**Alisson Fernandes Bolina**

Doctor. Profesor Adjunto del Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil

**Ana Maria Ribeiro dos Santos**

Doctor . Profesora do Curso Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Brasil

**Anahy Velasquez Aznar**

Enfermera. Gerente da Nacional de Enfermería- Cuba

**Angela Maria Henao Castaño**

Doctor. Profesor Asistente da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogota – Colombia

**Aurora Felix Aleman**

Doctor. Profesor da Universidad Autónoma de Tamaulipas- México

**Beatriz Arana Gomez**

Doctor. Profesora da Facultad de Enfermería de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico- México

**Blanca Leticia Martínez Amaya**

Enfermera. Profesora Universitaria en Universidad Dr. José Matías Delgado- El Salvador

**Caridad Dandicourt Thomas**

Doctor. Responsável pela carreira de enfermagem e coordenadora de la especialidade en enfermería comunitária. Facultad Manuel Fajardo- Cuba

**Caridad Llanes Betancourt**

Maestra. Profesora e investigadora Facultad de Ciencias Médicas Calixto Garcia, Habana Cuba

**Carmen del Rocio Parra Perez**

Maestro. Universidad Católica de Cuenca – Ecuador

**Cecilia Lucía Rossi**

Enfermera. Profesora Jubilada - Escuela de Enfermería-Universidad Nacional de Rosario-Argentina.

**Celmira Lange**

Doctor. Profesora de la Universidade Federal de Pelotas, RS- Brasil

**Ceres Eloah de Lucena Ferretti**

Pós-Doctorado. Enfermera investigadora e colaboradora - Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento -GNCC- FMUSP-Brasil

**Claude Odily Quintanilla de Calderón**

Maestra. Profesor- Universidad Dr. Andrés Bello - El Salvador

**Cristina Mara Zamarioli**

Doctor. Profesora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

**Daiane de Souza Fernandes**

Maestra. Doctoranda del Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da EERP-USP/Profesora de la Universidade Federal do Pará- Brasil

**Daniela Alexandra Torres Fernández**

Enfermera. Enfermeira responsável pelo Programa Persona Mayor y Dependencia Severa, Cesfam Arauco, Ilustre municipalidad de Santiago- Chile

**Darlene Mara dos Santos Tavares**

Doctor. Profesora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Brasil

**Denisse Parra-Giordano**

Doctor, Profesora Asociada no Departamento de Enfermería Universidad de Chile - Chile

**Deuzany Bezerra de Melo Leao**

Maestra. Profesora Assistente na Universidade de Pernambuco - Brasil

**Diana Leonor Broin**

Enfermera. Gerente do Departamento Enfermería. Hospital Geriátrico D. Cuneo-Argentina

**Doris Sequeira Daza**

Doctor. Profesora Titular da carrera de Enfermagem, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile- Chile

**Edilene Araújo Monteiro**

Doctor. Profesora do curso de Enfermagem e em Biomedicina e do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - Brasil

**Edith Nieves Álvarez Pérez**

Maestra. Profesora e gerente de investigação do Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud- Cuba

**Eduardo Rodolfo Blotta**

Especialista em Educação Superior. Profesor Titular. Vicedirector de carrera. Escuela de Enfermeria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Rosario-Argentina

**Edvane Birelo Lopes De Domenico**

Doctor. Profesora Asociada do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - Brasil

**Elizabeth Fajardo Ramos**

Maestra. Profesora de planta tiempo completo Universidad del Tolima- Colombia

**Elizabeth Moura Soares de Souza**

Doctor. Profesora do Curso de Enfermagem e Coordenadora da Residência Multiprofissional em saúde na área do adulto e Idoso da Universidade Federal de Alagoas- Brasil

**Elucir Gir**

Doctor. Profesora Titular da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP- Brasil

**Emanuella Barros dos Santos**

Doctor. Consultora Técnica-legislativo - Enfermeira - Câmara Legislativa do Distrito Federal- Brasília- Brasil

**Emilce Salamanca Ramos**

Maestra. Profesora de dedicação exclusiva- Colombia

**Emma Teresa Urbancic - Marusic**

Maestra. Profesora Titular do Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. IUHIBA-Argentina

**Estela Rodríguez Torres**

Maestra. Profesora- Universidad Santiago de Cali- Colombia

**Eva Susana Corbo Ibañez**

Enfermera. Gerente da Sección Neurologia- Uruguay

**Fabia Maria de Lima**

Doctor. Profesora da Universidade de Pernambuco- Brasil

**Fernanda Raphael Escobar Gimenes**

Pós-Doctorado. Profesora Asociada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

**Fernando Gomez**

Maestro. Profesor e Director de la Carrera de Licenciatura en enfermeria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.

**Gabriella Santos Lima**

Maestra. Doctoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Brasil

**Germania Marivel Vargas Aguilar**

Maestra. Profesora Titular da Universidad de Guayaquil- Ecuador

**Géssyca Cavalcante de Melo**

Doctor. Profesora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas- Brasil

**Giovana Paula Rezende Simino**

Doctor. Profesora Adjunto no Departamento de Enfermagem Básica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

**Gladis Isabel Torres**

Especialista. Gerente do Departamento de Investigación. Hospital Geriátrico Juana F Cabral-Argentina

**Gudelia Nájera Gutiérrez**

Doctor. Enfermera - México

**Heliberto Mena Cambronero**

Maestro. Caixa Costarricense de Seguro Social- Costa Rica

**Idalmis Georgina Infante Ochoa**

Maestra. Profesora e investigadora auxiliar, Presidenta Nacional de la Sociedad Cubana de Enfermería, Asesora de enfermería oncológica en el Instituto Nacional de oncología y Radiobiología- Cuba

**Idevânia Geraldina Costa**

Doctor, Profesor Asistente, School of Nursing, Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada

**Idiane Rosset**

Doctor. Profesora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

**Jack Roberto Silva Fhon**

Pós-Doctorado. Profesor do Departamento Médico-cirúrgico, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

**Julio Mendigure Fernandez**

Maestro. Diretor Executivo de Povos Indígenas ou Nativos do Ministério da Saúde. Profesor da Escola de Pós-Graduação da Universidade Privada San Juan Bautista. Profesor da Escola de Pós-Graduação da Universidad Peruana Unión. Lima- Perú.

**Katherine Sanclemente Angrino**

Maestra. Profesora da Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA)- Colombia

**Laura Villaquirán Jiménez**

Maestra. Coordinadora Salud Publica / Centro Medico Centenario- Colombia

**Leonor Cuellar Gomez**

Doctor. Profesora Universidad del Valle- Colombia

**Leonor Luna Torres**

Maestra. Profesora Titular da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá- Colombia

**Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval**

Doctor. Profesora- Universidad Nacional de Tumbes- Perú

**Lisiane Manganelli Girardi Paskulin**

Doctor. Profesora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

**Luciana Kusumota**

Pós-Doctorado. Profesora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil



**Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira**

Doctor. Profesora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil

**Luípa Michele Silva**

Pós-Doctorado. Profesora na Universidade Federal de Catalão-GO - Brasil

**Luís Carlos Lopes-Júnior**

Doctor. Profesor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, Brasil

**Manuel José Lopes**

Doctor. Profesor da Escola Superior de Enfermagem de S João de Deus. Universidade de Évora. Investigador do Comprehensive Health Research Centre- Évora- Portugal

**María de Jesús Jiménez González**

Doctor. Profesora de dedicação exclusiva- México

**Maria Elena Martinez Barrera**

Enfermera. Inmunizaciones. Ministerio de Salud Perú- Perú

**Maria José D'Elboux**

Doctor. Profesora Colaborador no Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Brasil

**Maria Jose Sanches Marin**

Doctor. Profesora do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília- Brasil

**María Neila Sánchez Cedeño**

Maestra. Coordinadora Nodo Valle del Cauca y Cauca Red ESAM Colombia- Colombia

**María Victoria Rojas Martinez**

Maestra. Profesora da Universidad de Cundinamarca- Colombia

**Marina Aleixo Diniz Rezende**

Doctor. Profesora Adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás- Brasil

**Maritza Evangelina Villanueva Benites**

Doctor. Profesora de la Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de la Amazonia Peruana- Perú

**Marli Teresinha Gimenez Galvão**

Pós-Doctorado. Profesora Titular da Universidade Federal do Ceará-UFC - Brasil

**Martha Elba Salazar Barajas**

Doctor. Profesora de la UAMM-UAT - México

**Martha Isabel Vivas Chacón**

Enfermera. Profesora da Universidad del Cauca- Colombia

**Miriam Gladis Martinez de Marroquin**

Maestra. Decana de la primera Facultad de Enfermería en El Salvador y Centroamerica- El Salvador

**Mónica Patricia Pippino**

Enfermera. Profesora Adjunta da Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario- Argentina

**Nayara Araújo dos Reis**

Maestra. Doctoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental EERP-USP- Brasil

**Nayara Gomes Nunes Oliveira**

Doctor. Enfermera - Brasil

**Orfelina Arpasi Quispe**

Doctor. Gerente do Planeamiento y Calidad Hospital II San Isidro Labrador ESSALUD y Docente Asociado - Universidad Peruana Union - Perú

**Pamela Andrea Valdebenito Aravena**

Enfermera. Profesora Clínica da Universidad Central de Chile- Chile

**Patricia Mardy Ruiz Pizarro**

Enfermera. Equipe Técnica de la Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis en el Ministerio de Salud- Perú

**Paula Cristina Nogueira**

Doctor. Profesora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

**Rachel Gabriel Bastos Barbosa**

Doctor. Profesora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Brasil

**Rafael René Suárez Fuentes**

Doctor. Profesor Titular e Investigador- Cuba

**Renata Karina Reis**

Doctor. Profesora Adjunta da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

**Reyna Ysmelia Peralta Gomez**

Doctor. Directora del Departamento Académico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa- Perú

**Rina Vanessa Quijije Díaz**

Maestra. Profesora-gestora pedagogico curricular- Ecuador

**Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro**

Doctor. Profesora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Brasil

**Rosa Elena Sibrian de Martinez**

Maestro. Profesora Titular da Universidad Evangelica de El Salvador- El Salvador

**Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**

Doctor. Profesora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

**Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez**

Maestra. Profesora Titular de Universidad de Guayaquil -Ecuador

**Sandra Arely Martínez de Diaz**

Enfermera. Diretor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud - El Salvador

**Silvia Helena De Bortoli Cassiani**

Doctor. Organización Panamericana de Saúde/ Assessora Regional de Enfermagem e Técnicos de Saúde- Washington-DC- Estados Unidos

**Sofia Sabina Lavado Huarcaya**

Doctor. Directora de responsabilidad Social da Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Perú

**Soledad Andrea Chocobar**

Enfermera. Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Rosario, Santa Fé - Argentina

**Sônia Maria Soares**

Doctor. Directora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

**Soraia Assad Nasbine Rabe**

Doctor. Profesora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

**Tércia Moreira Ribeiro da Silva**

Doctor. Profesora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais-Brasil

**Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso**

Doctor. Profesora Coordinadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

**Tirso Duran Badillo**

Doctor. Profesor da Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros da Universidad Autónoma de Tamaulipas- México

**Virginia Reyes Audiffred**

Doctor. Profesora de Tiempo Completo Titular B da Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM- México

**Wanderson Kleber de Oliveira**

Doctor. Hospital das Forças Armadas do Ministério da Defesa- Brasil

**Zoila Esperanza Leitón Espinoza**

Doctor. Profesora da Universidad Nacional de Trujillo Perú- Perú

**Diagramación e ilustración:**

**Aline Salla Carvalho** - Especialista en inclusión digital per adulto mayor, marketing web digital, coordinador de comunicación da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - Itália

**Ilustración de índice:**

**Paulo Alexandre Fernandes** - Servicios de creación y producción multimedia EERP/USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP - Brasil

# Presentación

En el actual contexto, sociodemográfico, pandémico y de evolución tecnológica, se ha destacado a un grupo de población con mayor riesgo de vulnerabilidad (física, social y emocional) en las diversas dimensiones humanas: “El Adulto Mayor”. La esperanza de vida y el número de personas adulto mayor ha aumentado exponencialmente a un ritmo que exige y urge un movimiento de la sociedad en busca de estrategias que conduzcan a nuevas y mejores formas de vida. Ante esta perspectiva, la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil), en conjunto con algunos profesionales de esta en América Latina se han comprometido a incrementar y avanzar en el desarrollo de la investigación y la difusión de nuevas estrategias asistenciales para el control de la pandemia COVID-19.

Recientemente, la pandemia de COVID-19 impuso una carga de trabajo adicional a los profesionales de la salud, especialmente a los enfermeros. Cada día, han demostrado su fuerza de trabajo en la asistencia y en el descubrimiento de nuevas formas de enseñar e investigar temas sobre el Adulto Mayor, dándole una gran visibilidad social a dicha profesión.

Durante el acelerado proceso de envejecimiento en la sociedad, existe necesidades básicas –inherentes al ser humano– que deben atenderse con urgencia, especialmente en el contexto de la pandemia COVID- 19. Ante tal inminencia de las diversas demandas, se reconoce la necesidad y relevancia de cuidado, como premisa del conocimiento en enfermería.

Así, nace La Enfermería Gerontológica –especialidad reciente en el área– que vislumbra mejores condiciones de vida para “El Adulto Mayor”. En la actualidad, ha surgido una gran preocupación por la protección y prevención de la salud, así como de lesiones y la reducción de daños en el cuidado de este en todo el mundo, especialmente en los países en vía de desarrollo. Estos aspectos son relevantes y deben abordarse más ampliamente en los casos de ingreso al sistema de salud.

Por ende, la comunidad de enfermeras que conforma la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil), en alianza con las 12 Redes de América Latina, propusieron la elaboración de este E-book, titulado “**El Cuidado del Adulto Mayor en la Atención Primaria en Salud en Tiempos de COVID-19**”. Teniendo como objetivo contemplar a las enfermeras de América Latina y Portugal junto a sus propuestas de intervención en enfermería para la Atención Primaria en salud del adulto mayor durante el período pandémico y post-pandémico de COVID-19; Es evidente que el futuro de la Enfermería Gerontológica ha llegado, incluso de cara a la adversidad de la sociedad.

El cuerpo de autores está integrado por enfermeros de atención y gestión, profesores e investigadores, así como enfermeras que ocupan puestos de liderazgo en Ministerios de Salud en países como: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, México, Perú, Portugal y Uruguay, en un total de 107 personas.

El libro electrónico consta de 22 capítulos, escritos por enfermeros con visiones y experiencias diversas, que enriquecieron este trabajo y permitieron compartir conocimientos en América Latina y entre países iberoamericanos. Se comienza este libro con la presentación de datos demográficos y epidemiológicos sobre la población Adulta Mayor y sobre el COVID-19. Así como sobre los sistemas de salud en América Latina y la práctica de enfermería del adulto mayor en tiempos de pandemia. Luego, se dirige el debate a los temas emergentes y prioritarios del cuidado de este en la Atención Primaria en Salud ante la pandemia COVID-19, considerando que los adultos mayores integran a una población de mayor riesgo a ser infectados e a las formas más graves de la enfermedad.

Estos son temas de suma importancia y requieren una rápida difusión, ya que las medidas que involucran el control de la pandemia son constantemente revisadas y modificadas. Por ello, se opta por la modalidad online (en formato de libro electrónico.) con el fin de brindar un acceso amplio y rápido a enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería en portugués y español.

Cada capítulo es de responsabilidad de los autores. El libro electrónico se puede encontrar en el sitio web de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, institución socia de esta producción, en el Centro de Apoyo Editorial de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo - <http://www.eerp.usp.br/caed-home>

*Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues*

# Prólogo

## Los retos de los enfermeros ante el envejecimiento.

Se ha sido testigo durante decenas de años en todo el mundo del aumento continuo de la esperanza de vida media al nacer. Aun así, existe una desigualdad en ella, debido a las grandes discrepancias en las diferentes geografías. Por ejemplo, mientras que en Europa (en su conjunto) se dice que la esperanza de vida media es de 78 años. La realidad es que, si se mira solo a los países de la Unión Europea, se verifica que la mayoría de ellos ya han pasado los 80 años. Ahora bien, Si el enfoque está en América del Sur, se ve que la esperanza de vida promedio es de 75 años. Por otro lado, ya en el continente africano dicha esperanza es de 61 años<sup>(1,2)</sup>.

A pesar de esta discrepancia entre regiones, hay otro elemento que se debe considerar. Desde 1950 a 2016, el aumento promedio de la esperanza de vida fue de aproximadamente 27,3 años en América del Sur. Pero, en Europa fue de tan solo 16 años y 17 años en los Estados Unidos de América<sup>(1,2)</sup>. En otras palabras, la aceleración del envejecimiento parece ser más rápido en los países de América del Sur.

Si se tratara de entender qué sucedió en estas regiones con respecto al principal indicador de riqueza (Producto Bruto Interno - PBI) en el mismo período, se percibiría que todos los países tienen un PBI suficientemente alto. Sin embargo, mientras que en 1950 hubo una diferencia de \$ 13.692 entre el PBI de Brasil y Estados Unidos —favorable a este último— en 2016 esa diferencia aumentó a \$ 39.536<sup>(3)</sup>. Es decir, la brecha es ahora 3 veces mayor que en 1950.

Así se puede concluir que, a pesar de no alcanzar aún los valores de países pertenecientes a Norteamérica o Europa; los países Latinoamericanos tienen indicadores que apuntan a un rápido envejecimiento demográfico. Inclusive, la producción de riqueza de esta última región está mucho más alejada del promedio de la primera que en el pasado. Por ende, envejecieron, pero no se hicieron ricos. Al mismo tiempo, principalmente en Europa; se construyeron sistemas de seguridad social y salud robustas y basados en una lógica de contrato social solidario; es decir, todos participan con sus impuestos durante el tiempo que pueden (como su vida laboral), para tenerlos cuando no los tengan (infancia, enfermedad o vejez).

En América Latina, no solo por el bajo desarrollo económico, sino principalmente por las políticas adoptadas, los sistemas de seguridad social y salud son extremadamente débiles, dejando desprotegidos a los grupos de población más desfavorecidos.

Este contexto es particularmente importante cuando se experimentan situaciones extremas como las asociadas con la pandemia actual.

Ahora bien, sabiendo que, en las circunstancias actuales, asociado al envejecimiento tenemos fenómenos de multimorbilidad y dependencia <sup>(4)</sup>, la pregunta es: ¿Cómo crear condiciones para vivir esta fase de la vida con calidad, bienestar y dignidad?

Ciertamente, habrá múltiples respuestas posibles a esta pregunta. Aunque, centraremos la atención en el rol que ya tienen las enfermeras; y principalmente en aquello que pueda surgir en el futuro.

El argumento para esta reflexión fue, por supuesto, este libro y sus múltiples capítulos con diferentes temáticas en el que se tendrá la oportunidad de descubrirlos con un marco más amplio en cada uno de ellos.

Así pues, en vista de lo anterior, es claro que una de las dimensiones estructurales de la vida del adulto mayor es el autocuidado entendido como un proceso —asumido por cada uno—, de mantener la salud a través de prácticas de promoción de la salud y el control de enfermedades <sup>(5)</sup>. Siendo los enfermeros los profesionales del autocuidado, es decir, los que tienen el mandato social de intervenir terapéuticamente cuando la persona no se sabe o no puede cuidarse a sí misma; esto significa que deben liderar el proceso de atención a todas las personas con dependencia. Por lo tanto, las enfermeras necesitan dejar de formarse y actuar de acuerdo con la obediencia y empezar a hacerlo debido a una rebeldía inteligente y comprometida socialmente; en este caso las relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Y para eso, necesitan aún más entender que la dependencia no es un atributo de la persona, sino el resultado de su condición de salud e interacción en un contexto de ecosistema dado. Por otra parte, el cuidado (el acto de cuidar) es siempre un acto político por la sencilla razón de que la salud y el bienestar de las personas, en particular de los adultos mayores, se explican en gran medida por los determinantes sociales de la salud. De manera que, las enfermeras deben estar preparadas para actuar en todos los niveles, desde la definición de políticas de salud, hasta el nivel clínico.

Relativamente al primero (la definición de políticas públicas), necesitan asumirse como responsables de decisiones políticas u obligarlos a asumir el autocuidado como pilar estructural de cualquier servicio público de salud; a nivel de las organizaciones, ya sea que brinden cuidados o académicos, necesitan trabajar para que el autocuidado / dependencia sea al menos un enfoque tan importante como la enfermedad; en consecuencia, necesitan desarrollar modelos de cuidado congruentes con este y que asuman los hogares de las personas y estos como contexto y foco (respectivamente) de todo el proceso de cuidado. No obstante, necesitan crear las condiciones para ponerlo en práctica y estar al servicio de las personas con todos sus amplios conocimientos y habilidades que hasta ahora han estado subordinadas a la dictadura de la enfermedad.

Por si hubiera alguna duda, la pandemia que se está viviendo tiene la importancia del autocuidado. Así es que, todas las medidas de carácter preventivo de COVID-19 encajan en el autocuidado (higiene de manos, etiqueta respiratoria y aislamiento social). Si se mira a los muchos millones de personas infectadas en todo el mundo, también se ve que, en promedio, más del 95% de ellos están en sus hogares solo con el cuidado personal, ya sea para protegerse a sí mismos o para proteger a los demás. Pero también, el autocuidado es promover la salud mental de estas personas. En este contexto, la promoción

del autocuidado, especialmente en las poblaciones más vulnerables, como los adultos mayores, es fundamental.

En este sentido los múltiples capítulos de este libro, por ejemplo: señalan, entre otros, el N° 3 (Ampliación del rol del enfermero en la atención de los adultos mayores en la región de las Américas); N° 6 (El proceso de atención de enfermería aplicado al adulto mayor en tiempos de pandemia en la Atención Primaria en Salud ; N° 7 (Promoción de la salud del adulto mayor en grupos de convivencia en tiempo de pandemia en la Atención Primaria en Salud ), N° 11 (Impacto del confinamiento en la salud mental del adulto mayor en tiempos de pandemia ) y N° 12 ( Cuidador del adulto mayor en tiempo de pandemia: visión de enfermería en el contexto de la Atención Primaria en Salud). Por estos motivos, se considera que el aporte de este libro es un signo inconfundible de la enorme vitalidad de la enfermería en América del Sur y no se encuentra una mejor manera que cerrar así el Año Internacional de la Enfermería. Por eso, se recuerda la visión que, para este efecto, se definió hace un año: "mejorar la salud a nivel mundial, elevar el perfil y el estatus de las enfermeras en todo el mundo, influir en los responsables de la formulación de políticas y apoyar a las propias enfermeras para liderar, aprender y construir un movimiento global".

En 2011, el *Institute of Medicine*, a través de un informe que actualmente se está revisando, defendió que las enfermeras deben estar preparadas para liderar cambios que mejoren la salud de las poblaciones <sup>(6)</sup>.

En conclusión, se cita un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud sobre las enfermeras, en el que se establece que los gobiernos nacionales, con el apoyo, cuando sea relevante, de sus socios nacionales e internacionales, deben catalizar y liderar una aceleración de los esfuerzos para:

- Desarrollar habilidades de liderazgo, administración y gestión para la fuerza laboral de enfermería a fin de promover agendas relevantes de educación, salud, empleo y género;
- Optimizar el rendimiento de las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de opciones de políticas requeridas en educación, trabajo decente, remuneración justa, implementación, práctica, productividad, regulación y retención de la fuerza laboral de enfermería;
- Acelerar y mantener la inversión adicional en educación, habilidades y empleos en enfermería <sup>(7)</sup>.

Por lo tanto, inequívocamente, las enfermeras ya son indispensables en todos los contextos de atención, pero tienen el potencial de contribuir mucho más al beneficio del acceso universal en la atención médica.

*Prof. Dr. Manuel José Lopes*



## REFERENCIAS

- 1- Riley JC. Life Expectancy. [Homepage]. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- 2- Roser M, Ortiz-Ospina E, Ritchie H. Life Expectancy. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- 3- Roser M. (Economic Growth. [Homepage]. 2013 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/economic-growth>
- 4- Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(Sp.Issue):52-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>
- 5- Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012;3(35):194-204. doi: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- 6- Institute of Medicine. The Future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Washington: National Academies Press; 2011. doi: <https://doi.org/10.17226/12956>
- 7- World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Online]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>

## *Dedicado*



**A la memoria de los profesionales en Enfermería de América Latina que dejaron este mundo como consecuencia de la pandemia.**

# Agradecimientos



*"Este E-book es parte de la historia de la Enfermería Gerontológica en América Latina, cuya precursora fue la Prof. Marialcira O. Quintero, enfermera y maestra de la Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela. Como primera coordinadora de la REDESAM, Marialcira fue una impulsora durante una generación de enfermeras interesadas en el desarrollo de una red de cooperación en el cuidado de los adultos mayores, por lo que los coordinadores de los 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, El Salvador, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela) que componen la REDESAM, en la actualidad, expresan su agradecimiento. Ciertamente la articulación de las enfermeras en América Latina se verá cada vez más fortalecida, a favor de la atención a los adultos mayores '.*

*¡Muchas gracias!*

*Equipo de coordinación del libro electrónico*

# Sumário

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	12
<b>PRÓLOGO</b> .....	14
<b>1. PANORAMA ACTUAL DE COVID-19 EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA, CON ENFOQUE EN EL ADULTO MAYOR</b> .....	23
<i>Wanderson Kleber de Oliveira (Brasil)</i>	
<b>2. SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	35
<i>Alisson Fernandes Bolina (Brasil); Anhay Velazquez Aznar (Cuba); Aurora Felix Alemán (México); Gladis Isabel Torres (Argentina) Julio Mendigure Fernandez (Perú); Luís Carlos Lopes-Júnior (Brasil); Marina Aleixo Diniz Rezende (Brasil)</i>	
<b>3. AMPLIACIÓN DEL ROL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS</b> .....	48
<i>Silvia Helena De Bortoli Cassiani (Estados Unidos); Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (Perú)</i>	
<b>4. BREVE HISTORIA DE LA PANDEMIA COVID-19 Y LA PRÁCTICA DE LO ENFERMERO EN EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	61
<i>Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Brasil); Leonor Luna Torres (Colombia); Rachel Gabriel Bastos Barbosa (Brasil)</i>	
<b>5. ATENCIÓN INTERPROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	75
<i>Doris Siqueira Daza (Chile); Alexandre de Assis Bueno (Brasil); Beatriz Arana Gómez (México); Elizabeth Moura Soares de Souza (Brasil); Leonor Cuellar Gomez (Colombia)</i>	
<b>6. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	87
<i>Cristina Mara Zamarioli (Brasil); Germania Marivel Vargas Aguilar (Ecuador); Maria Neila Sanchez Cedeño (Colômbia); Nayara Araújo dos Reis (Brasil)</i>	
<b>7. PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN GRUPOS DE CONVIVENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	100
<i>Cecilia Lucia Rossi (Argentina); Alejandra Rojas Rivera (Chile); Daiane de Souza Fernandes (Brasil); Estela Rodríguez Torres (Colombia); Luipa Michele Silva (Brasil); Rafael René Suárez Fuentes (Cuba)</i>	

- 8. APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 111**  
*Zoila Esperanza Leitón Espinoza (Perú); Alejandra Ximena Araya (Chile); Caridad Dandicurt Thomas (Cuba); Eduardo Rodolfo Blotta (Argentina); Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira (Brasil); Monica Patrícia Pippino (Argentina)*
- 9. VACUNACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 125**  
*Tercia Moreira Ribeiro da Silva (Brasil); Alan Nogueira da Cunha (Brasil); Gudelia Nájera Gutiérrez (México); María Elena Martínez Barrera (Perú); Soledad Andrea Chocobar (Argentina)*
- 10. EVALUACIÓN Y CUIDADO DE LA PIEL DE LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 136**  
*Soraia Assad Nasbine Rabeih (Brasil); Idevania Geraldina Costa (Canadá); Martha Elba Salazar Barajas (México); Pamela Andrea Valdebenito Aravena (Chile); Paula Cristina Nogueira (Brasil)*
- 11. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA ..... 148**  
*Sofía Sabino Lavado Huarcaya (Perú); Claude Odily Quintanilla de Calderon (El Salvador); Emanuella Barros dos Santos (Brasil); Emma Tereza Urbancic Marusic (Argentina); María Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso (Portugal)*
- 12. CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: VISIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 160**  
*Elizabeth Fajardo Ramos (Colombia); Carmen del Rocio Parra Pérez (Ecuador); Edilene Araújo Monteiro (Brasil); Emilce Salamanca Ramos (Colombia); Sandra Arely Martínez de Díaz (El Salvador)*
- 13. TECNOLOGÍAS DIGITALES Y ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 173**  
*Idiane Rosset (Brasil); Fernando Gómez (Argentina); Lisiane Manganelli Girardi Paskulin (Brasil); María de Jesús Jiménez González (México); Rosa Elena Sibrian de Martínez (El Salvador)*
- 14. CUIDADO SEGURO DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 183**  
*Fernanda Raphael Escobar Gimenes (Brasil); Ana Maria Ribeiro dos Santos (Brasil); Miriam Gladis Martínez de Marroquin (El Salvador); Orfelina Arpasi Quispe (Perú); Rina Vanessa Quijije Díaz (Ecuador)*
- 15. LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 196**  
*María José D'Elboux (Brasil); Edith Nieves Álvarez Pérez (Cuba); María José Sanches Marin (Brasil); Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez (Ecuador)*

**16. EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON VIH EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19 ..... 208**

*Renata Karina Reis (Brasil); Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha- Oliveira (Portugal); Elucir Gir (Brasil); Gessyca Cavalcante de Melo (Brasil); Marli Teresinha Gimenez Galvão (Brasil); Patrícia Mardy Ruiz Pizarro (Perú)*

**17. EL ADULTO MAYOR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 222**

*Giovana Paula Rezende Simino (Brasil); Edvane Birelo Lopes De Domenico (Brasil); Idalmis Infante Ochoa (Cuba); Reyna Ysmelia Peralta Gómez (Perú)*

**18. LIMITACIONES DEL ADULTO MAYOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA..... 232**

*Darlene Mara dos Santos Tavares (Brasil); Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro (Portugal); Blanca Leticia Martínez Amaya (El Salvador); Daniela Alexandra Torres Fernández (Chile); Martha Isabel Vivas Chacon (Colombia); Nayara Gomes Nunes Oliveira (Brasil)*

**19. DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 244**

*Fabia Maria de Lima (Brasil); Celmira Lange (Brasil); Ceres Eloah de Lucena Ferreti (Brasil); Maria Victoria Rojas Martínez (Colômbia) Eva Susana Corbo Ibañez (Uruguay); Virginia Reyes Audiffred (México)*

**20. EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19 ..... 257**

*Sônia Maria Soares (Brasil); Deuzany Bezerra Melo Leão (Brasil); Katherine Sanclemente Angrino (Colombia); Laura Villaquirán Jiménez (Colombia); Maritza Evangelina Villanueva Benites (Perú); Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro (Brasil)*

**21. CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 267**

*Jack Roberto Silva Fhon (Brasil); Alexandre Ernesto Silva (Brasil); Denisse Parra-Giordano (Chile); Heliberto Mena Cambroner (Costa Rica); Tirso Duran Badillo (México)*

**22. RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ..... 278**

*Luciana Kusumota (Brasil); Angela Maria Henao Castaño (Colombia); Caridad Llanes Betancourt (Cuba); Diana Leonor Broin (Argentina); Gabriella Santos Lima (Brasil)*

# 1

## PANORAMA ACTUAL DE COVID-19 EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA, CON ENFOQUE EN EL ADULTO MAYOR

---

Wanderson Kleber de Oliveira  
Brasil



# 1 - PANORAMA ACTUAL DE COVID-19 EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA, CON ENFOQUE EN EL ADULTO MAYOR

Wanderson Kleber de Oliveira

ORCID: 0000-0002-9662-1930

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia de coronavirus (COVID-19) en el mundo se ha convertido en un grave problema de salud pública, sobre todo en América Latina. **Objetivo:** presentar un análisis comparativo del panorama de COVID-19, de enero a octubre de 2020, entre América Latina y otras regiones y continente, en el contexto de la salud del adulto mayor. **Desarrollo del tema:** los aspectos epidemiológicos desde el surgimiento en China, y la especificidad de la pandemia en el mundo y en América Latina y su incidencia, destacan los principales indicadores en la atención al adulto mayor antes del COVID-19 y los principales problemas identificados en políticas públicas en países latinoamericanos. **Consideraciones finales:** se enfatiza que los gobiernos de América Latina deben desarrollar estrategias y políticas que incluyan a los adultos mayores, y estas serán incluso fundamentales para el éxito de los esfuerzos por alcanzar las metas establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Cada país con sus especificidades debe analizar la pandemia en cada territorio y las lecciones aprendidas en 2020, para que las acciones sean más efectivas.

**Descriptores:** COVID-19, Epidemia, Política de Salud, Salud del anciano, América Latina



# Introducción

Con el avance y el acceso a tecnologías en diferentes áreas, principalmente en la producción de alimentos y la salud, el efecto es que los humanos estamos viviendo más y su proporción en relación con otros grupos de edad está aumentando en todos los continentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará, pasará de 900 millones a 2 mil millones de personas pasando del 12% al 22%.<sup>(1)</sup>.

En el continente americano, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS), en 2019 la región tenía alrededor del 16% de sus habitantes mayores de 60 años, con un pronóstico de crecimiento para las próximas décadas, que puede alcanzar 36% en el año 2100. Además de la mayor proporción en el número de personas, en los últimos 15 años también hubo un aumento del 77% en el número de años vividos en el grupo de edad por encima de los 80 años<sup>(2)</sup>.

Vinculado al envejecimiento, las sociedades deben estar preparadas para cambiar el perfil de demandas y necesidades, ya que los valores también pueden cambiar. Por lo que la OMS denomina el período de 2020 a 2030 como la **Década del envejecimiento saludable**, considerando el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que les permita poder lograr todo lo que cada individuo valora, preservando la capacidad física y mental en el transcurso del envejecimiento, previendo la adecuación del entorno para mejorar espacios y servicios con acceso y accesibilidad en el hogar, en el transporte, en la vía pública, etc<sup>(3)</sup>.

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el contexto del envejecimiento saludable se enumeran: acciones contra la pobreza, orientadas a políticas de jubilación, asistencia social, entre otras medidas; acciones contra el hambre y acceso de los adultos mayores a la ingesta de nutrientes suficientes; acciones para acceder a la educación y reducir barreras a lo largo de la vida; promover la igualdad de género ya que las mujeres tienden a sobrevivir a los hombres y su participación en la fuerza laboral es desproporcionada; acciones de investigación y desarrollo enfocadas a los desafíos de la población adulta mayor; acciones para reducir las inequidades para la incorporación de los adultos mayores a la población; acciones para promover ciudades y comunidades saludables considerando la amplia gama de recursos y capacidades disponibles; acciones para promover la paz y la justicia, a través de legislación y políticas que consideren las especificidades del envejecimiento y, finalmente, acciones para promover la salud y el bienestar<sup>(3)</sup>.

Al describir la acción sobre la salud y el bienestar, la OMS destaca que la mayoría de los sistemas de salud están mejor diseñados para hacer frente a las condiciones de salud individuales agudas que las necesidades de salud más complejas y crónicas que tienden a surgir con el envejecimiento<sup>(3)</sup>. Es un hecho que las enfermedades no transmisibles se encuentran entre los principales problemas de salud que

afectan a los adultos mayores, tales como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, demencia, entre otras<sup>(2)</sup>. Sin embargo, es necesario considerar la transición demográfica y epidemiológica que, en América Latina, se da de manera incompleta, con los dos desafíos presentes: la coexistencia de enfermedades agudas y crónicas. Pero con COVID-19, otros aspectos deben incluirse en esa ecuación.

Con la aprobación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en 2005 (RSI), la comunidad internacional cuenta ahora con un instrumento de decisión para realizar la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)<sup>(4,5)</sup>. Sin embargo, para caracterizarlo se evalúa la gravedad del impacto en la salud pública, como se muestra en el Anexo II. Para reducir la inexactitud de esta evaluación, el RSI ofrece algunos ejemplos, uno de los cuales es “La población en riesgo es especialmente vulnerable (por ejemplo, los adultos mayores)”<sup>(5)</sup>.

En este siglo se produjeron varias Emergencias de Salud Pública (ESP) por diferentes naturalezas, como epidemias, problemas con la calidad del producto y también por cuestiones ambientales. En todas estas situaciones, las personas mayores, en este texto, consideradas de 60 años o más, sufren de manera desproporcionada, en todas partes del mundo. En 2003, se produjo una de las mayores olas de calor de la historia de Francia, que provocó un exceso de casi 15.000 muertes entre el 1 y el 20 de agosto, siendo los adultos mayores los más afectados<sup>(6)</sup>.

Las epidemias se asocian generalmente con cambios en los patrones relacionados con el clima, alcanzando con mayor intensidad en determinadas épocas del año, relacionadas con el lugar, áreas más densas y también por características individuales. En 2009, la primera pandemia ocurrió bajo el nuevo RSI. En ese momento, el grupo de edad más afectado fue el de adultos jóvenes, mientras que el patrón esperado de influenza se encuentra en los extremos de edad, adultos mayores y niños. Por tanto, el hecho de que comenzara a afectar a los adultos jóvenes fue una de las principales evidencias de que se trataba de una situación inusual<sup>(7)</sup>.

El 5 de enero de 2020, la OMS publicó la primera declaración sobre un brote de neumonía por causa desconocida en China. Según el comunicado, el Gobierno de China notificó a un total de 44 personas el 31 de diciembre, de las cuales 11 tenían una condición grave<sup>(8)</sup>. El segundo comunicado se publicó recién el 12 de enero, en esta ocasión ya se conocía que el agente patógeno era el coronavirus y que el día anterior se registró la primera muerte por la enfermedad, que posteriormente se denominó Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). Sin embargo, se destacó un hecho importante, el paciente tenía varias enfermedades crónicas subyacentes y tenía 61 años<sup>(9)</sup>.

El primer caso fuera de China se registró en Tailandia en una mujer china de 61 años<sup>(10)</sup>. Desde el comienzo de la pandemia, el COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a personas de 60 años o más<sup>(11)</sup>.

Varios factores pueden estar relacionados con la aparición de una nueva enfermedad transmisible, como la deforestación, las mutaciones, la migración humana, la cultura intensiva y la interrupción de los servicios de salud<sup>(12)</sup>. Los otros determinantes sociales de la salud también son responsables<sup>(13-15)</sup>.

La pandemia demuestra la importancia de los sistemas de salud universales como el 'Sistema Único de Salud' (SUS – por sus siglas en portugués), en respuesta, especialmente en el apoyo a los adultos mayores<sup>(16,17)</sup>.

## OBJETIVO

Presentar un análisis comparativo del panorama de COVID-19, de enero a octubre de 2020, entre América Latina y otras regiones y continente, en el contexto de la salud del adulto mayor.

# Desarrollo del tema

## Aspectos epidemiológicos

Los coronavirus se dividen en cuatro géneros, alfa, beta, gamma y delta. Sin embargo, solo el alfa-coronavirus (HCoV-229E y HCoV-NL63) y la beta coronavirus (HCoV-HKU1, HCoV-OC43, MERS-CoV, SARS-CoV1 y SARS-CoV-2) afectan a los seres humanos. De estas, cuatro especies circulan estacionalmente en América Latina, alfa coronavirus y dos betas coronavirus (HCoV-HKU1, HCoV-OC43)<sup>(18)</sup>.

Las regiones templadas se caracterizan por cuatro estaciones bien definidas, con primavera y verano con temperaturas más altas y otoño e invierno con temperaturas bajas. Estas regiones se encuentran cercanas al trópico de cáncer en el hemisferio norte y por debajo del trópico de capricornio en el hemisferio sur<sup>19</sup>. En estas regiones, las infecciones respiratorias por coronavirus son más frecuentes en los meses más fríos del invierno, aunque pueden ocurrir durante todo el año<sup>(20–22)</sup>.

Hasta el 31 de octubre de 2020, se registraron 46 millones de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo y 1.2 millones de muertes, 23.9% (11 millones) de los casos y 61.9% (407 mil) de las muertes en América Latina y el Caribe, según datos de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)).

El principal medio de transmisión del SARS-CoV2 es a través de una persona infectada en estrecho contacto, menos de dos metros durante unos 15 minutos, con otra persona susceptible sin haber adoptado tanto medidas como prevención<sup>(23)</sup>.

En general, la transmisión comienza desde unos pocos días antes del inicio (aproximadamente 2 a 4 días) y hasta 10 días después del inicio de los síntomas, en promedio<sup>(18,24,25)</sup>. El período de mayor transmisibilidad ocurre en los primeros días de la enfermedad<sup>(26)</sup>.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) tiene un amplio espectro clínico, desde infecciones asintomáticas, pasando por un cuadro oligosintomático y fatal.<sup>18,22,27</sup> Uno de los estudios más completos sobre el perfil clínico en China, evaluó alrededor de 44,500 casos y demostraron que la tasa de letalidad fue del 2,3%, sin que se registraran muertes entre las personas que no estaban en el 5% del grupo de enfermedad grave (Figura 1)<sup>(28–30)</sup>.

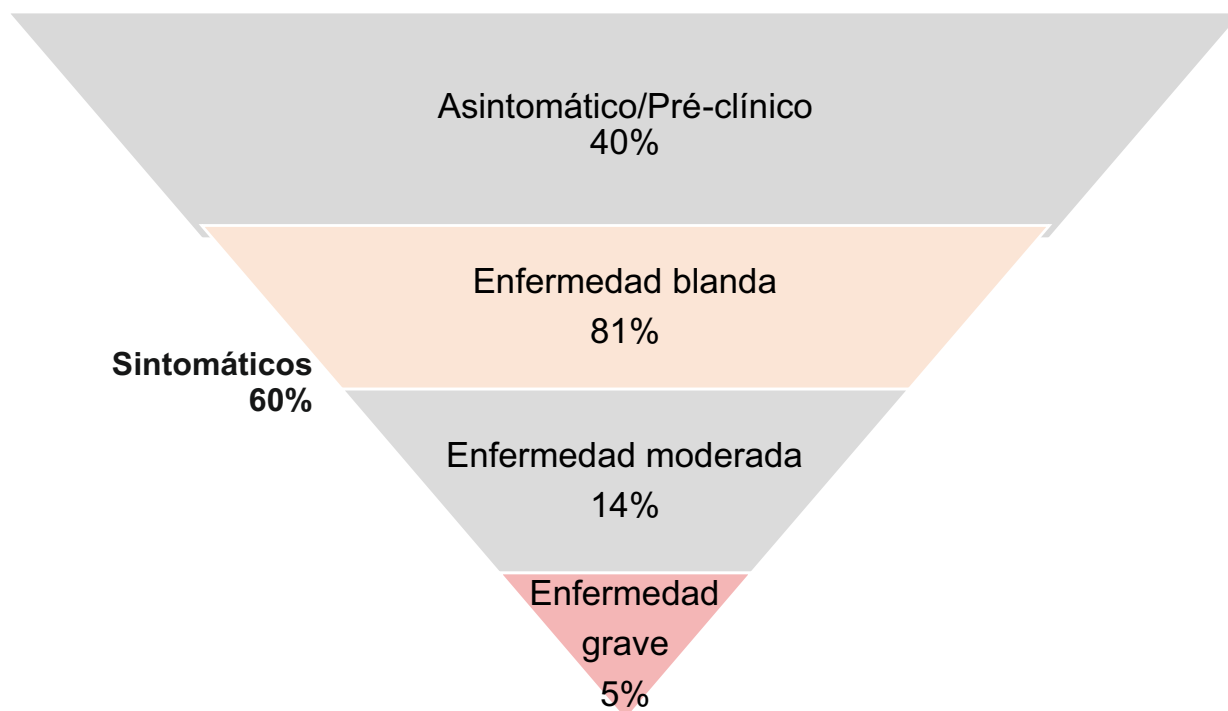


Figura 1 - Proporción de presentaciones clínicas de COVID-19.

La COVID-19 puede afectar a cualquier persona a cualquier edad. Sin embargo, se sabe que las personas de 60 años o más, especialmente las mayores de 75 años tienen más probabilidades de sufrir una enfermedad grave y morir. En varios estudios de pacientes hospitalizados, la mitad tenía entre 49 y 56 años<sup>(31)</sup>.

Por lo que la combinación de la vejez, una enfermedad crónica y COVID-19 suele ser fatal. En los Estados Unidos de América (EE. UU.), Las primeras epidemias se produjeron en el estado de Washington en la costa oeste, afectando principalmente a los centros de atención a largo plazo para el Adulto Mayor. La edad promedio fue de 83 años, con un 94% de ellos con enfermedades crónicas asociadas. Este perfil resultó en una tasa de hospitalización del 55%. Y una letalidad en número de muertes entre los que contrajeron la enfermedad del 34%<sup>(32)</sup>.

### **Especificidad de la pandemia en el mundo y en América Latina**

El 3 de noviembre, la OMS presentó un análisis centrado en cuestiones de edad y género, refiriéndose a la información de 124 países y todas las regiones de la organización. Se evaluaron 18.156.074 pacientes entre el 31 de diciembre de 2019 y el 18 de octubre de 2020<sup>(33)</sup>.

Según el análisis, al comienzo de la pandemia la proporción de personas de 65 años o más era aproximadamente el 40% del total. Sin embargo, la proporción del grupo de edad de 15 a 24 aumentó de 4% a 14% entre las semanas epidemiológicas 9 y 42. Por ejemplo, en el grupo de edad de 25 a 65 aumentó de 50% a 65% en el mismo período. En las personas de 65 años o más, hubo una caída del 40% que al principio del 15% de los casos en las últimas semanas<sup>(33)</sup>.

Entre las hipótesis para explicar este cambio de tendencia, se puede inferir en la mayor capacidad y

calidad de las pruebas de laboratorio, el mejor desempeño de los servicios de salud y en el caso de los adultos mayores, se implementaron importantes medidas en instituciones de largo plazo, las cuales se vieron muy afectadas al inicio de la pandemia, además de una mayor transmisión entre los más jóvenes a medida que las medidas se volvieron más flexibles<sup>(33,34)</sup>.

En cuanto a las defunciones, hubo un aumento en la proporción en el grupo de edad de 25 a 64 años del 10% al 25% en las últimas semanas. Aunque, en las personas de 65 años o más, han disminuido de casi del 90% al comienzo de la pandemia al 75% en las últimas semanas<sup>(33)</sup> en el grupo de 0 a 14 años se mantuvo en torno al 0,2%, es decir la proporción de muertes en los adultos mayores sigue siendo muy superior a la de los otros grupos de edad, alcanzando el 75% de las personas infectadas, mientras que la proporción de esta El grupo de edad es alrededor del 12-14% de la población mundial<sup>(3,11,33)</sup>.

Sin embargo, cabe destacar que en la comparación entre América Latina y otras partes del mundo, es necesario considerar que, en el norte, la frontera entre México y Estados Unidos delimita el inicio de América Latina. Y la mayor parte de la región está ubicada en la zona intertropical, donde el clima no está bien definido.

Por ejemplo, el primer caso de COVID-19 en Norteamérica ocurre el 20 de enero de 2020 en los EE. UU. Y en América Latina ocurrió en Brasil el 26 de febrero de 2020 en el Estado de São Paulo, en una persona mayor que regresaba de un viaje a Italia y el La primera muerte ocurrió el 17 de marzo en el mismo estado<sup>(35)</sup>.

Por consecuencia, Al 31 de octubre de 2020, se registraron 45,7 millones de casos en todo el mundo, con el 47,4% (21,7 millones) de estos casos en el continente americano. De estos, el 24,3% (11,5 millones) ocurrieron en América Latina, en el período mencionado. Por ejemplo, se evaluó la incidencia por 100 mil habitantes. 1.791 casos por cada 100 mil habitantes en los 20 países que conforman América Latina, frente a los 2.696 casos por cada 100 mil habitantes, en los demás países de América.

El resto de los países no latinoamericanos como Estados Unidos de América, Canadá, el Caribe y países de Centro y Sudamérica con idiomas distintos al español, portugués y francés, alcanzaron su punto máximo en la Semana Epidemiológica (SE) 30 que finalizó el 27 de julio. Mientras que en América Latina llegó a la SE 33 el 15 de agosto. Haciendo que los dos grupos de países prácticamente llegaran a la misma incidencia en la SE 37 el 12 de septiembre. A partir de ese momento, los países no latinos, especialmente EE. UU., Tienen un aumento significativo de casos. A pesar de la reducción de casos en América Latina, aún existe la posibilidad de un aumento adicional, considerando el número de personas susceptibles y la falta de vacuna o medida de control farmacológico, hasta el momento<sup>(36)</sup> (Figura 2)

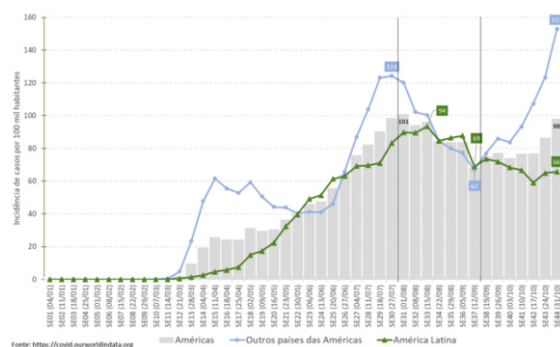


Figura 2. Distribución de la incidencia de casos de COVID-19 por cada 100 mil habitantes, en el continente americano por semana epidemiológica

[\(Haga clic aquí para ver la imagen a tamaño completo\)](#)

Según la OMS, el aumento en el continente americano es del orden del 13%. Sin embargo, hay una reducción sostenible en todo el continente, pese a que hubo un aumento del 2% en las muertes (33).

En Colombia, hubo 1 millón de casos y 31.000 muertes con un pico en la SE 33 (15/08), con 40% en el grupo de edad de 20 a 39 años. Las muertes se concentraron en personas de 60 años o más en una proporción del 76%. En México, la mediana de edad fue de 63 años (33).

### **Principales indicadores en la atención al adulto mayor ante el COVID-19**

El tercer objetivo del desarrollo sostenible (ODS) es la salud y el bienestar. Así como, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades (37).

Pero, ante la Pandemia COVID-19, que aún se encuentra en curso y no se espera que concluya, será necesario, posiblemente, revisar la amplitud, el plazo e incluso la calificación de los indicadores de los ODS, como se puede apreciar en líneas principales, especialmente considerando que en el sitio web del gobierno brasileño, todos los indicadores a continuación están en análisis o en construcción y este último no tiene datos disponibles (37,38).

Por ejemplo, Los principales indicadores relacionados con el envejecimiento saludable, dentro del objetivo tres, se describen en el ítem 3.3 cuyo objetivo es acabar con las enfermedades transmisibles considerando el impacto del COVID-19, ya que en el ítem 3.4, el objetivo es reducir en un tercio la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, a este incluye enfermedades circulatorias, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas.

De acuerdo con el análisis de estos dos grupos de indicadores se pueden establecer métricas para estudiar el impacto de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles por la pandemia. En varios lugares, las personas con enfermedades crónicas no han logrado un control regular, lo que ha provocado un agravamiento y, finalmente, la muerte, debido al efecto indirecto de la pandemia.

Otro conjunto de indicadores es el objetivo 3.8, que implica el acceso universal a la cobertura de salud, incluidos medicamentos y vacunas, relacionándose con el ítem 3.b, que es el apoyo a la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos. Según la OMS, 47 vacunas se encuentran en fase clínica hasta el 3 de noviembre, entre aquellos 10 en fase 3 de desarrollo y otras 155 en fase preclínica<sup>(39)</sup>. No obstante, según los registros de la plataforma de ensayos clínicos del gobierno americano<sup>1</sup> (<https://clinicaltrials.gov/>) en algunos estudios se incluyeron personas mayores de 60 años. Este grupo de edad posiblemente será priorizado en las primeras etapas de vacunación, por lo que los indicadores para el seguimiento de los síndromes respiratorios serán fundamentales.

Ya en el ítem 3.d, se prevén refuerzos en las capacidades de vigilancia y respuesta a emergencias, con una mejora en la capacidad de detección para reducir riesgos.

## **Principales problemas identificados en las políticas públicas en los países de América Latina**

Un factor común entre los países de América Latina fue la falta de suministros de artículos esenciales como equipos de protección personal, como mascarillas, guantes, gafas, delantales, alcohol en gel y otros artículos como respiradores. Es un hecho que esta escasez afectó a varios países, incluidos los desarrollados. y se observó que existe la necesidad de fortalecer el parque productivo local y mecanismos de producción más ágiles.

Otro factor no menos importante fue la falta de profesionales capacitados en varias áreas, como médicos y enfermeras, pero también de fisioterapeutas, farmacéuticos y biólogos, para actuar tanto en la asistencia como en los laboratorios. Por mencionarlo, un sector que se vio muy afectado y, a pesar del importante desempeño durante la pandemia; donde hubo una enorme demanda reprimida, fueron la falta de epidemiólogos y también los científicos de datos, principalmente los capaces de realizar análisis y modelos en una gran base de datos e implementar técnicas de predicción más sofisticadas, además de mejorar los sistemas de información.

Una tercera limitación común observada fue la necesidad de capacitación y calificación en comunicación de riesgos, considerando la diversidad de narrativas observadas en la prensa.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La pandemia sigue afectando más gravemente a los adultos mayores. A pesar de los avances en tecnología y conocimiento científico, será necesario que los gobiernos desarrollen estrategias y políticas que incluyan a los adultos mayores, y estas serán incluso fundamentales para el éxito de los esfuerzos por alcanzar las metas fijadas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En muchos países en desarrollo, los sistemas de pensiones existentes cubren solo a una minoría de los adultos mayores, por lo que será necesario prever medidas para ampliar los programas de transferencia de ingresos, especialmente para la población de este grupo de edad, al tiempo que se garantiza la sostenibilidad y la solvencia de sus sistemas de pensiones.

Será necesario fortalecer, de manera equitativa, los lugares donde los sistemas de salud existentes son frágiles y sin infraestructura para hacer frente a la creciente demanda con el envejecimiento y la supervivencia de la población, con el objetivo de satisfacer sus necesidades, principalmente por la potencial acumulación de demandas de cirugías electivas que se postergaron en 2020, así como la reprimida demanda de postergación de actos electivos y consultas. Además, los gobiernos deben organizarse para la post-pandemia, donde habrá una necesidad creciente de cuidados a largo plazo, tanto en el hogar como en instituciones, para garantizar el bienestar de los adultos mayores.

Finalmente, entendiendo la tendencia de COVID-19 en su territorio, los gobiernos deberán realizar evaluaciones de las lecciones aprendidas en 2020, con el fin de describir lo que fue exitoso, pero principalmente lo que necesita mejorarse, además de las necesidades actuales, para anticipar necesidades futuras en relación con la población adulto mayor. Hecho esto, su implementación proactiva

de políticas y programas que tienen como objetivo asegurar que se atienda a la población adulto mayor, en el contexto de una “nueva normalidad”, teniendo en cuenta lo que escribió la OPS / OMS en 2007: “Ningún país, por más preparado que esté, para más rico o tecnológicamente avanzado, puede prevenir, detectar y responder por sí solo a todas las amenazas a la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar desapercibidas desde una perspectiva nacional, requerir un análisis global para evaluar adecuadamente el riesgo o requerir una coordinación efectiva a nivel internacional”<sup>(40)</sup>.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organización Mundial de la Salud. 2017. 10 facts on palliative care. [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Envelhecimento e saúde. [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <http://www.paho.org/pt/temas/enjecimiento-poblacion>
3. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Ageing and life-course. Healthy Ageing and the Sustainable Development Goals. [cited 2020 Nov. 8]. Available from: <http://who.int/ageing/sdgs/en>
4. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Public Health Emergencies: concept, characterization, preparation and response. *Estudos Avançados*. 2008;22(64):19-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>
5. World Health Organization (WHO) [Internet]. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-Brasil). Regulamento Sanitário Internacional (RSI). 2019. [cited 2020 Oct. 26]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812)
6. Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C et. al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *Eur J Public Health*. 2006;16(6):583-591. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl063>
7. Oliveira WK, Carmo EH, Penna GO, Kuchenbecker RS, Santos HB, Araújo WN et al. Pandemic H1N1 influenza in Brazil: Analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). *Eurosurveillance*. 2009;14(42). [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/es.e14.42.19362-en>
8. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Pneumonia of unknown cause – China. OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Apr. 18]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
9. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Novel Coronavirus – China. OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Nov. 8]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
10. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Novel Coronavirus – Thailand (ex-China). OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Nov. 8]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/14-january-2020-novel-coronavirus-thailand/en/>
11. Neumann-Podczaska A, Al-Saad SR, Karbowski LM, Chojnicki M, Tobis S, Wieczorowska-Tobis K. COVID 19 - Clinical Picture in the Elderly Population: A Qualitative Systematic Review. *Aging Dis* 2020;11(4):988–1008. DOI: <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0620>



12. Centers for Disease Control and Prevention. Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States (Executive Summary). *MMWR* 1994;43(No. RR-5). Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4305.pdf>
13. BRASIL. Casa Civil. Decreto n. 7616. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília: 2011 [cited 2020 Oct. 26]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm)
14. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: UNICAMP, 2004. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dr\\_JarbasTese\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dr_JarbasTese_final.pdf)
15. Baiter S, Benin A, Pinto SWL, Teixeira LM, Alvim GG, Luna E et al. Epidemic nephritis in Nova Serrana, Brazil. *The Lancet*. 2000;355(3217): 1776-1780.
16. Pollitt KJG, Peccia J, Ko AI, Kaminski N, Cruz CSD, Nebert DW et al. COVID-19 vulnerability: the potential impact of genetic susceptibility and airborne transmission. *Hum. Genomics*. 2020;14(17). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40246-020-00267-3>
17. Castelyn CDV, Viloen IM, Dhai A, Pepper MS. Resource allocation during COVID-19: A focus on vulnerable populations. *S Afr J Bioethics Law*. 2020;13(2):X. [cited 2020 Oct. 18]. DOI: <https://doi.org/10.7196/SAJBL.2020.v13i2.730>
18. Chauhan S. Comprehensive review of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Biomed J* 2020;43(4):334-340. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.05.023>
19. Caini S, Andrade W, Badur S, Balmaseda A, Barakat A, Bella A et al. Temporal Patterns of Influenza A and B in Tropical and Temperate Countries: What Are the Lessons for Influenza Vaccination? *Plos One*. 2016;11(5):e0155089. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155089>
20. McIntosh K, Kapikian AZ, Turner HC, Hartley JW, Parrott RH, Chanock RM. Seroepidemiologic studies of coronavirus infection in adults and children. *Am J Epidemiol*. 1970;91(6):585-592. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournal.aje.a121171>
21. Vabret A, Dina J, Gouarin S, Petitjean J. Human (non-severe acute respiratory syndrome) coronavirus infections in hospitalised children in France. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(4):176–181. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01246.x>
22. Zeng ZQ, Chen DH, Tan WP, Qiu SY, Xu D, Liang HX et al. Epidemiology and clinical characteristics of human coronaviruses OC43, 229E, NL63, and HKU1: a study of hospitalized children with acute respiratory tract infection in Guangzhou, China. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2018;37(2):363–369. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10096-017-3144-z>
23. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(8):911–919. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)
24. Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Contact tracing in patients infected with SARS-CoV-2. The fundamental role of Primary Health Care and Public Health. *Semergen*. 2020;46(1):55-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.06.001>
25. Chau NVV, Lam VT, Dung NT, Yen LM, Minh NNQ, Hung LM et al. The natural history and transmission potential of asymptomatic SARS-CoV-2 infection. *Clin Infect Dis*. 2020;711. /10.1093/cid/ciaa711
26. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat. Med*. 2020;26(5):672–675. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>

27. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet Lond. Engl.* 2020;395(10223):514-523. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
28. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020;323(13):1239-1242. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
29. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection: A Narrative Review. *Ann. Intern. Med.* 2020;173:362-367. DOI: <https://doi.org/10.7326/M20-3012>
30. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. *Nature* 2020;584:425-429. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2488-1>
31. Zachariah P, Johnson CL, Halabi KC et al. Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. *JAMA Pediatr* 2020;174(10):e202430. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2430>
32. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382:2005–2011. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
33. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Weekly epidemiological update - 3 November 2020. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020>
34. Organização Pan-Americana Mundial da Saúde (OPAS) [Internet]. Brasília. 2020. Orientações sobre prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19 - OPAS/OMS. Available from: <http://www.paho.org/pt/node/69988>
35. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serviços Saúde.* 2020;29(2):e2020044. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>
36. Our World Data (OWD) [Internet]. London. 2020. Coronavirus Pandemic Data Explorer. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>
37. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
38. Brasil. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. Brasília. 2020. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>
39. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2020. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. [cited 2020 No. 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. Geneva. 2007. El Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro - Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI - OPS/OMS. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2007-porvenir-mas-seguro-proteccion-salud-publica-mundial>

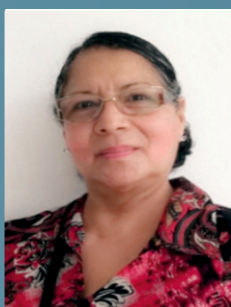
# 2

## SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA QUE ENFRENTA LA PANDEMIA DEL NUEVO CORONAVIRUS: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Alisson Fernandes Bolina  
Brasil

Anhay Velazquez Aznar  
Cuba



Aurora Felix Alemán  
México

Gladis Isabel Torres  
Argentina



Julio Mendigure Fernandez  
Perú

Luís Carlos Lopes-Júnior  
Brasil



Marina Aleixo Diniz Rezende  
Brasil

## 2 - SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA QUE ENFRENTA LA PANDEMIA DEL NUEVO CORONAVIRUS: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Alisson Fernandes Bolina

ORCID: 0000-0002-1364-0176

Anhay Velásquez Aznar

ORCID: 0000-0003-0270-6851

Aurora Félix Alemán

ORCID: 0000-0003-1140-2040

Gladis Isabel Torres

ORCID: 0000-0003-2007-3154

Julio Mendigure Fernandez

ORCID: 0000-0002-5432-8656

Luís Carlos Lopes-Júnior

ORCID: 0000-0002-2424-6510

Marina Aleixo Diniz Rezende

ORCID: 0000-0003-3069-9185

### RESUMEN

**Introducción:** En América Latina, las brechas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las inequidades sociales ponen de manifiesto la importancia de reflexionar sobre el papel de la Atención Primaria de Salud para brindar respuestas más efectivas y sostenibles en tiempos de pandemia. **Objetivos:** contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y oportunidades frente la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento. **Desarrollo del tema:** la heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental, ligada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud en cada país, ha influido mucho en la evolución de la pandemia en América Latina. La posterior llegada de COVID-19 en relación con Asia y Europa ha permitido a la mayoría de los países adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2. Sin embargo, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países. **Consideraciones finales:** en vista de estos desafíos, la pandemia representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención sanitaria integral. Esto refuerza la relevancia del papel de atención primaria en la aportación de respuestas más eficaces y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y alcance de una población más grande, más vulnerable a COVID-19 debido a sus condiciones de vida.

**Descriptores:** Sistemas de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; América Latina; Infecciones por coronavirus.

# Introducción

La propagación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) pone a prueba la estructura de los sistemas de salud y su capacidad de afrontamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), varios sistemas de salud en el mundo se han derrumbado, presentando tasas significativas de mortalidad principalmente en los países desarrollados<sup>(1)</sup>. En comparación con estos países, se postuló que la posterior llegada del nuevo coronavirus a América Latina podría dar oportunidades para la toma de decisiones relacionadas con el sistema de salud con el fin de mitigar los efectos del COVID-19<sup>(2)</sup>.

A pesar de los desacuerdos y la toma de decisiones por parte de algunas autoridades, los gobiernos de América Latina han adoptado estrategias para hacer frente a la pandemia COVID-19<sup>(3)</sup>. Sin embargo, se observa que el número de casos en América Latina sigue creciendo a escala exponencial, principalmente debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas, y debido a problemas de infrafinanciación de los sistemas de salud y políticas de austeridad fiscal. Además, las desigualdades sociales y las inequidades sistémicas en salud potencian la situación pandémica en América Latina, con proyecciones preocupantes después de este período<sup>(4)</sup>.

Brasil es el epicentro de la pandemia del nuevo coronavirus en América Latina, habiendo registrado el mayor número de casos de COVID-19 en esta región<sup>(5)</sup>, con 4.497.434 casos confirmados y al menos 135.793 muertes al 18 de septiembre de 2020<sup>(6)</sup> (<https://coronavirus.jhu.edu>). Perú tiene la mayor incidencia acumulada (756.412 casos confirmados) y la tercera tasa de mortalidad más alta, con 31.283 muertes al 18 de septiembre de 2020, detrás de México, que registró 72.803 muertes<sup>6</sup>. Por otro lado, Uruguay tiene el menor número de casos hasta el momento, con 1.890 infectados y 46 muertes<sup>(4,6)</sup>. En Venezuela, el gobierno no ha publicado datos epidemiológicos desde hace varios años<sup>(5)</sup>, lo que dificulta la obtención de la magnitud real de la pandemia en el país.

La heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental<sup>(7,8)</sup>, vinculada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud de cada país, han influido en gran medida en la evolución de la pandemia en América Latina. Cabe destacar que esta heterogeneidad, así como la fragilidad del sistema de salud para hacer frente a brotes infecciosos se han demostrado en anteriores emergencias de salud pública, como el virus de la gripe H1N1 (gripe porcina)<sup>(9)</sup>. Otro punto importante a tener en cuenta es que la atención de COVID-19 está centrada y ha sido ampliamente debatida en el entorno hospitalario. Sin embargo, se sabe que los sistemas de salud universales guiados por una Atención Primaria de Salud (APS) sólida, resolutive, integral y accesible tienen un mayor potencial para responder a las necesidades sociales de la población, incluso en tiempos de pandemia<sup>(10)</sup>.

La importancia del papel de la APS para aportar respuestas más eficaces y sostenibles merece un mayor

protagonismo en América Latina, ya que presenta lagunas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las desigualdades sociales. Además, teniendo en cuenta las experiencias de conflictos de los países desarrollados durante la pandemia, el uso inadecuado de los recursos de alta complejidad sobrecarga la atención secundaria y terciaria. Y compromete el sistema a tiempo con casos que podrían haberse resuelto en APS<sup>(11)</sup>.

## OBJETIVO

Contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y potencialidades frente a la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento

# Desarrollo del tema

## Sistemas de salud comparados en América Latina

Los sistemas de salud contemporáneos muestran similitudes debido a las políticas sociales, la difusión de los avances tecnológicos y numerosas contradicciones de mercado altamente generadoras de valor. Por otro lado, difieren en cuanto al acceso de las poblaciones a los servicios de salud y la forma de su organización y desempeño. Tales diferencias son el resultado de una interacción compleja entre elementos históricos, económicos, políticos y culturales específicos de cada sociedad<sup>(12)</sup>.

A la vez, Los Sistemas de Salud pueden clasificarse en tres grandes formas: 1) el sistema de negocios permisivo o de mercado, en el que predominan la financiación privada; 2) la asistencia pública; 3) el seguro social público y los sistemas universales<sup>(13)</sup>. Por lo que, también es importante analizar los pilares esenciales para un sistema de salud, es decir: La regulación, financiación (sistemas segmentados y/o universales) y la prestación de servicios (servicios integrados o fragmentados, con monopolio estatal, contratación pública, competencia gestionada o de libre mercado). Ahora bien, la OMS ratifica la importancia de seis pilares a los que llama elemento básico: “1) prestación de servicios; 2) mano de obra; 3) información; 4) productos médicos; 5) vacunas y tecnologías; 6) financiación y gobernanza con liderazgo<sup>(14)</sup>”.

En general, las comparaciones se refieren a los servicios, y hay varias maneras de describirlos y analizarlos. Básicamente, estos sistemas difieren en relación con las siguientes dimensiones:

- \_ Grado de cobertura (universal o segmentado). \_ Equilibrio entre fuentes de financiación (impuestos, cotizaciones sociales, seguro público o privado, pago directo).
- \_ Grado de integración entre agentes financieros y proveedores (número de agentes financieros, presencia de un Ministerio de Salud o Seguro Nacional).
- \_ Propiedad de servicios (públicos, privados o filantrópicos).
- \_ Formas de organización para la atención, retribución y regulación de los profesionales (acto, salario, capitación, regulación)<sup>(12)</sup>.

Actualmente, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Región de las Américas se divide en las siguientes subregiones: América del Norte, Caribe Latino, Caribe No Latino y América Latina compuesta por el Istmo Centroamericano, Región Andina (de la que Venezuela es parte), Cono Sur, México y Brasil. Así mismo, el continente americano está marcado por una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural. Por ejemplo: el ingreso per cápita en América del Norte es 4,5 veces mayor que en América Latina, donde la tasa de ingresos es el doble en el interior de los países con una alta concentración de riqueza<sup>(12)</sup>. Sin duda, en esta diversidad se refleja en los indicadores de salud como la mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares, en las que las intervenciones de servicio se reconocen como efectivas y es superior al 25% en muchos países de América Latina; es decir, cuatro veces mayor que la que se encuentra en América del Norte. [En el Cuadro 1 \(ANEXO 1\)](#) Se presenta indicadores de algunos países de América Latina y el Caribe. Así como datos continentales y subregionales.

En América Latina existen importantes desigualdades con gran heterogeneidad en la cobertura y prestación de servicios, siendo difícil clasificar los sistemas a partir de esa tipología. No obstante, en muchos países, la seguridad social convive con la asistencia brindada por los servicios públicos al resto de la población. Se pone por caso en las que existen pocos sistemas nacionales que propongan la universalización de la atención (Cuba, Brasil, Costa Rica)<sup>(13)</sup>.

Aunque, cabe señalar que ha habido una expansión del acceso, especialmente a los servicios básicos de salud, así como, un importante crecimiento de los seguros privados en todo el continente latinoamericano. Sirva de ejemplo: En países como Uruguay (*Sistema Nacional Integrado de Salud*), Venezuela (*Sistema Nacional de Salud Pública*) y Ecuador, se han hecho esfuerzos para ampliar la cobertura, unificar los servicios y mejorar la coordinación entre los servicios bajo control público. Ya en Chile, Colombia y Perú, la estrategia para ampliar el acceso implementó una cobertura diferenciada, con mayor participación de seguros privados en el caso de las reformas chilenas y colombianas. Es evidente que el gasto público en salud sigue siendo bajo (US\$ 182/ habitante, 3,7% del PIB) con un alto gasto directo de las familias. Aun cuando el gasto social creció en la región (19,1% del PIB en 2012-2013), o sea, el crecimiento del gasto en salud fue modesto pasando del 3,2% al 4,2%<sup>(13)</sup>.

Bajo este contexto, la estrategia de APS emerge como un consenso mundial para el logro de los derechos de salud, que se sintetizó a través del conocido eslogan "*Salud para Todos hasta el año 2000*" en las reformas neoliberales de los años 1980-1990 donde se produjo ajustes macroeconómicos. Marcado por un énfasis en la separación entre la financiación, la prestación de servicios, el discurso de mayor eficiencia en la gestión, y el estímulo a la competencia entre los servicios públicos con la constitución de un "mercado interior" o entre proveedores públicos y privados. Las referencias son los cambios implementados en el *Servicio Nacional de Salud* (en inglés National Health Service - NHS) en Inglaterra y un conjunto de medidas de gestión introducidas en el seguro privado estadounidense (*atención administrada*). A partir de ese momento, la APS es difundida por organismos internacionales como el Banco Mundial como una estrategia selectiva dirigida a grupos vulnerables y excluidos del proceso productivo. Y a finales de la década de 1990 hubo reformas a favor de la coordinación de la APS. Así surge la propuesta de cobertura universal para los países de ingresos medios y bajos, publicada en el Informe sobre la salud mundial en 2010<sup>(13)</sup>.

## Retos y potencialidades de los sistemas de salud en América Latina

Si bien las reformas que se han producido en el continente latinoamericano en las últimas décadas han reflejado las coyunturas internacionales mencionadas, es posible sugerir la hipótesis de que el continente americano constituye un gran laboratorio de políticas de salud y modelos de atención<sup>(13)</sup>.

En este caso, la dictadura de Pinochet introdujo las aseguradoras privadas – Instituciones de Salud Previsional– (*ISAPREs*) para estimular el modelo de mercado adaptado y se utilizó en Colombia como una manera de ampliar la cobertura a través del seguro subsidiado (Ley 100 de 1993), que se conocía como pluralismo estructurado, con una clara influencia del momento neoliberal. Ya en Brasil, la Constitución de 1988 reconoció la salud como un derecho y la prestación de servicios universales en su conjunto comenzó a ser realizada por el *Sistema Único de Saúde* (SUS por sus siglas en portugués), un sistema público integrado bajo financiamiento fiscal. Se trata de una reforma de carácter publicista cuyo discurso correspondió al momento democrático-racionalizador de la situación anterior, pero que acabó implementándose extemporáneamente en una situación neoliberal y adversa, produciéndose así una expansión significativa de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) con medidas recientes para mejorar el acceso y la calidad del servicio<sup>(13)</sup>. Ahora bien, el sistema de salud brasileño es un sistema universal con doble y desigual cobertura: mientras que la población de bajos ingresos utiliza el SUS, los usuarios del segmento suplementario pueden recurrir constitucionalmente a ambos, con derecho a exención de impuestos. Por otra parte, cabe destacar la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 95 en diciembre de 2016 que estableció una congelación de los gastos públicos y las inversiones durante 20 años<sup>(13)</sup>.

En Chile, el proceso de redemocratización permitió reformas con la validez de dos nuevas leyes, a partir de 2005: la *Ley de Autoridad Sanitaria* y la *Ley de Garantías Expliciten en Salud*. El *Plan AUGE –Acceso Universal con Garantías Expliciten salud–* define o aborda la cobertura obligatoria (garantías) de los principales problemas de salud tanto en el sistema público como en el privado, llevándose a cabo acciones para ampliar el acceso, reorganizar y mejorar la calidad de los servicios con una mayor contribución fiscal, reducción de los copagos, retirada de subvenciones de ISAPRES, recuperación de la red pública, estimulación de la APS y organización de redes regionalizadas e integradas de servicios. Estos objetivos forman parte de un extenso Plan de Metas publicado por el Ministerio de Salud para el período 2011-2020. Aun así, el análisis de la composición de la financiación muestra que la contribución pública de fuentes fiscales con carácter redistributivo sigue siendo muy baja, siendo del orden del 40%<sup>(13)</sup>.

Por otro lado, las reflexiones que surgen del análisis del caso en Colombia tampoco parecen demostrar la superioridad de un modelo centrado en los operadores de seguros como estrategia para la universalización de la atención. Por ejemplo, en el período comprendido entre 1993 y 2003, la cobertura a gran medida se expandió significativamente, alcanzando el 90% de la población (es decir 38% del régimen contributivo y 51% las subvencionada). En otras palabras, el crecimiento del plan subvencionado fue casi tres veces mayor que el contributivo con una diferencia importante en la lista de servicios prestados en cada uno de estos planes. Luego, en 2010, en Colombia, una grave crisis institucional y financiera del *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) llevó a la revisión de la Ley 100 que se había instituido con el voto de un nuevo marco legal en 2011 (Ley 1438). Dicha situación estuvo marcada por un intenso debate entre autoridades gubernamentales, políticos, entidades profesionales y la sociedad civil sobre los resultados, impases y posibilidades de mejora del sistema colombiano. Con esta nueva ley se estableció el acceso universal como derecho de ciudadanía y a la APS



como estrategia para organizar la prestación de servicios. A fin de lograr este propósito, el nuevo marco jurídico contempló la unificación de los planes de beneficios con una actualización cada dos años de los procedimientos cubiertos. Por consecuencia, en 2012, la arquitectura del sistema todavía estaba compuesta por los contributivos, subvencionados, especiales (militares, docentes, petroleros, entre otros) y, sin seguro, cuya atención se presta en los servicios disponibles de las Secretarías de Salud de entidades territoriales hasta ahora (Departamentos y Municipios)<sup>(12,13)</sup>.

En Argentina, el sistema de salud consta de tres subsectores: el público con gestión nacional, provincial y municipal, el seguro social y de salud de afiliación obligatoria compuesto por obras sociales y el seguro privado de afiliación voluntaria. Este sistema es responsable de cubrir el 47% de la población, pero comúnmente no tiene sus propios servicios, asegurando la prestación a través de proveedores privados u hospitales públicos<sup>(12)</sup>. Aunque, el sector público posee su propia red de hospitales y centros de salud. La mayor parte de la financiación y prestación de servicios corre a cargo de las provincias y los municipios, mientras que el Ministerio de Salud reserva funciones de normalización y regulación. No obstante, Las políticas de la APS son del tipo focalizado (distribución de medicamentos, salud materno-infantil, médicos comunitarios para acciones esencialmente de promoción y prevención a nivel local). La realidad es que el sistema se centra esencialmente en la atención médica curativa y el hospital<sup>(12)</sup>.

Así mismo, se destacan los cambios que se han estado produciendo en los sistemas de salud de Paraguay y Uruguay. En Paraguay, se han observado avances legales graduales con la consignación en el acceso e implementación de Unidades de Atención a la Familia como puerta de entrada al sistema público desde 2008. Mas, se estima que el 40% de la población sigue estando descubierta. Por mencionarlo, sólo el 13,9% tiene seguro público (Instituto de Previsión Social) y el gasto público sigue siendo muy bajo<sup>(12)</sup>. En Uruguay, en 2007, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), considerado seguro para la extensión gradual de la cobertura universal de atención integral. De esa manera, la financiación solidaria se ha establecido a través de un único fondo público y la prestación de servicios tiene en cuenta la combinación de proveedores de servicios y la importante presencia de mutuas (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva - IAMC), representadas por cooperativas médicas. Es bien dicho que con esta reforma se prevé un cambio en el modelo de atención en la dirección de la APS. Aunque, las dificultades de coordinación, organización y recursos humanos requerirán tiempo para que se expresen y operen en el sistema de salud<sup>(12)</sup>. En el [Cuadro 2 \(ANEXO 2\)](#) se presenta un análisis comparativo de las principales características de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Argentina y Colombia.

### **Estrategias para fortalecer la capacidad del sistema para responder a la pandemia**

El impacto de la epidemia en la dinámica económica, social, política y cultural de la población ha puesto a prueba la gobernanza de los países y los organismos internacionales más allá de los problemas de salud<sup>(10)</sup>. Para empezar, En América Latina, la llegada de COVID-19 en relación con Asia y de Europa ha permitido a la mayoría de los países a adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2<sup>(2)</sup>. Aunque, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países<sup>(4)</sup>.

Algunos investigadores han evaluado los efectos del brote COVID-19 en países de bajos ingresos, como América Latina, que presenta un escenario alarmante con una dinámica de brotes sin precedentes<sup>(3)</sup>. Según los investigadores, es urgente fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Salud e invertir en el desarrollo de recursos humanos, financieros y de infraestructura de los servicios de salud para dar una respuesta eficaz a la pandemia<sup>(3)</sup>.

Por consiguiente, se destaca las primeras estrategias adoptadas por los gobiernos de estos países donde se centraron, sobre todo, en las medidas de distanciamiento social de las personas y en la búsqueda de la provisión de camas en la unidad de cuidados intensivos para pacientes críticos<sup>(10)</sup>. Aunque, algunos expertos asumieron, sobre la base del elevado número de casos en algunos países de América Latina, que la aplicación de medidas de mitigación de enfermedades fue tardía, particularmente en relación con el distanciamiento social y la fragilidad de la Vigilancia Epidemiológica<sup>(8)</sup>.

Por ejemplo, en México, cuando comenzó el brote de COVID-19, las autoridades declararon un riesgo subestimado, muy por debajo de la verdadera amenaza a la población, lo que llevó a las tensiones entre el gobierno y las acciones de algunos Estados, que actuaron de forma independiente<sup>(4)</sup>. Inclusive, en Brasil, a pesar de datos alarmantes, el gobierno también minimizó la pandemia y puso en jaque las medidas de mitigación que estaba proponiendo el Ministerio de Salud y reiteradas por la Organización Mundial de la Salud, generando dudas sobre el comportamiento a seguir de la población<sup>(15)</sup>.

**Para tener acceso al resumen de las principales medidas, acciones y políticas adoptadas por los países de América Latina y el Caribe, visite el siguiente enlace:**

<http://www.sela.org/media/3219723/covid-19-resumen-de-las-principales-medidas-estados-miembros-sela.pdf>

Según datos de la Universidad Johns Hopkins<sup>(6)</sup>, estos dos países se encuentran entre los que tienen mayor número de muertes en América Latina, 137.793 en Brasil y 72.803 en México (al 18 de septiembre de 2020). Ahora bien, Hay otros países latinoamericanos que también se destacan con los datos alarmantes y el mayor número de casos confirmados; como Argentina (613.658 casos confirmados), Colombia (750.471 casos confirmados) y Perú (756.412 casos confirmados).

**Para actualizar las estadísticas de casos confirmados y la mortalidad por el nuevo coronavirus en América Latina y en todo el mundo, visite el enlace a seguir:**

<https://coronavirus.jhu.edu>

Además de los aspectos relacionados con la gobernanza de estos países, deben considerarse otros determinantes sociales, como los datos sociodemográficos que influyen en los resultados de la pandemia en estos países. Aunque la población de América Latina es más joven en comparación con Europa y Estados Unidos (menos del 9% de la población latinoamericana es mayor de 65 años, en comparación con el 20% de la europea y el 16% de América del Norte)<sup>(2)</sup>, hay un gran contingente de personas mayores que viven en contextos de vulnerabilidad social, en hogares sin red de apoyo social y en condiciones precarias en Instituciones de Larga Estadía para Adulto Mayores (ILPIs – por sus siglas en portugués).

No cabe duda que es crucial identificar qué grupos dentro de una población tienen mayor riesgo de infección y muerte por COVID-19. Así mismo, saber qué sectores de la sociedad tienen más probabilidades de infectarse, morir o sufrir otras consecuencias graves, permite canalizar los recursos hacia quienes más los necesitan<sup>(16)</sup>. Por ejemplo, la situación que se produce en los hogares del Adulto Mayor es diferente de la que ocurre en otras instituciones de salud, que presentan riesgos específicos. Entre ellos, existen factores intrínsecos como el proceso de envejecimiento y la disminución de la capacidad funcional que dificulta la respuesta del sistema inmunológico en la lucha contra las enfermedades, además de las posibilidades de deterioro de la capacidad de locomoción, dificultades de comunicación y alteración de la autopercepción del cuerpo; todas estas características son inherentes a los espacios comunes que se insertan al Adulto Mayor, sumados a la corresponsabilidad de la atención que involucra a varios profesionales de la salud, familiares y cuidadores.

Vale la pena señalar que los países del mundo han tomado medidas para garantizar que los Adultos Mayores tengan acceso a servicios e información esenciales durante la pandemia COVID-19, y que las instituciones, especialmente las científicas, redoblen sus esfuerzos para satisfacer las necesidades sanitarias de este grupo de población. Pero esto no es sólo una responsabilidad de estas instituciones, es una obligación de todo el aparato estatal, garantizar la protección de la población más vulnerable a través de políticas públicas nacionales.

**Se están organizando diversos movimientos de atención a las personas mayores en la pandemia del nuevo coronavirus, como la Red de enfermeras en Salud del Adulto Mayor (REDESAM), desde eventos como congresos, charlas mediante *streaming*, videos educativos dirigidos a las personas mayores, desarrollo de la investigación, publicación de artículos entre otros, y también la disponibilidad del *E-book* ahora presentado.**

Frente a todos los desafíos de los sistemas de salud en América Latina, la pandemia COVID-19 representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención integral de salud<sup>(9)</sup>. Esto refuerza la relevancia del rol de la APS en brindar respuestas más efectivas y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y el alcance de un contingente mayor de población más vulnerable al COVID-19 por sus condiciones de vida<sup>(10,11)</sup>.

### **El papel de la APS frente a la pandemia de COVID-19**

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y debe estar lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas y constituir un elemento organizativo de un proceso de atención médica continuo.

Dentro de la APS, se habla sobre cuatro atributos que deben cumplirse, descritos por Bárbara Starfield: Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil acceso al sistema sanitario; Longitudinalidad, donde se debe establecer una relación personal y continua entre el médico y paciente; Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de Atención Primaria, otros especialistas. Así como la orientación familiar y comunitaria<sup>(17,18)</sup>.

Existe un consenso de la APS sobre la importancia de mejorar los indicadores de salud de una determinada población empadronada en un territorio. Un estudio señala que más del 80% de los problemas de salud de una determinada población pueden resolverse en la APS y debe conciliar especialmente las acciones de atención con la prevención y promoción de la salud, además de coordinar la atención brindada en otros niveles del sistema<sup>(17,19-22)</sup>.

Sin embargo, durante una pandemia en la que se desarrolla una enfermedad emergente cuya historia natural no se ha dilucidado del todo, como el COVID-19, los sistemas y profesionales de salud que trabajan frente a las demandas de atención enfrentan numerosas y complejas dificultades en la rutina del trabajo. De hecho, la pandemia ha exigido a los profesionales, especialmente enfermeras, una mayor gestión y organización técnico-científica, psicológica y del proceso de trabajo para actuar en primera línea en el combate al COVID-19 con el fin de garantizar un servicio de alta calidad e integral a las comunidades<sup>(5,22)</sup>.

Por lo tanto, la APS debe considerarse un pilar importante para hacer frente a la COVID-19. Centrarse en los atributos esenciales y derivados de la APS, como el seguimiento de familias vulnerables y el seguimiento de casos sospechosos y leves, constituyen estrategias fundamentales tanto para contener la pandemia como para no agravar a las personas con COVID-19. La APS también es responsable de abordar los problemas derivados del aislamiento social prolongado y la precariedad de la vida social y económica, como los trastornos mentales, la violencia doméstica, el alcoholismo y el agravamiento o desarrollo de condiciones crónicas, cuyas consecuencias son difíciles de predecir, requiriendo una atención integral longitudinal<sup>(10)</sup>.

Por eso, para garantizar una atención segura y de calidad en la APS, es necesaria la planificación basada en datos, la reorganización de los servicios según las características de la epidemia, la asignación de recursos económicos y estrategias de actuación específicas para afrontar la pandemia actual. Así como, capacitar a los profesionales de la salud, realizar pruebas diagnósticas masivas; crear una estructura para solicitar exámenes complementarios con resultados de manera oportuna; espacio físico adecuado para albergar posibles casos sospechosos; stock de medicamentos; flujos y protocolos bien definidos con acceso prioritario a otros niveles y servicios de salud, a fin de mejorar la coordinación de la atención brindada por la APS; apoyo diagnóstico y asistencial compartido con el equipo de salud; suficientes profesionales; Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado, esencial y suficiente, tanto para los profesionales de la salud así como para las personas sintomáticas. No hay duda de que la organización de procesos de trabajo que articulen las metodologías de acceso al servicio determinará; 1) la atención a las personas; 2) la producción de información que pueda retroalimentar el servicio y el sistema; 3) **afianzará** de manera fundamental la atención brindada a la población<sup>(10)</sup>.

La alta tasa de propagación del Sars-CoV-2, particularmente en espacios cerrados, incluidos los servicios de salud de la APS, y la necesidad de evitar una búsqueda masiva de servicios de salud en las primeras etapas de la epidemia han hecho que —los servicios de telesalud, estrategia de cuidados esenciales en varios países y sistemas de salud del mundo— permitan los usuarios contar con información calificada y oportuna sobre cómo proceder a nivel individual<sup>(10)</sup>. Es de destacar que la APS es potente en la reducción

de las inequidades en salud y debe, por tanto, ser fortalecida y estructurada como una de las principales respuestas del sector salud a la epidemia, dado su alto grado de capilarización en los territorios nacionales y llegando a porciones significativas de la población expuestos a riesgos excesivos debido a sus condiciones de vida. Finalmente, pandemias como de la COVID-19 ponen en tela de juicio discursos y prácticas para reducir el tamaño del estado, relajar las leyes laborales, dismantelar el sistema de protección social, devaluar y no invertir en ciencia, tecnología y educación, así mismo precarizar los servicios públicos de salud<sup>(10,11)</sup>.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Finalmente, la descripción y el análisis de la integración de la APS en los sistemas de salud en América Latina muestran que incluso en el caso de sistemas de base universal, persisten las segmentaciones con fragmentación de los servicios en este nivel de atención. Ante aquello, tanto los atributos esenciales y derivados de la APS deben estar interrelacionados para garantizar la expresión de las tres funciones sólidas: a saber, **1. resolución; 2. comunicación; 3. rendimiento de cuentas.** Además, de la búsqueda de un marco integral para la evaluación y el modo operacional de las APS en cada país, para que se tenga en cuenta los niveles de análisis interrelacionados, a fin de contribuir al avance en América Latina.

Los sistemas de salud pública universales anclados en una APS sólida, resolutive, integral, accesible y con orientación cultural y social constituyen uno de los pilares de una sociedad que respeta los derechos más elementales de las personas. Por eso es vital que la APS asuma su rol como coordinadora de cuidados y organizadora de la Red de Atención en Salud. Ya que de ella dependen: el éxito del enfrentamiento a dicha pandemia —la COVID-19; el futuro de los diferentes sistemas de salud; así mismo como la salud de los latinoamericanos.

Destacamos la importancia del papel de la enfermería, que lleva a cabo la protección, prevención y la atención integral tanto a los pacientes diagnosticados de COVID-19, como a los casos sospechosos y, sobre todo, focalizándose en la población en mayor riesgo de contaminación. Reforzamos que, en la APS, la enfermería actúa como vínculo entre la comunidad, los servicios de salud y los distintos sectores a los que se puede apoyar. Si bien en los países de América Latina existe una variación en el número de casos confirmados de COVID-19 a la fecha de esta publicación, las principales recomendaciones para enfrentar esta crisis de salud aún se centran en las medidas preventivas y mitigar la propagación del Sars-CoV-2, donde el equipo de enfermería de la APS juega un papel central y decisivo.

## **REFERENCIAS**

- 1- World Health Organization (WHO). [Internet]. Geneva. 2020. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Eventos de coronavirus (COVID-19) a medida que ocurren. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- 2- Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 in Latin America: Challenges and opportunities. Rev. Chil. Pediatr. 2020;91(2):179-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>
- 3- Caicedo-Ochoa Y, Rebellón-Sánchez DE, Peñaloza-Rallón M, Cortés-Motta HF, Méndez-Fandiño YR.

- Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. *Int J Infect Dis.* 2020;95:316-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.069>
- 4- Pablos-Mendez A, Vega J, Aranguren FP, Tabish H, Raviglione. Covid-19 in Latin America. *BMJ.* 2020; 370 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>
- 5- Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):547–548. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0)
- 6- Johns Hopkins University [Internet]. Baltimore. 2020. Coronavirus Resource Center. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/>
- 7- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C et. al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101613. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- 8- Bautista-Molano W, Garrot LF, Toro C. Explorando el impacto de COVID-19 en América Latina. *J Clin Rheumatol.* 2020;26(6):218-219. DOI: <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001523>
- 9- Ezequiel GE, Jafet A, Hugo A, Pedro D, Maria MA, Carola OV et al. The COVID-19 pandemic: A call to action for health systems in Latin America to strengthen quality of care. *International Journal for Quality in Health Care,* 2020;1-2. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa062>
- 10- Sarti T, Lazarini W, Fontanelle L, Almeida Coelho APS. ¿Cuál es el papel de la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- 11- Farias LABG, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. El papel de la atención primaria en la lucha contra el Covid-19. Impacto en la salud pública y perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
- 12- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GVS, Bonfim JR, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Fiocruz; 2012. p. 591-659.
- 13- Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2018; 31(4):1-13. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>
- 14- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2007. Everybody Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO`s Framework for Action. Available from: [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
- 15- Editorial the Lancet. COVID-19: learning from experience. *The Lancet.* 2020; 395(10229):1011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30686-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30686-3)
- 16- Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B et. al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data* [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- 17- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- 18- Organización Panamericana de Salud (OPS) [Internet]. Brasília. 2020. Atención Primaria de Salud; [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
- 19- Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- 20- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- 21- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9647):1365-1367. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
- 22- Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nursing*. 2020;6:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/2377960820963771>

# 3

## AMPLIACIÓN DEL ROL DE ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



Silvia Helena de Bortoli Cassiani  
Estados Unidos

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval  
Perú





### 3 - AMPLIACIÓN DEL ROL DE ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Silvia Helena de Bortoli Cassiani

ORCID: 0000-0003-0914-7511

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval

ORCID: 0000-0002-1773-6669

#### RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento poblacional es un reto en países de la Región de las Américas, y exige de los servicios de salud un número creciente de recursos humanos capacitados que puedan atender las necesidades de las personas mayores. **Objetivo:** Difundir la ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención de adultos mayores en los servicios del primer nivel de atención. **Desarrollo del tema:** Para empezar, se consideró la Ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención en la comunidad, y a continuación se analizó la Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, a respecto del rol de la enfermera en la atención de adultos mayores en dicha comunidad. **Consideraciones finales:** las evidencias presentadas indican que la Enfermera de Práctica Avanzada puede mejorar los resultados de salud del adulto mayor, la calidad y la eficiencia del sistema de salud para abordar los problemas que tienen como causa las enfermedades crónicas y de limitación funcional, como también de proporcionar cuidados con un alto grado de complejidad con base científica. Los enfermeros y enfermeras, actuando en la salud de los adultos mayores en la comunidad, presentan experiencias efectivas en varios países, y las evidencias indican mejoras en el acceso a los servicios de salud, unidos a una mejor atención de parte del equipo interprofesional, una mejor promoción de la salud, y una reducción de la mortalidad, siendo la ampliación del rol de enfermería un aspecto clave a nivel del servicio y del sistema de salud.

**Descriptor:** Rol; Enfermera; Atención; Anciano; Atención Primaria de Salud.

# Introducción

La atención primaria de salud (APS) es una herramienta esencial que implica servicios de salud integrales, de acuerdo con las necesidades de salud de todos los individuos y familias de la comunidad<sup>(1)</sup>. La declaración de Alma-Ata de 1978 reafirmó el derecho de acceder al más alto nivel posible de salud de una manera equitativa, solidaria y de derecho a la salud, como valores fundamentales<sup>(2)</sup>.

La adopción de una red de servicios en APS tiene un papel fundamental en consolidar el logro de la salud y el bienestar de las poblaciones de la Región de las Américas. Sin embargo, tanto el acceso y la cobertura universal de salud, como su función estructural, requieren la eliminación de barreras, financiamiento y recursos apropiados, como también un número adecuado de profesionales, para que los servicios de salud funcionen.

Para lograrse el acceso y la cobertura universal de salud, los países deben estar **envueltos** y comprometidos en la adopción de estrategias innovadoras. En septiembre del 2017, la 29ª Conferencia Sanitaria de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aprobó la Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, con el fin de guiar a las políticas nacionales sobre recursos humanos para la salud, con base en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, relevancia y competencia de los recursos humanos para la salud. Estos componentes son fundamentales para lograr los objetivos de la salud universal y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>(3)</sup>.

La estrategia se elaboró a través de un activo proceso de consultas y discusión técnica con los países miembros de la OPS/OMS, y **tuvo** como propósito servir de guía en el desarrollo de las políticas y los planes de recursos humanos. El mismo propone las siguientes líneas estratégicas de acción: a) fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud; b) desarrollar condiciones y capacidades de estos con el fin de ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad y c) concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y su cobertura universal<sup>(3)</sup>.

Para el acceso a los servicios de salud, la población de los países enfrenta dos desafíos: las barreras geográficas y la carencia de recursos humanos. La mayoría de los recursos humanos se concentran en las zonas urbanas y en los servicios de atención terciaria, en detrimento de servicios del primer nivel de atención. También se distribuyen de forma heterogénea tanto entre los países de la Región como al interior de cada uno de ellos.

En el 2019, la OPS/OMS estableció la Comisión de Alto Nivel “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, el informe resalta en su octava recomendación valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS<sup>(1)</sup>. En el

mismo año la OPS/OMS lanzó el documento "Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas", con el objetivo de fortalecer el rol de los enfermeros y enfermeras mediante distintas intervenciones de la OPS, de otras organizaciones regionales, y de países y socios<sup>(4)</sup>. Ambos documentos enfatizan que la formación de una fuerza de trabajo eficiente y eficaz que pueda responder a las prioridades del siglo XXI requiere una asociación efectiva entre la oferta y las capacidades de los recursos humanos para satisfacer las necesidades de atención de salud tanto actuales como futuras<sup>(5)</sup>.

Actualmente el envejecimiento poblacional es un reto en países de esa Región y exige de los servicios de salud un número creciente de recursos humanos capacitados que puedan atender las necesidades de las personas mayores. Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) titulado "La protección de los cuidados de larga duración para las personas mayores: Un análisis de los déficits de cobertura en 46 países", además de constatar enormes déficits en la protección social de las personas mayores, informa que hay falta de personal sanitario capacitado para la atención geriátrica. La falta de recursos humanos impide el suministro de servicios de calidad a más de la mitad de las personas de edad avanzada del mundo<sup>(6)</sup>.

Un estudio que observó la atención primaria y multimorbilidad de la población adulta en seis países de América Latina y el Caribe (Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá) concluyó que la prevalencia de la multimorbilidad abarcaba desde 17,5% en Colombia hasta 37,3% en Jamaica. La mayoría de las afecciones examinadas se presentaban acompañadas de otras, siendo la diabetes y las cardiopatías los dos problemas más asociados con otras afecciones. Concluyó que ofrecer un cuidado adecuado para el número cada vez mayor de pacientes con esas características es un reto importante al que se enfrenta y que actualmente se presenta en la mayoría de los sistemas de salud<sup>(7)</sup>.

El documento *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe* muestra que la principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en América Latina y el Caribe son las enfermedades cardiovasculares, incluidas la isquemia cardíaca y los accidentes cerebrovasculares, que representan el 25% de la carga total de enfermedades. El documento aun indica un aumento importante de las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y la demencia senil, que de representar un 1.5% en la población en su conjunto, causan el 11,6% de los años perdidos por discapacidad y muerte prematura en la población mayor de 80 años<sup>(8)</sup>.

En el 2020 estamos celebrando el año de los profesionales de enfermería y de partería, y el mundo se encuentra frente a la devastadora pandemia del síndrome respiratorio agudo severo-2 (SARS-CoV-2 o COVID-19). La pandemia ha llamado la atención más que nunca sobre el papel crucial e invaluable de los profesionales de la salud.

Desafortunadamente el COVID-19 viene alcanzando la población de adultos mayores con más gravedad y se relaciona a ciertos factores de riesgo como la edad avanzada, el sexo masculino, el índice de masa corporal elevada y las enfermedades cardio metabólicas. El COVID-19 se agrava en personas adultas mayores también por el aumento de las enfermedades cardiovasculares, aumento de casos de hipertensión y diabetes<sup>(9-10)</sup>.

La superación de estos desafíos y la mejoría de la atención a la población de adultos mayores requieren esfuerzos coordinados entre el primer nivel de atención y la atención hospitalaria, así como manutención de servicios de salud adecuados, bien distribuidos y accesibles, y con personal de salud suficiente, capacitado y motivado.

Enfermería puede impactar **con** su contribución en la atención a adultos mayores en el nuevo contexto que la pandemia ha creado. Enfermeros y enfermeras, con formación en niveles avanzados, participando en equipos interprofesionales de salud y actuando en el primer nivel de atención, pueden convertirse en **una** realidad en todos los países de la Región<sup>(11)</sup>.

La ampliación del rol de enfermeros en la APS puede contribuir a la reducción de las enfermedades crónicas y factores de riesgos, maximizar el acceso a los servicios de salud de poblaciones con enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, hipertensión arterial y con problemas de salud mental, mejorar el acceso a la atención de salud en áreas con una oferta limitada de médicos, mejorar las actividades de promoción de la salud, y a reducir la mortalidad.

En base a ese contexto, el propósito del texto es difundir la ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención de adultos mayores en los servicios del primer nivel de atención y así contribuir a la discusión de como los profesionales de enfermería pueden contribuir para maximizar el acceso y cobertura a los servicios de salud de poblaciones adultos mayores.

## **OBJETIVO**

Difundir la ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención de adultos mayores en los servicios del primer nivel de atención.

# Desarrollo del tema

## **Ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en la atención en la comunidad. Propuesta de la OPS/OMS**

El mundo cuenta con aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería. En la Región de las Américas hay un total de 8.4 millones, 30% del nivel mundial, los cuales representan el 59% a nivel mundial y el 56% del total de la fuerza laboral de salud en la Región<sup>(12)</sup>. Enfermería ocupa un papel esencial en los servicios de salud, tanto por su fuerza laboral como por su capacidad de fortalecer los sistemas de salud<sup>(4)</sup>.

La razón de enfermeros licenciados por habitantes es baja de manera general en los países de la Región, lo que compromete las condiciones y la capacidad de ampliación del acceso y de la cobertura con

equidad y calidad. La OPS/OMS viene trabajando de manera conjunta con los países para transformar la educación de los profesionales, con el compromiso de formarlos con una visión integral e interprofesional, implicados con la salud de los más necesitados <sup>(11)</sup>. La OPS/OMS propone que principalmente los países de América Latina implementen la educación, regulación y el mercado laboral del enfermero o enfermera de práctica avanzada. Se considera al enfermero y enfermera de práctica avanzada (EPA) como el enfermero con formación de posgrado (maestría) y que, integrado al equipo interprofesional de los servicios de APS, contribuye a la gestión de los cuidados de las personas con factores de riesgo, enfermedades agudas leves y trastornos crónicos diagnosticados según los protocolos <sup>(11)</sup>.

El profesional actuaría en lugares distantes y también en los grandes centros, determinando una práctica diferencial y ampliada en los servicios de primer nivel de atención. El ejercicio profesional ampliado se diferenciaría del que desempeña la enfermera del primer nivel de atención por el grado de autonomía en la toma de decisiones, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del paciente <sup>(11)</sup>. Actualmente la EPA es considerada una intervención que puede colaborar para la mejoría de la atención a la salud de poblaciones de mayor vulnerabilidad.

La EPA mejora la accesibilidad a los servicios de atención primaria, al tiempo que permite reducir los costos <sup>(11)</sup>. Las evaluaciones del impacto de la EPA en la atención de salud han evidenciado una alta tasa de satisfacción del usuario, puesto que las enfermeras tienden a pasar más tiempo con el paciente, proporcionando más información y asesoramiento.

Considerando la necesidad de establecer criterios para la formación de la EPA, la OPS/OMS propone planes de formación para las enfermeras licenciadas.

En el primer plan, Modelo 1, las enfermeras licenciadas se graduarían como EPA en programas de maestría profesional ofrecidos por las universidades acreditadas con enfoque en la APS.

En el segundo plan, Modelo 2, las enfermeras licenciadas con experiencia profesional en las unidades de APS, se graduarían a través de programas específicos y complementarios de enfermería de práctica avanzada ofrecidos por las universidades acreditadas.

En el tercer plan, Modelo 3, las enfermeras licenciadas, recién graduadas, lo harían a través de cursos de residencia en APS en universidades acreditada, y al término de dos años podrían graduarse con título de maestría y de enfermeras de práctica avanzada <sup>(11)</sup>. Para llevar a cabo esos modelos es necesario definir la regulación y legislaciones nacionales.

El enfermero de práctica avanzada puede actuar con poblaciones de niños, adolescentes, adultos, familias y comunidades y adultos mayores.

### **El rol de la enfermera en la atención de adultos mayores en la comunidad.**

Nunca las personas mayores habían representado una proporción tan grande de la población mundial. En 2017, había cerca de 962 millones de personas mayores de 60 años, es decir, 13% de la población mundial. Ese porcentaje aumentará rápidamente en los próximos decenios, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Para el 2050, una de cada cinco personas tendrá más de 60 años <sup>(13,14)</sup>.

El informe *Perspectivas de la Población Mundial 2019: Aspectos Destacados*, publicado por la Organización de las Naciones Unidas, informa que el envejecimiento de la población mundial tiene consecuencias importantes para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Para lograr el ODS 3, hay que abordar de manera integral las necesidades de atención socio sanitario de las personas mayores y dar continuidad a su atención a lo largo del tiempo. Para lograr tanto este objetivo como sus 13 objetivos, los países deben adoptar cada vez más políticas, programas e intervenciones basadas en evidencias para la prevención y promoción de la salud<sup>(15)</sup>.

En la Región de las Américas, datos indican que los adultos mayores representan el 3% de la población de la Región. Con relación a las causas de muerte en el grupo de 60 años, responsables del 40% de muertes, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la primera causa de mortalidad (14,51%), seguidas de las enfermedades cerebrovasculares (7,67%) y la demencia (6,21%)<sup>(15)</sup>.

En octubre del 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la guía *Atención integrada para personas mayores (ICOPE por su sigla ingles): Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca*. Capacidad intrínseca es definida en la guía como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona a medida que envejece y que permite el bienestar en la vejez, bajo el enfoque del envejecimiento saludable<sup>(15)</sup>. La metodología que utiliza la guía ICOPE, incorpora la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional como la clave del envejecimiento saludable, y aborda las siguientes condiciones prioritarias que se asocian con una disminución de la capacidad intrínseca en sus diversos dominios: deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, nutrición deficiente, discapacidad visual, pérdida auditiva, síntomas depresivos, apoyo y asistencia social, apoyo a cuidadores<sup>(13)</sup>.

El enfoque que la guía ICOPE propone se basa en la noción de que las personas mayores no son solo un conjunto de sus trastornos o enfermedades; por eso indica cinco pasos a la hora de cubrir las necesidades de salud y asistencia social con un enfoque de atención integrada: **1.** detectar las pérdidas de capacidad intrínseca en la comunidad; **2.** evaluar y abordar el entorno físico y social, como también las necesidades de servicios de asistencia social; otorgar un plan de apoyo y de asistencia social; eliminar obstáculos a la participación social y adaptación al entorno; **3.** elaborar un plan de atención personalizada, fijando objetivos centrados en la persona; emplear un equipo multidisciplinario; diseñar un plan de atención que comprenda intervenciones múltiples (abordaje y automanejo), y apoyo y asistencia social; **4.** garantizar la derivación y el seguimiento del plan de atención; finalmente **5.** involucrar a las comunidades y dar apoyo a los cuidadores<sup>(12)</sup>.

Ese modelo ICOPE solo puede lograrse si se reconoce y respalda la función crucial que desempeñan los profesionales de salud para prestar una atención eficaz y aceptable<sup>(13)</sup>. Adoptar la atención integrada para las personas mayores en los servicios de salud, en la atención a largo plazo y en los entornos, requiere la transformación de los servicios, de los centros de salud y de los equipos de salud organizados.

Los enfermeros de práctica avanzada pueden contribuir en la atención de las personas mayores en los tres espacios mencionados.

Por lo tanto, se necesita formación de los enfermeros en programas de posgrado en geriatría y gerontología, y que consideren las competencias centrales de los EPA como la experiencia clínica: el liderazgo; la experiencia en atención al paciente, familia y comunidad; la atención y educación del paciente y de la familia; la investigación; la colaboración intra e interprofesional; la toma de decisiones éticas; la participación y representación política y el uso de la tecnología<sup>(10)</sup>.

Un estudio desarrollado en 2019, sobre marco de referencia para el desarrollo de la competencia del proceso de atención de enfermería geronto geriátrico en estudiantes de enfermería, señaló la necesidad de que las universidades adopten sus programas educativos orientados a las necesidades de la población, necesidades estas que se presentaron en las próximas décadas tanto en el grupo de adultos mayores como en los que presentan las enfermedades crónicas.

Los principales retos son la falta de capacitación docente, la implementación de herramientas didácticas metodológicas que apoyen el aprendizaje del estudiante en diferentes contextos, la escases de lenguaje estandarizado por parte del docente, el tiempo para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica, y la falta de interés del estudiante<sup>(16)</sup>.

Los cursos de posgrado pueden capacitar a los enfermeros en la atención clínica a los adultos mayores. Sin embargo, hay necesidad de aumentar los cursos de maestría profesional y de doctorado en enfermería en la Región de las Américas<sup>(17)</sup>.

Una revisión del rol de la EPA aplicada a la APS, en diversos países como Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, el Reino Unido y la República Checa, mostró que las EPAs pueden contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir los tiempos de espera de los pacientes<sup>(18)</sup>. Entre los roles de los enfermeros en la atención de adultos y adultos mayores se incluyen actividades de captación de pacientes, seguimiento proactivo destinado a la detección precoz de signos de alarma: a través de consulta telefónica, visita domiciliaria precoz, o consultas programadas para monitorización de signos de descompensación de la enfermedad, monitorización y seguimiento de la adherencia terapéutica, educación terapéutica estructurada al paciente y familia, consulta según demanda, ser mediador y enlace entre el paciente, familia y otros profesionales de salud<sup>(11)</sup>.

En Australia, Inglaterra y Suecia, se han implementado programas para el seguimiento de pacientes crónicos en centros de salud en enfermedades como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, asma crónica, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) y trastorno mental<sup>(11)</sup>. También en Australia, Canadá, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Inglaterra y Suecia, los EPAs actúan en la gestión de la demanda de pacientes con enfermedades agudas leves en centros de salud, y con enfermedades crónicas en Centros de salud a domicilio. Programas de gestión de enfermedades dirigidos por enfermeras para reducir el volumen de pacientes en consultas médicas especializadas (personas con Diabetes Mellitus, asma y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) para la gestión de procesos en pacientes hospitalizados, con posibilidad de manejo de fármacos bajo protocolos, también ocurren en Australia, España, Holanda y Suecia<sup>(11,18)</sup>.

En Australia, Canadá, Chipre, Dinamarca, España, Estados Unidos de América y Holanda fueron implementados servicios de enfermería especializados para la gestión de casos de personas con enfermedades crónicas complejas con mejora significativa de la autonomía, del manejo del régimen terapéutico, y disminuyendo significativamente la demanda en la atención primaria de salud por las personas cuidadas y cuidadoras<sup>(11)</sup>.

En Suiza, se evaluó la eficacia de la atención integrada en el hogar y en dos centros de servicios de enfermería que incluyó un equipo geriátrico multidisciplinario de visitas domiciliarias y servicios de enfermería. El desempeño de enfermeros redujo significativamente las hospitalizaciones innecesarias, visitas a salas de emergencia y permitió que más pacientes murieran en el hogar, con acciones que incluían acceso a un servicio de llamadas y seguimiento coordinado. Fue una herramienta eficaz para mejorar la coordinación y el acceso a la atención de adultos mayores frágiles y dependientes<sup>(19)</sup>.

En Francia, el estudio describió el estado de desarrollo de los roles de EPA y revisó los principales factores que motivan su implementación en diferentes países. Una vez que los pacientes adultos mayores tienen estadías hospitalarias más largas, hay más casos documentados de deterioro funcional cuando están hospitalizados y tasas más altas de incidentes de seguridad del paciente, la EPA con experiencia en gerontología puede atender a esa población no solo en la unidad geriátrica sino también en atención primaria, especialmente en hogares de los adultos mayores<sup>(20)</sup>.

En España —en respuesta a las muchas consultas de Enfermería Urológica— se han colocado las EPA como profesionales capacitadas para realizar valoraciones y establecer diagnósticos y tratamientos de manera autónoma y sin supervisión médica, con capacidad para derivar pacientes a otros profesionales según el nivel de complejidad, como también de asumir pacientes derivados de otros profesionales. Las EPA pueden actuar en la prevención y detección precoz de la incontinencia y la mejora de los resultados en la población, así como en la realización e interpretación de estudios uro-dinámicos, atendiendo en consultas a pacientes con diferentes problemas urológicos, y con resultados altamente satisfactorios en los adultos<sup>(21)</sup>. En Andalucía se realizó una evaluación de la efectividad de la EPA en heridas crónicas complejas en el cuidado de los pacientes con lesiones por presión y se pudo observar una mejora generalizada en cuanto a la profundidad de las lesiones, los diferentes tipos de tejidos, las características de los bordes y la cantidad de exudado. Se pudo constatar una mejora en la optimización de los recursos de enfermería, en las medidas preventivas puestas en marcha, y se creó la necesidad de seguir formando enfermeros para el cuidado de lesiones por presión y del tratamiento local y de tipos de desbridamientos. La EPA en heridas crónicas complejas está siendo efectiva en el cuidado de los pacientes con lesiones por presión en Andalucía<sup>(22)</sup>.

En 2020 la OPS/OMS publicó el documento *Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal*. En ella se relata la experiencia creada por enfermeros en Brasil, titulada *escuadrones anticaídas*, que logró la reducción del número de caídas de adultos mayores y aumentó la resolución de APS<sup>(23)</sup>. Otra experiencia reportada fue el proyecto de la Clínica Escuela de Enfermería, un espacio de práctica de estudiantes y docentes que comprendía actividades con los adultos mayores y sus familias, para recibir orientaciones sobre salud, tratamiento, seguimiento y servía de referencia para



servicios de salud de la ciudad<sup>(23)</sup>. Sin embargo, aunque hubo una fuerte iniciativa de esos profesionales, no fueron reguladas y reconocidas como EPAs.

En Cuba se tiene la experiencia del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, establecido en el año 1997. Las 240 casas de abuelos y abuelas, parte de la red de servicios integrados que caracterizan al modelo de Atención Primaria de Salud en Cuba, tiene capacidad para 7 932 personas, repartidas en las 16 provincias del país, y cumplen con las siguientes funciones: garantizan la atención integral a adultos mayores frágiles y vulnerables, a adultos mayores con discapacidades físicas o mentales y a adultos mayores con graves problemas sociales. El Programa tiene tres áreas integradas entre sí: atención comunitaria, atención institucional y atención hospitalaria. En la atención comunitaria, se realiza una evaluación multidisciplinaria y multidimensional de todos los adultos mayores residentes en la comunidad<sup>(24)</sup>.

En Chile se creó el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) implementado en los consultorios de atención primaria de salud (APS) y dirigido de manera priorizada a las personas de 65 años o más y los controles están a cargo del médico, kinesiólogo y el enfermero. Resultados indican la reducción en un 56,5% de muertes por neumonía adquirida en la comunidad<sup>(25)</sup>.

En Perú, para que la Atención Integral del adulto mayor sea efectiva, los servicios de enfermería ambulatorio requieren que se amplíe su rol en los servicios de atención primaria de salud. Con ese objetivo deben estar sensibilizados, capacitados y entrenados para brindar atención integral al adulto mayor y para la valoración clínica del adulto mayor. En resultado de la prevalencia alta de hipertensión en Perú, se implementan programas de control integral de la presión arterial (PA) en adultos a partir de 70 años, y la enfermería realiza intervenciones que incluyen educación en salud y capacitación en nutrición de individuos y grupos, para mejorar los indicadores relativos al modo de vida, los niveles de PA y los resultados de laboratorio en personas que viven en zonas urbanas de ingresos bajos en Perú<sup>(26,27)</sup>.

Debemos suponer que resultados aún más positivos serían alcanzados por la población de esa región, y principalmente para la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad, si estos países mencionados contasen con roles de enfermero y enfermera de práctica avanzada implementados y regulados.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Las evidencias presentadas indican que la EPA puede mejorar los resultados de salud del adulto mayor, la calidad y la eficiencia del sistema de salud para abordar los problemas a causa de las enfermedades crónicas y de limitación funcional; y son capaces de proporcionar cuidados con un alto grado de complejidad con base científica.

Enfermeros y enfermeras actuando en la salud de los adultos mayores en la comunidad, presentan experiencias efectivas en varios países. Las evidencias indican mejoras en el acceso a los servicios de salud, mejor atención como parte del equipo interprofesional, mejor promoción de la salud, y reducción de la mortalidad. No hay duda de que la ampliación del rol de enfermería es clave a nivel del servicio y del sistema de salud.

Ampliar el rol de enfermeros y enfermeras en la atención a adultos mayores permitirá 1) abordar condiciones prioritarias que se asocian con una disminución de la capacidad intrínseca en sus diversos dominios; 2) asistir en las necesidades de asistencia social de las personas mayores y el apoyo a los cuidadores; 3) intervenir en la reducción de las enfermedades crónicas y factores de riesgos; 4) maximizar el acceso a los servicios de salud a pacientes con enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, hipertensión arterial, con problemas de salud mental; y 5) mejorar el acceso a la atención a la salud en áreas con oferta limitada de profesionales médicos.

La pandemia COVID-19 ha mostrado la relevancia de los profesionales de salud y en especial a los de enfermería. Los adultos mayores están siendo los más afectados y con mayores casos de mortalidad. Enfermeros y enfermeras con educación formal, rol ampliado y regulados pueden contribuir sobremanera tanto durante la pandemia como en el futuro.

## REFERENCIAS

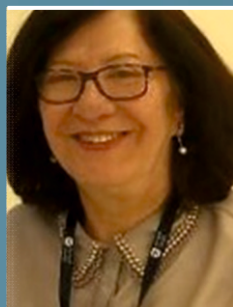
1. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e104. [cited 2020 Jul 9]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>.
2. Tejada de Rivero D.A. The history of Alma-Ata Conference. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [Internet] 2018;64(3);361-366. [cited 2020 Jul 19]. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, DC. 29ª Conferencia Panamericana de la OPS, 69ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 25-29 sep. 2017; OPS; 2017 (documento CSP29/10) [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf>
4. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul 8]. Available from: <http://apps.who.int/iris>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. [Internet]. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <https://iris.paho.org>.
6. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. International Labour Office. [Internet]. Geneva: ILO, 2015. [cited 2020 Jun 24]. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_407620.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf).
7. Macinko J, Andrade FCD, Nunez BP, Guanais FC. Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:1-9. [cited 2020 Jun 28]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.8>
8. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2018. Banco Interamericano de Desarrollo. [cited 2020 Jul 29]. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>
9. Pan D, Sze S, Jatinder SM; Bangash MN, Pareek N, Divall P et al. El impacto de la etnia en los resultados clínicos en COVID-19: una revisión sistemática. *Rev Eclinicalmedicine*. 2020;23(100404). [cited 2020 Jul 12]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100404>
10. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las personas con hipertensión y enfermedades

- cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19 [Internet] Documento de gobierno OPS/NMH/NV/COVID-19/20-0020. [cited 2020 Jun 23]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52383>
11. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: evidencia de países seleccionados. [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2017 [cited 2020 Jun. 23]. DOI: <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1177-7>
12. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. [Internet] Washington, D.C. 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [cited 2020 Jul. 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>
13. Organización Mundial de la Salud. Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2020-2025: Equity at the Heart of Health. (Official Document: 361). [Internet] Washington, D.C. 2020. Pan American Health Organization. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul. 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+. 2017. Panorama regional y perfiles de país. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2017 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
15. World Health Organization. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet] Ginebra: OMS; 2015 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
16. Maximina GN. Framework of reference for the development of the competence of the process of gerontogeriatric nursing care in undergraduate students. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2019; VI, 3 (6) 1 - 21 [cited 2020 Jul 28]. Available from: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1845>
17. Organización Panamericana de la Salud. Formación doctoral en enfermería en América Latina y el Caribe. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2017. [cited 2020 Jul 29]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13685:formacion-doctoral-en-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe-2017&Itemid=3562&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13685:formacion-doctoral-en-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe-2017&Itemid=3562&lang=en)
18. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):163. [cited 2020 Jul 12]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-10585-z>
19. Bejarano RC, González GC, Ruiz AR. Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología. Enfuro 2014;126:4-12. [cited 2020 Jul 14]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5015923>
20. Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9):782-788. [cited 2020 Jul 12]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.009>
21. Bozafa FA, El Rol De La Enfermería De Práctica Avanzada En Atención Primaria En Chile, Revista Médica Clínica Las Condes, 2018;29(Issue3):343-346, ISSN 0716-8640. [cited 2020 Jul. 14]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.006>
22. Jiménez-García JF, Arboledas-Bellón J, Ruiz-Fernández C, Gutiérrez-García G, Lafuente-Robles N, García-Fernández FP. The advanced practice nurse in the adequacy of chronic, complex wound care. Enfermería Clínica, 2019(29)Issue2:74-82, ISSN 1130-8621. [cited 2020 Jul 23]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.02.003>

23. Organización Panamericana de la Salud. Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul. 28]. Available from: <http://iris.paho.org>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Las casas de abuelos La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud. [Internet]. Cuba. Organización Mundial de la salud. Editorial Ciencias Médicas y OPS/OMS, 2015 ISBN: 978-959-212-976-4. [cited 2020 Jun. 23]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33897>
25. Valdés JT, Contreras C, Cárcamo M, San Martín P, Valdés N, Sbarra A, et al. Impacto de los programas de salud ERA y GES en la mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años o más en Chile. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:e41. [cited 2020 Jun 16]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.41>
26. Defensoría del Pueblo. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. [Internet]. Lima. Serie Informes de Adjuntía 2019;1 n° 006-2019-DP/AAE. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/IA-N%C2%B0-006-2019-DPAEE-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf>
27. Kim JK, Jo HY, Malo MA, Nam EW. Effectiveness of a comprehensive blood pressure control program in primary health care in Peru. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:e18. [cited 2020 Jul 12]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.18>

# 4

## BREVE HISTORIA DE LA PANDEMIA COVID-19 Y LA PRÁCTICA DE LOS ENFERMEROS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues  
Brasil



Leonor Luna Torres  
Colombia



Rachel Gabriel Bastos Barbosa  
Brasil

#### 4 - BREVE HISTORIA DE LA PANDEMIA COVID- 19 Y LA PRÁCTICA DE LOS ENFERMEROS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

ORCID: 0000-0001-8916-1078

Leonor Luna Torres

ORCID: 0000-0002-5838-9616

Rachel Gabriel Bastos Barbosa

ORCID: 0000-0003-4205-6910

#### RESUMEN

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 en el mundo trajo consigo la necesidad de una nueva reorganización en la atención al adulto mayor, considerando su condición de vulnerabilidad, lo que generó desafíos para la práctica de enfermería. **Objetivo:** presentar una breve historia de la pandemia COVID-19 y una propuesta de intervención del enfermero en el cuidado del adulto mayor durante la pandemia y en la post pandemia para en América Latina.

**Desarrollo del tema:** abordar la práctica del enfermero en el contexto de pandemia y post-pandemia en la Atención Primaria de Salud, con énfasis en el adulto mayor, tomando en consideración su proceso de envejecimiento y el entorno en el que vive. Se pone de manifiesto la necesidad de reorganizar la atención de los adultos mayores en diferentes espacios como el hogar, la unidad de salud y las residencias de esta población. También aborda la implementación de cuidados de enfermería con métodos sistematizados, con la propuesta de un modelo de atención y seguimiento del adulto mayor, en su núcleo familiar desde la Atención Primaria de Salud, tanto para pacientes sintomáticos como no sintomáticos; y algo muy importante es prevenir el contagio por COVID-19.

**Consideraciones finales:** la atención de enfermería al adulto mayor y a su familia desde la Atención Primaria de Salud —considerada la puerta de entrada al sistema de salud y cuyo objetivo es brindar atención y seguimiento en diferentes espacios como el hogar, la unidad de salud y los asilos — hasta en lo que tiene que ver con la prevención, tratamiento y recuperación de quienes sean afectados por el COVID-19, como también en la post-pandemia.

**Descriptores:** Práctica de enfermería; Precaución; Anciano; Atención Primaria de Salud, pandemia y post pandemia COVID-19.

# Introducción

En 2020 el mundo está experimentando una pandemia sin precedentes. En este momento, investigadores y principales centros de salud de numerosos países, como los de América Latina, están preocupados por establecer tratamientos más efectivos, además de descubrir posibles vacunas que puedan prevenir el COVID-19 de manera efectiva y segura.

Pero ¿cuándo empezó todo esto? Médicos en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, el 31 de diciembre de 2019, alertaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre una neumonía de etiología desconocida, que no respondía al tratamiento convencional, y que presentaba lesiones pulmonares graves hasta ahora nunca descrito. Desde el momento en que las autoridades sanitarias de Wuhan entendieron a qué se enfrentaban, quedó claro que se trataba de un virus nuevo y altamente transmisible y que se debían tomar medidas preventivas más drásticas para evitar su propagación. Por ello, se comunicaron al Centro de Control de Enfermedades de China (CDC) y a la Organización Mundial de la Salud. A principios de enero de 2020, se notificaron a la OMS 44 casos de pacientes con esta nueva neumonía, 11 de los cuales estaban en estado grave y 33 pacientes con afectaciones en la salud<sup>(1)</sup>. El 30 de enero de 2020, la OMS notificó 7.818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China, y 82 casos notificados en otros 18 países, describiendo una evaluación de riesgo muy alto para China y alto riesgo en el mundo<sup>(2)</sup>.

Uno de los primeros artículos publicados sobre las características clínicas de la COVID-19 fue a mediados de febrero en el *New England Journal of Medicine*. El artículo hace referencia a una cohorte con 1,099 pacientes hospitalizados y tratados de forma ambulatoria entre diciembre de 2019 y enero de 2020. Se recopilaron datos relacionados con la historia clínica, signos y síntomas, resultados de laboratorio, imágenes de rayos X y tomografía computarizada de tórax. Los investigadores llegaron a varias conclusiones decisivas para el conocimiento de la evolución de la enfermedad y posibles tratamientos, como también determinaron el tiempo medio de incubación (promedio de 4 días) y la definición de algunos síntomas como fiebre (43,8%), tos (67,8%), náuseas y vómitos (5%), además de diarrea (3,8%).

El hallazgo radiológico más frecuente (56,4% de los casos) fue la opacidad en vidrio deslustrado en la tomografía computarizada de tórax. Otros datos importantes de este estudio fueron la necesidad de hospitalizar a estos pacientes en unidades de cuidados intensivos en el 5% de los casos, el uso de ventilación mecánica en el 2,3% y el reporte del 1.4% de pacientes fallecidos<sup>(3)</sup>.

El 11 de marzo de 2020 la OMS (2020), declaró una pandemia con propagación global del nuevo coronavirus (Sars-Cov-2), debido a la rápida propagación geográfica del virus en el mundo, lo que obligó a los países a tomar medidas preventivas con el fin de prevenir la transmisión de la enfermedad<sup>(2)</sup>.

En marzo de 2020, Europa se convirtió en el epicentro de la enfermedad según datos de la OMS, siendo

Italia, en ese momento, el segundo país con mayor número de casos después de China. Las tasas de mortalidad aquí fueron las más altas descritas hasta entonces, atribuibles a la naturaleza continua del brote, con una mayor proporción de personas mayores, y a ello se sumó la falta de protocolos de tratamiento efectivos para COVID-19<sup>(2)</sup>. En pocas semanas, varios países europeos entre los que se destacan España, Francia y Reino Unido se encontraban en una situación similar, con sus sistemas de salud colapsando o al borde del colapso<sup>(4,5)</sup>. Alemania se mantuvo con una baja tasa de mortalidad, adhiriéndose a medidas más restrictivas y con un retorno a las actividades sanitarias de forma gradual, y monitoreadas<sup>(5)</sup>. No pasó mucho tiempo, debido a su estrecha relación con Europa, para que América Latina comenzara a registrar casos. El primer registro de contagio por coronavirus en América Latina fue en Brasil el 26 de febrero de 2020 y, desde entonces, el número de casos ha crecido en el país, llegando a más de 5 millones de brasileños infectados y más de 160 mil muertes, siendo el tercer país del mundo en número de casos, solo superado por Estados Unidos e India<sup>(2,6)</sup>. Los tres países latinoamericanos más afectados por el nuevo coronavirus son Brasil, Argentina y Colombia respectivamente, con mayor número de casos, y México con mortalidad de mayor magnitud que los demás<sup>(2)</sup>.

La pandemia de COVID-19 en América Latina es preocupante por las condiciones del sistema de salud, la escasez de políticas públicas y las bajas condiciones socioeconómicas que caracterizan a casi todos los países. La evolución del COVID-19 en estos países es heterogénea y está asociada a las medidas de salud pública que adoptan, al tamaño de la población, a los niveles de pobreza y a la estructura de los servicios de salud<sup>(6)</sup>. Dichos aspectos, sumados a la escasez de pruebas diagnósticas, de camas en unidades de cuidados intensivos, la poca comprensión de la enfermedad, los conglomerados urbanos de bajos ingresos, han hecho que el COVID 19 se propague rápidamente, aumentando las tasas de mortalidad<sup>(7)</sup>.

Hay varios desafíos que los países latinoamericanos deben enfrentar en la pandemia. Se pueden mencionar algunos de estos, como el mantenimiento de cuarentena prolongada para una población pobre que depende del trabajo diario para sobrevivir, la prevención y control de otras enfermedades como la gripe estacional y el dengue que pueden comprometer el escenario epidemiológico de estos países, enfrentando un grave problema de salud pública con recursos económicos limitados que impiden la realización de pruebas de diagnóstico rápido y un seguimiento adecuado de los protocolos de tratamiento ambulatorio y hospitalario para la COVID-19<sup>(8)</sup>.

Además, la pandemia de la COVID-19 trajo desafíos sin precedentes para los profesionales de la salud, especialmente para enfermería. Las enfermeras nunca estuvieron tanto en el centro de atención en este siglo XXI como lo están ahora, y trabajan intensamente en primera línea, siendo los profesionales más expuestos a la enfermedad; este escenario pone de relieve la necesidad de mejores condiciones laborales y de reconocimiento profesional<sup>(9,10)</sup>.

Antes del surgimiento de la pandemia COVID-19, la OMS definió 2020 como el Año Internacional de los profesionales de enfermería, con el objetivo de reconocer el trabajo realizado por los enfermeros en todo el mundo, buscando más inversiones, mejorando las condiciones laborales, la educación y el desarrollo profesional<sup>(11)</sup>. Además, este año también representa el 200 aniversario de Florence Nightingale,



considerada la fundadora de la enfermería moderna a nivel mundial, incorporando el rol teórico-científico, legal y político al trabajo del enfermero<sup>(12,13)</sup>.

En medio de la pandemia de la COVID-19, se hizo evidente la fragilidad estructural y política del Sistema Único de Salud en Brasil, haciendo más vulnerable a la enfermería y buscando apoyo en los legados que dejó Florence Nightingale para enfrentar los desafíos que la pandemia impone entre los profesionales de enfermería tales como: sobrecarga de trabajo, falta de profesionales calificados, padecer enfermedades físicas y mentales, contaminación y muertes entre los profesionales de enfermería. Luego de 200 años del legado de Florence, es necesario rescatar prácticas que involucren la ciencia de la profesión, manteniendo a los enfermeros como protagonistas del cuidado, con una mirada integral y comprometida con los cambios sociales, organizacionales y políticos que demandan durante la pandemia por COVID-19<sup>(13)</sup>.

En este contexto de inserción de la enfermería ante la pandemia relacionada con COVID-19, se plantea de manera urgente asumir desafíos que representan cambios en los sistemas de salud, tanto en los países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo, como es el caso de América Latina (AL). La dimensión del problema en la población mundial y en los sistemas de salud, ha generado consecuencias de gran magnitud, representadas en el número de muertes y en la proporción de personas contagiadas, donde un número significativo de adultos mayores ha sido víctima de este mortal virus. La pandemia además ha traído consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas. Tras ya ocho meses de aislamiento y desapego social debido a la pandemia, los adultos mayores han dejado de ser prioridad en la atención en salud salvo en casos de urgencia, lo que ha significado en algunos casos la interrupción de ciertos tratamientos que venían recibiendo para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, y con ello generando deterioro en su calidad de vida.

En la actualidad los países de América Latina enfrentan un período de transición, que demanda una reorganización del sistema de salud en cada uno de estos países y de manera particular en lo que a la Atención Primaria en Salud (APS) se refiere; por consiguiente, esto va a incidir en la prestación de los servicios médico-asistenciales para los mismos adultos mayores y sus familias.

En el caso de América Latina (AL) corresponde a los gobiernos evaluar el sistema de salud y por consiguiente reorganizar las políticas de APS para establecer una nueva forma de atención y de cuidado de los adultos mayores, lo cual debe ser planificado, reconociendo que es un gran desafío, si se tiene en cuenta el déficit de recursos económicos y de infraestructura que tiene el sector salud, sumado a las limitaciones de recursos humanos en número y cualificación para la atención en la Unidad de Salud, en el hogar y en los asilos.

La pandemia exige a los gobiernos de turno intervenciones tanto en el contexto macro como micro. En el primer caso, se debe reconocer que cada país tiene sus particularidades, e incluso el interior de cada uno de ellos, con características muy diversas que deben tenerse en cuenta a la hora de adoptar medidas o políticas. No obstante, en el contexto micro, es necesario tener presente que **es** allí donde se localizan los escenarios de atención a los adultos mayores, por tanto, han de ser susceptibles de adecuaciones para

responder a las necesidades de esta población.

En esta eventualidad, los gobiernos, las instituciones y la sociedad en general, se han visto abocados a introducir grandes cambios en su estilo de vida y en sus patrones de comportamiento cotidiano; el sector salud y todos los del equipo que participan en la prestación de estos servicios no han sido ajenos a estos continuos cambios.

Por su parte, corresponde al enfermero en APS ser emprendedor, innovador, flexible en la construcción de planes de cuidado con la participación del equipo interprofesional. Se debe orientar hacia una nueva perspectiva de la organización del sistema local de salud, la Unidad de Salud, la atención domiciliaria y los asilos.

Es el momento de empezar a planear como se va a prestar la atención de salud a esta población en la post pandemia, en cualquiera de las modalidades de servicios que se definan, bien sea en las Unidades de Salud o en los asilos o en el programa de atención domiciliaria; lo importante es tener **claro** que se debe establecer acompañamiento y evaluación en la prestación del servicio a la comunidad, y con base en los resultados, definir planes de mejoramiento.

Corresponde a cada país y localidad monitorear y evaluar el escenario pandémico y post-pandémico para establecer una planificación de la atención a los adultos mayores. Por lo tanto, la enfermera insertada en este escenario debe tener una participación en este proceso de (re) construcción.

En los países de América Latina, se debe analizar el comportamiento de la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias con el fin de trazar programas y proyectos que den respuesta a esas nuevas necesidades, trabajo en el que se debe promover la participación de las diferentes organizaciones de los sistemas de salud, reconocer los mitos, creencias y costumbres que tienen los adultos mayores, la diversidad cultural, étnica y racial que identifica a esta población. Resulta igualmente importante tomar en cuenta las condiciones que se tienen para acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, Brasil es un país con cinco regiones diferenciadas en términos de población, acceso a recursos sanitarios y financieros, con un número reducido de enfermeros y técnicos para la prestación de los servicios de salud, lo que puede dificultar el acceso a la prestación de servicios de salud de los adultos mayores. Otros países de América Latina, con características geográficas, socioeconómicas y ambientales muy particulares, y en consecuencia es posible que no sea una prioridad el acceso a los servicios de salud para los adultos mayores<sup>(14)</sup>.

En el caso de Colombia, un país multiétnico, multicultural y multirracial, con sensibles inequidades en lo que al acceso a servicios básicos se refiere, a la condición que ha quedado manifiesta en el manejo de la pandemia COVID-19 dejando al descubierto problemáticas en la prestación de los servicios de salud, tal como se evidencia en algunas regiones apartadas del país, en parte por el difícil el acceso geográfico y la pobre dotación en los servicios de salud.

A lo anterior, se suma el déficit de recurso humano en salud. Concretamente en enfermería resulta

insuficiente para atender la demanda del servicio, especialmente en zonas rurales y apartadas de las grandes capitales del país. Si bien es cierto que la pandemia puso de manifiesto fortalezas como la expresión de la solidaridad y la mayor interacción familiar, también dejó en claro las debilidades del sector salud en diferentes órdenes, que obligó a habilitar un número considerable de camas de unidades de cuidado intensivo y de áreas específicas para recibir a los pacientes con diagnóstico COVID 19, así como también a aplazar cirugías programadas. Por otra parte, se identificó que el personal entrenado en estos servicios especializados aun no es suficiente, por tanto, capacitar al personal de salud se convirtió en una prioridad y lo seguirá siendo para enfrentar la post-pandemia, lo que significa direccionar programas académicos de entrenamiento, actualización y capacitación en los servicios de alta tecnología principalmente.

No es sano desconocer que los países de América Latina enfrentan problemas muy complejos de diferente orden. Lamentablemente no dispone del músculo financiero suficiente para atender de manera óptima la salud de sus conciudadanos; sin embargo, se reconoce que el gobierno nacional, los gobiernos departamentales y municipales, han hecho los mejores esfuerzos para atender esta contingencia con las consecuencias en el orden social, económico, ambiental y en la productividad, por mencionar algunas de ellas.

## OBJETIVO

Presentar breve historia de la pandemia COVID-19 y una propuesta de intervención del enfermero en el cuidado del adulto mayor durante la pandemia y en la post pandemia en América Latina.

# Desarrollo del tema

La pandemia del nuevo coronavirus COVID-19, demanda mejorar la eficiencia en la toma de decisiones del enfermero. Por ello, varios recursos son fundamentales, ya que la elaboración de una metodología de atención sistematizada debe incorporarse a la atención primaria en salud.

En este contexto, el trabajo de los enfermeros con un equipo interdisciplinario integrado y armónico es fundamental en este proceso para la promoción de la salud y la consecuente mejora de la salud y de la vida de los adultos mayores. En la APS, el enfermero tiene un papel fundamental en el proceso de atención a la población, y en este momento de pandemia y a futuro en la post-pandémica, le corresponde tomar decisiones asertivas y fundamentales para que el trabajo sea efectivo.

El escenario requiere servicios organizados tanto técnicos como científicos, con recursos humanos altamente calificados, para que de esta manera el enfermero garantice la calidad de la atención.

Los adultos mayores tienen el derecho fundamental a recibir tratamiento, para mantener una condición de vida aceptable. En esta línea de razonamiento, corresponde al enfermero asumir el papel de

protagonista para planear, implementar, monitorear y evaluar la prestación del servicio en cada una de sus fases. Debe garantizar, junto con el equipo, el acceso a los adultos mayores que -por diversos motivos- no pueden cuidarse a sí mismos, como es el hecho de vivir solo o con una pareja mayor, es decir ser una familia envejecida. Y sumado a ello que no cuente con una red de apoyo social efectiva. Situaciones como estas ponen de manifiesto la necesidad de capacitar cuidadores informales que se vinculen para brindar cuidado en salud<sup>(16)</sup>.

Lo anterior, plantea la necesidad de que el adulto mayor sea considerado como un usuario prioritario en la APS, más aún en la situación de pandemia causada por el COVID-19. Para tal fin se proponen algunas orientaciones donde el enfermero, junto con su equipo interdisciplinario, debe seguir un método de trabajo sistemático con el objetivo de garantizar el mejor resultado en la atención a esta población en el momento de la pandemia y en la post pandemia. Es fundamental que enfermería establezca articulación con el sector salud y otros afines, e incluya en ese trabajo a la comunidad, a las Unidades de Salud, a los asilos y el domicilio donde ellos residan.

Es bien sabido que los adultos mayores; viven un proceso de envejecimiento individual, irreversible, heterogéneo, deletéreo e intrínseco, características que los hacen más vulnerables frente a personas que se ubican en diferentes etapas del curso de vida. A lo anterior se añade el hecho de que un número considerable de estas personas presentan pluripatologías crónicas, algunas de las cuales merman su capacidad funcional, tanto en lo biológico, como en lo psicológico o en lo social<sup>(17)</sup>. El equipo de APS debe evaluar no solo los aspectos individuales, sino también los ligados a las condiciones del entorno socio familiar.

Así, la formulación, implementación y evaluación de planes de cuidado, deben incluir aspectos biológicos, físicos y psicológicos, mediados por una valoración integral del adulto mayor y su familia conducentes a la identificación de sus problemas<sup>(17)</sup>.

Reconocer el trabajo desarrollado por enfermería y demás integrantes del equipo de salud en la atención a esta población durante la pandemia, y que también lo será en la post pandemia desde la APS, se convierte en una situación sin antecedentes para América Latina.

### **Ejes esenciales para el cuidado de adultos mayores en el hogar / unidad de salud y asilos**

1. Cabe a los servicios de APS capacitar al equipo interdisciplinario en temas de atención a los adultos mayores sintomáticos y asintomáticos, para brindar seguridad y calidad de atención al usuario por parte de los profesionales de la salud; es igualmente necesario tomar en cuenta en esta capacitación a los cuidadores informales porque son ellos y ellas quienes dan continuidad al cuidado de esta población en su hogar.

2. La APS tiene un papel fundamental en el control de la pandemia y así mismo, deberá estar en condiciones para enfrentar la post pandemia, por tanto, es necesario generar otras alternativas de atención a los adultos mayores de manera específica e individualizada, reconociendo que esta población padece frecuentemente de enfermedades crónicas no transmisibles y múltiples, muchas de las cuales conducen a la pérdida de la capacidad funcional física y mental.

3. Centrarse en los atributos esenciales y derivados de la APS, exige el conocimiento de la región o del

territorio de trabajo de cada Unidad, del acceso que tienen los adultos mayores -tanto al servicio de salud como a otros servicios socio sanitario, del el vínculo entre el usuario / familia y el equipo de salud, de la atención integral, del el seguimiento de los adultos mayores que puedan estar viviendo solos o con otras personas, o de quienes viven en los asilos o en otras modalidades de servicios de salud donde participe la comunidad

4. Planificar la atención del adulto mayor en unidades de salud, a través de *call centers* y/o tecnologías de comunicación para programar consultas, suministro de medicamentos, vacunación, entrega de guías y protocolos de atención en salud u otros trámites necesarios con programación puntual, ofreciendo atención humanizada, oportuna y segura.

5. La atención domiciliaria, en la Unidad de Salud, en el domicilio y en el asilo debe ser segura y de calidad, y debe ser monitoreada y evaluada desde la APS, esto requiere establecer flujo de atención separada de las personas sintomáticas y asintomáticas, así como aquellos casos sospechosos de COVID-19, para lo cual se requiere disponer de recursos económicos y estrategias de actuación específicas para el cuidado de los adultos mayores, como mantener el distanciamiento social en las salas de espera, en consultorios, pasillos y otras áreas de las instituciones donde se presten los servicios de APS.

6. Asegurar el suministro de equipos o implementos de bioseguridad para la protección del personal de salud y de áreas de apoyo, al momento de las comunicaciones verbales y no verbales, sin restar importancia a los servicios en línea, telesalud u otras herramientas tecnológicas que se usen para tal fin.

7. El enfermero tiene un papel fundamental en la planificación de estrategias para el seguimiento de los contactos de las personas mayores y sus familias, que viven en casa y son atendidas en la APS. Enfatizar las políticas de detección en ILPIS, junto con los servicios de vigilancia de la salud, en cada región / país.

Los ejes descritos sirven de base para la propuesta de medidas de intervención del enfermero y el equipo, como se describe a continuación.

### **Propuestas de medidas de intervención**

1- Realizar la valoración del anciano, en la Unidad de Salud / domicilio / asilos en cuanto a: la capacidad funcional del adulto mayor, sin desconocer los principales síndromes geriátricos como: alteraciones cognitivas, caídas, incontinencia, inestabilidad e inmovilidad<sup>(18)</sup>. Valorar el grado de fragilidad, las diversas iatrogenias en el momento de la pandemia y las lesiones de piel por el reposo prolongado que algunos mantienen; es importante considerar todo esto.

2- Aplicar escalas o instrumentos de medición para identificar la pérdida de autonomía e independencia. Evaluar también las necesidades y cuidados que deben priorizarse con las intervenciones de enfermería, debido al aislamiento social y también a la distancia de los servicios de salud.

3- Un aspecto que para esta población es muy importante tiene que ver con el manejo de la espiritualidad, condición que enfermería debe explorar y atender.

4- Evaluar los síntomas gripales y otros problemas respiratorios que presenten los adultos mayores, además de tener en cuenta a las personas sintomáticas y de contacto que conviven con el adulto mayor. El enfermero debe evaluar el núcleo familiar a partir del genograma y el ecomapa, para identificar las relaciones y conexiones dentro del sistema familiar, así como también, monitorear los posibles individuos sintomáticos. (Hipervínculo A)

5- Desde la APS acompañar a los adultos mayores durante la pandemia COVID-19 en la detección

temprana de pacientes sintomáticos y asintomáticos, y hacer uso de todos los protocolos de bioseguridad, internacionales e de cada país. Aquellos con síntomas de disnea, se deben derivar a servicios especializados, y a quienes resulten asintomáticos, se les debe brindar orientación sobre la adopción de medidas de prevención en el hogar

6- Promover cuando indicado, la vacuna contra la influenza, según el esquema de cada país.

7- Estimular que no se interrumpan el tratamiento, farmacológicos ni comportamentales para el afrontamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles, así como la práctica de exámenes diagnósticos que se hagan de manera oportuna.

Tales estrategias son fundamentales tanto para la contención de la pandemia como para que las personas con COVID-19 no empeoren su condición de salud. Los modelos de atención son fundamentales para el seguimiento de las personas mayores en los diferentes espacios en que viven. Presentamos algunos modelos, inseridos nos hiperlinks; 1- Modelo de prevención y control de infecciones por coronavirus en atención a adultos mayores desde la APS; 2: Criterios de Manejo Práctico de Casos al día- APS; 3- Algoritmo de atención a adultos mayores en APS; 4- Manejo e controle COVID-19 en los asilos; 5- Modelos de gestión de adultos mayores atendidos en ubS y sospechosos e gestión del cuidado de adultos mayores en el hogar. FN-ILPI (asilos)



Para descargar el documento,  
haga clic aquí

**8-** Consultar la cartilla de vacunación y el Manual para el Adulto Mayor que es atendido en la Unidad de Salud, Hogar o en asilos, y crear estrategias para aplicar la vacuna en el hogar, especialmente a los más vulnerables. Planificar la atención a los adultos mayores, en el momento de la vacunación de COVID-19, con miras a verificar que se cuente con un equipo capacitado para esta práctica y se disponga de la infraestructura necesaria para garantizar seguridad a los adultos mayores al momento de la vacunación, incluidos los adultos mayores que están en el hogar o en los asilos.

**9-** El enfermero, como profesional responsable del programa de vacunación, una vez que salga al mercado la vacuna contra el COVID-19, deberá ser capacitado y él a su vez será el responsable de capacitar al personal en la técnica de esta vacuna, con el fin de ofrecer una atención segura, bien sea en el domicilio o en el asilo.

**10-** Planificar la atención a las personas mayores en el hogar y en el asilo en cuanto a sus condiciones de salud / enfermedad, ofreciendo los insumos y medicamentos necesarios para el control y manejo de las enfermedades crónicas, de acuerdo con la problemática específica de cada adulto mayor. El enfermero debe valorar, con la familia y el adulto mayor, la necesidad de identificar y orientar la labor del cuidador familiar para el manejo del adulto mayor sintomático y en aquellas medidas que se adopten para la prevención del COVID-19 e otras alteraciones del adulto mayor;

**11-** La valoración ha de tomar en consideración los problemas sociales, económicos y mentales que los adultos mayores y sus familias pueden presentar durante el período de la pandemia o en la post-pandemia, para brindar las orientaciones pertinentes.

**12-** Las visitas de los profesionales de la salud (enfermero o agente comunitario /otro técnico, según cada país) al domicilio del adulto mayor deben realizarse de forma segura, tanto en la búsqueda activa del adulto mayor sintomático en el COVID-19, como en las derivaciones a diversos servicios dependiendo del estado de cada uno. Se propone establecer mecanismos de evaluación y seguimiento para los adultos mayores. ([Hipervínculo 5](#)), tener en cuenta el sub-registro de casos de COVID-19 que pueda existir.

**13-** Las acciones de vigilancia de la salud a través de la educación en salud con la coordinación del enfermero y el equipo, tienen como objetivo reducir el riesgo de contagio y también atender a los pacientes sintomáticos, siguiendo protocolos de atención. La adopción de Buenas Prácticas ya sea en casa y/o en asilos es la clave para la prevención de COVID-19.

**14.-** El virus que causa COVID-19, SARS-CoV-2, tiene como principal vía de transmisión las pequeñas gotitas que se emiten al hablar, respirar, toser o estornudar. Así, las acciones de la APS deben incluir todas las medidas de bioseguridad, utilizar diversos monitoreos para la detección de pacientes sintomáticos atendidos en las Unidades de Salud de su región y aplicar las Buenas Prácticas, como el lavado de manos con la técnica correcta, empleo de mascarillas adecuadas, mantener distancia social y otras prácticas, tal como está descrito en el Manual de Buenas Prácticas. ([Hipervínculo 6- Buenas prácticas](#)).

**15-** Resulta igualmente importante impulsar la sana alimentación que responda a las necesidades del adulto mayor, como un factor protector para mantener un buen estado de salud y bienestar e inclusive para fortalecer el sistema inmunológico como condición para enfrentar esta pandemia.

El panorama que nos presenta la pandemia, el enfermero, en su práctica profesional, preferiblemente debe tener formación en el área de gerontología, y conocer la especificidad del cuidado de la salud del adulto mayor mientras dure la pandemia<sup>(20)</sup>.

El desempeño del enfermero debe tomar en consideración el contexto social y familiar, el sistema de salud de cada país y la legislación que aplica.

No menos importante es; insistir/recordar que el enfermero debe conocer sus competencias profesionales y cumplir de manera ética y responsable con el compromiso que como profesional asume, entender que además de cuidar la vida de otros, la primera responsabilidad recae en cuidar su propia vida, de acuerdo con el protocolo de Manejo Clínico do Coronavirus<sup>(21)</sup>.

Así, el enfermero, como miembro de la sociedad, necesita ser consciente de estos temas, asumir una participación efectiva en esta contingencia y trabajar de manera decidida en la reconstrucción social para el cuidado de las personas mayores, especialmente de las más vulnerables. Los protocolos de atención deben fortalecer la articulación de las Unidades de Salud con los Adultos Mayores en el hogar y en los LTCF y los respectivos gerentes de las Unidades.

El sector salud debe hacer alianzas con medios de comunicación masivos que impulsen programas dirigidos a la comunidad que tengan como propósito educar en salud<sup>(22)</sup>. Educación para la salud, difundiendo medidas preventivas, promocionando buenas prácticas para el autocuidado y de manera

especifica el enfrentamiento de la enfermedad por COVID-19 sin restarle importancia al manejo que se debe tener con esta población en la post-pandemia.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Cabe mencionar aquí la importancia de las competencias de los enfermeros en el cuidado de las personas mayores, en América Latina, en este contexto de pandemia y post pandemia, lo que imprime un gran valor social. Algunas experiencias exitosas, por ejemplo, en Brasil, la figura del Agente Comunitario de Salud (ACS) y la Estrategia Salud de la Familia (ESF) son también pilares fundamentales para fortalecer las acciones de prevención del COVID-19. No se descarta que iniciativas como esta pueden replicarse en otros países latinoamericanos para fortalecer la atención primaria. Así, se entiende que en cada región / país, los enfermeros desarrollan diferentes acciones, aunque, las mismas deben basarse en protocolos internacionales y nacionales para la atención al adulto mayor, especialmente en la pandemia COVID-19 y en la post-pandemia COVID-19.

La experiencia de la pandemia en este momento deja auténticos aprendizajes al mundo entero. Uno de ellos es el de fortalecer en todos los países de la región, los programas de promoción y prevención, pues el enfermero trabaja de manera efectiva y coordinada dentro del sistema de salud. De esa manera se llegaría a reducir la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades inclusive de las crónicas no transmisibles o por lo menos, hacerlas menos severas en sus manifestaciones. Lo mencionado anteriormente señala la importancia de la educación en salud que cumple una función primordial, y de hecho es una de las competencias que han identificado a la profesión. Estos programas no solo deben estar centrados en espacios intramurales, sino que deben permear escenarios que los adultos mayores viven.

Otro aprendizaje que la pandemia ha posibilitado es el familiarizarnos cada vez más con el uso de las TIC que hoy por hoy, llega a un mayor número de personas y representa beneficio en términos de llevar información y conocimiento en fracciones de segundos de una manera creativa y precisa, ejercicio que se debe seguir desarrollando para encontrar cada día más herramientas que cumplan este cometido. En lo que a educación en salud se refiere, el enfermero debe apropiarse de herramientas que posibiliten impulsar programas de prevención de la enfermedad a partir de estrategias didácticas como el juego, el uso de infografías, los webinar, los foros, y los conversatorios entre otros.

## **REFERENCIAS**

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Pneumonia of unknown cause – China. OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Mar. 20]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
2. World Health Organization (WHO). [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2020. Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19). [cited 20 Mar. 2020]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
3. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19



- Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708-1720. [cited 2020 Apr 27]. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
4. Saglietto A, D'Ascenzo F, Zoccai GB, De Ferrari GM. COVID-19 in Europe: the Italian lesson. *Lancet.* 2020;395(10230):1110-1111 Apr 4 [cited 2020 Apr. 27]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30690-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30690-5)
  5. Yuan J, Li M, Lv G, Lu ZK. Monitoring transmissibility and mortality of COVID-19 in Europe. *Int J Infect Dis.* 2020;95:311-315 [cited 2020 Apr. 27]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.050>
  6. Acosta, L. D. Response capacity to the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2020;44:e109. [cited 2020 Apr. 27]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.109>
  7. Sánchez-Duque, J. A., Arce-Villalobos, L. R., & Rodríguez-Morales, A. J. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Revista Atención Primaria.* 2020;52(6):369-372. [cited 2020 Apr 27]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
  8. Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 in Latin America: challenges and opportunities. *Revista chilena de pediatría.* 2020;91(2):179-182. [cited 2020 Apr. 27]. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>
  9. Santana RF. 2020 - Year of Nursing - Year of the Pandemic - Year of Elderly Individuals as a Risk Group: Implications for Gerontological Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2020;73(Suppl3):1-2. [cited 2020 Apr. 27]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-202073supl03>
  10. Silva FV. Enfermagem no combate à pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2020;73(Suppl 2):1-2. [cited 2020 Apr. 27]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-202073supl201>
  11. Marson FAL, Ortega MM. COVID-19 in Brazil. *Pulmonology.* 2020;26(4):241-244 [cited 2020 Apr 27];. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.04.008>
  12. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. World Health Organization. 2020. Year of the Nurse and the Midwife 2020 [cited 20 mar 2020]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
  13. Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi IC, Adamy EK, Toso BRGO, Souza JB. 200 Years of Florence and the challenges of managing nursing practices in the COVID-19 pandemic. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2020; 28:e3358 [cited 2020 Nov 04]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4576.3358>
  14. Giovanella L. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da COVID-19. Seminário virtual Rede APS Abrasco. [cited 2020 Oct. 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=EcfJXwZdAsI&feature=youtu.be>
  15. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Bogotá. 2020. Minsalud. Nuevo Coronavirus Covid-19. Portal web. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19\\_copia.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx)
  16. Landinez PN. Manual del cuidador de personas mayores. 2th ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2017.
  17. Freitas EV, PYL. Tratado de geriatría e gerontología. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
  18. Torres LL. Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores. In. OPAS. La salud de los Adultos Mayores: Una visión Compartida. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2th ed. Washington, D.C.: María Alcira Quintero Osorio Edit, 2011.
  19. Fernandes AES, Carvalho BFS, Zenatti CT, Silva CB, Abdalla C, Freitas DCCV et. al. Modelo Clínico e o controle da COVID-19 em Instituições de Longa permanência para Idosos. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Versão II. (Cartilha digital) [cited 2020 Jun. 10]. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/07/1-MANEJO-CLINICO-E-CONTROLE-COVID-19-EM-ILPIs.pdf>

20. Rodrigues, RAP (coord.). Boas práticas para as Instituições de Longa Permanência para Idosos no enfrentamento da pandemia de Covid-19: estratégias e protocolos. [recurso eletrônico]. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: FN-ILPI, 2020, 69p. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/FN-BOAS-PRA%CC%81TICAS-FICHA-C.pdf>
21. Rodrigues RAP, Bueno AA, Silva LM, Kusumota L, Almeida VC, Giacomini SB, et al. The teaching of gerontological nursing in Brazilian public higher education institutions. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(3):313-320. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
23. Higashida BY. Educación para la salud. 3th ed. Ciudad de Mexico Ed. Mc Graw Hill Ed., 2015.

# 5

## ATENCIÓN INTERPROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Doris Siqueira Daza  
Chile

Alexandre de Assis Bueno  
Brasil



Beatriz Arana Gómez  
México

Elizabeth Moura Soares de Souza  
Brasil



Leonor Cuellar Gomez  
Colombia

## 5 - ATENCIÓN INTERPROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Doris Sequeira Daza

ORCID:0000-0003-1793-8372

Alexandre de Assis Bueno

ORCID: 0000-0002-3311-0383

Beatriz Arana Gómez

ORCID:0000-0002-5177-4220

Elizabeth Moura Soares de Souza

ORCID: 0000-0002-5889-8197

Leonor Cuellar Gomez

ORCID: 0000-0001-7845-1678

### RESUMEN

**Introducción:** La atención de la enfermera (o) al adulto mayor en situación de pandemia es compleja. Puesto que surgen importantes retos y desafíos que su formación profesional le permite enfrentar en forma colaborativa en equipos interprofesionales con competencias generales y específicas para ofrecer atención y cuidados al adulto mayor según sus necesidades. **Objetivo:** Describir el rol y las competencias específicas de la enfermera en el equipo interprofesional para la atención del adulto mayor en la atención primaria en salud y caracterizar el trabajo multidisciplinar, interdisciplinario, interprofesional y en equipo. **Desarrollo del tema:** La complejidad de las demandas de los usuarios derivadas del cambio demográfico y epidemiológico requieren respuestas que sólo pueden ser dadas por profesionales que trabajen en forma colaborativa e íntegramente en equipos interprofesionales con competencias generales y específicas para ofrecer la atención y cuidados a los adultos mayores que estas requieren; Así como, la práctica colaborativa, a fin de optimizar los resultados de la atención en salud, entregando una atención íntegra, de calidad y segura a los usuarios, sus familias, cuidadores y comunidades con una organización del trabajo basada en la Atención Primaria de Salud. Con ese objetivo, la Enfermera (o) lidera y coordina el trabajo de los diferentes profesionales en los centros de atención de salud donde se desempeña, observando y analizando la evolución de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; diseña estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades manteniendo informada a las personas, familia y comunidad sobre la situación del COVID-19. **Consideraciones finales:** La atención interprofesional permite responder en forma colaborativa a las demandas de los usuarios derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos.

**Descriptores:** Atención Interprofesional; Enfermería; Anciano, Atención Primaria de Salud; Trabajo en Equipo.

# Introducción

El cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población con el aumento de la expectativa de vida y mayor incidencia de enfermedades crónicas. Ha hecho que el usuario que consulta en los servicios de salud se plantee demandas cada vez más complejas que requieren un seguimiento a lo largo del tiempo; Así mismo, propone la necesidad de implementar un enfoque de atención complementaria que tenga en cuenta las múltiples dimensiones de las necesidades sanitarias tanto de los usuarios, de los servicios y de la población en general.

Para responder a dichas demandas es fundamental que los diferentes profesionales involucrados en los cuidados de salud trabajen juntos en: **Primero**, mantener una buena comunicación de calidad entre sí. **Segundo**, colaboren en conjunto para lograr una atención de alta calidad a los usuarios. Y **Tercero**, que los mismos usuarios se beneficien de ello junto a sus familias y comunidades<sup>(1)</sup>.

Como lo señala, La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(2)</sup>: “La práctica colaborativa **optimiza** los resultados de la atención en salud entregando una atención íntegra, de calidad y segura a los usuarios, sus familias, cuidadores y comunidades en una nueva forma de organización de trabajo; principalmente, con un enfoque en la Atención Primaria de Salud<sup>(3)</sup>”.

## OBJETIVO

Describir el rol y las competencias específicas de la enfermera en el equipo interprofesional para la atención del adulto mayor en la atención primaria en salud y caracterizar el trabajo multidisciplinar, interdisciplinario, interprofesional y en equipo.

# Desarrollo del tema

El cuidado de los usuarios de los sistemas de salud se hace cada vez más complejo y requiere la colaboración eficaz entre los profesionales. Por ende, los conceptos de trabajo multidisciplinar, interdisciplinario y en equipo no son excluyentes, sino incluyentes siendo necesario perfeccionar cada uno de estos niveles para llegar a la excelencia de la atención otorgada a las personas, familia y comunidades.

**a) Trabajo multidisciplinar:** es el trabajo común realizado por profesionales de diferentes áreas de conocimientos técnicos y específicos. De esta contribución individual surgen nuevas propuestas de intervención que no se habrían dado por sí solas, Ya que deben estar asociadas con una visión amplia

de la salud e Incorpora aptitudes profesionales con una visión humanista e integral del proceso salud-enfermedad considerando los aspectos políticos, económicos, familiares, educativos desde una perspectiva de determinantes sociales<sup>(4)</sup>.

El enfoque multidisciplinar logra cuidar a las personas al observar su multidimensionalidad mientras es individual, cultural, histórico y social, además de hacer un mejor uso de los recursos existentes en las instituciones y la comunidad<sup>(5)</sup>.

**b) Trabajo interdisciplinar:** en esta modalidad de trabajo, los profesionales de dos o más disciplinas interactúan en el cuidado del usuario centrando la atención de salud en él y envolviéndolo en el cuidado personal, tomando decisiones sobre el plan de cuidados en conjunto e interdependiente<sup>(6)</sup>, abarca desempeñar o desarrollar acciones de modo íntegro, creativo, reflexivo y original, al mismo tiempo que busca superar la fragmentación del conocimiento<sup>(7)</sup>.

**c) Trabajo en equipo:** es una acción coordinada, llevada a cabo por dos o más profesionales lo que implica acordar metas en conjunto para el desarrollo de la asistencia y la atención integral al usuario, exige un entendimiento claro y respeto de los roles y las funciones de cada miembro. Ya que el trabajo en equipo, más que un fin, es un proceso y requiere la habilidad de trabajar como colegas, en vez de superior-subordinado<sup>(4)</sup>.

**d) Trabajo interprofesional:** implica a profesionales de dos o más profesiones que están trabajando juntos con objetivos comunes en pro del cuidado integrado, seguro, de alta calidad y centrado en la persona, interactuando entre ellos para resolver problemas y participar en la toma de decisiones. Lo que quiere decir que es un proceso que incluye la comunicación y la toma de decisiones, permitiendo una influencia sinérgica de conocimientos y habilidades agrupadas donde el profesional de salud ha aprendido a trabajar en equipo<sup>(8)</sup>.

Por lo mencionado, podemos decir que el proceso colaborativo incluye la responsabilidad, la coordinación, la comunicación, la cooperación, el asertividad, la autonomía, la confianza y el respeto mutuo; siendo sostenido por una cultura en la que la contribución de todos es importante para la innovación, los cambios<sup>(3)</sup> y la mejora de la calidad y seguridad de la atención clínica lo que se expresa en<sup>(9)</sup>:

- Un aumento de la satisfacción del usuario y familia y una reducción de las quejas.
- Una reducción de costos, de las tasas de mortalidad, de las complicaciones y los errores clínicos.
- La disminución del tiempo de las estancias clínicas y de la duplicación de esfuerzos.
- La reducción del estrés y del agotamiento de los profesionales.
- El aumento de la satisfacción laboral de los profesionales.
- La retención de los profesionales en las instituciones y la reducción de su rotación.

Sin duda alguna, La práctica colaborativa irá cambiando a medida que las prácticas de salud vayan centrándose en los usuarios, la familia y la comunidad y se orienten a sus necesidades de salud de manera integral. Eso significa que el trabajo cotidiano de los diferentes profesionales debe configurarse de forma colaborativa y en conjunto con los usuarios<sup>(10)</sup>. Tal como lo estableció la OMS desde 1988<sup>(11)</sup> “aprender juntos para trabajar juntos por una salud mejor”.

Como lo mencionado antes, el trabajo interprofesional es un proceso de colaboración que debe desarrollarse y mantenerse mediante una relación efectiva entre los trabajadores de la salud, los usuarios, los miembros de la familia y la comunidad para lograr mejores resultados en la atención de salud. No obstante, para que el trabajo interprofesional se realice de manera colaborativa, es necesario aclarar los roles de los diferentes profesionales<sup>(12)</sup> lo que implica tanto las relaciones, como el desempeño sinérgico del equipo en su conjunto.

Al mismo tiempo se aclara que la atención a los adultos mayores por el equipo interprofesional en la atención primaria en tiempos de pandemia tiene por objetivo lograr un mayor alcance en la atención por la diversidad de profesionales, conocimientos y percepciones de sus integrantes. Desde esta perspectiva, el cuidado se convierte en una acción esencialmente colaborativa, basada en la comunicación, las relaciones y la cooperación.

Así pues, la acción colaborativa de la práctica interprofesional se constituye sobre la base de competencias específicas, comunes y complementarias que se consolidan en prácticas independientes, dependientes e interdependientes con alternancia en la realización de cuidados según la necesidad presentada<sup>(13)</sup>.

Es evidente, que existen habilidades, competencias y valores que son inherentes a la atención de salud interprofesional. Pero, que posibilitan que esta se brinde de forma efectiva, integrada y comprometida como el respeto, la confianza, el reconocimiento del espacio de cada profesional y la interdependencia para el desempeño de las diversas acciones. El desempeño del trabajo interprofesional, por lo tanto, proporciona la integración y organización de acciones de salud al tiempo que favorece el establecimiento de una red de atención entre los diferentes niveles de atención de la salud.<sup>(14)</sup>

### **Competencias comunes y colaborativas de los profesionales en el cuidado al adulto mayor en la Atención Primaria en Salud:**

Sin lugar a duda, se está viviendo situaciones en donde la colaboración interprofesional es indispensable, ninguna pandemia se puede entender desde una única profesión pues mientras el contagio es un evento microbiológico, la pandemia es un evento sociopolítico y económico –involucra la respuesta de los gobiernos y de las entidades supranacionales para hacer frente al contagio– que refleja los valores de la sociedad en la que ocurre, o al menos la forma en que está organizada<sup>(15)</sup>.

Por ello, la necesidad de trabajar de forma eficiente y en equipo exige poseer una serie de competencias y conocimientos de otros<sup>(11)</sup>; entre ellas, las competencias son las habilidades para realizar determinadas funciones que se componen de un repertorio de prácticas profesionales que requieren de conocimientos, actitudes, técnicas observables que, en su conjunto, crean la capacidad para presentar un determinado servicio profesional<sup>(4)</sup>.

### **Competencias requeridas para el trabajo colaborativo de los profesionales:**

Para lograr la cobertura universal de salud se requieren profesionales de la salud integrados en equipos inter y multiprofesionales que compartan las siguientes competencias:

1. Colaborar estrechamente desde o en el desempeño de sus funciones generando relaciones específicas con otros profesionales en pro de la calidad del cuidado.
2. Compartir el conocimiento profesional teórico y práctico para la solución de problemas de salud en el ámbito institucional, intersectorial y comunitario.
3. Trabajar en equipo, aunando esfuerzos y canalizando recursos necesarios para la solución de problemas prioritarios de salud.
4. Comunicarse en forma efectiva para posibilitar la articulación de las acciones y la cooperación entre los profesionales<sup>(11)</sup>.
5. Liderar personas, procesos y distintas dinámicas que permitan orientar la acción del equipo en una dirección determinada, anticipando escenarios, inspirando valores, confianza y motivación. Lo que incluye también la fijación de objetivos para el bien común, considerando e integrando opiniones de los miembros del equipo, estableciendo directrices para mantener la eficiencia y calidad del trabajo.

Cabe destacar que, la intervención de los equipos inter y multiprofesionales favorecen el cuidado de los adultos mayores para un envejecimiento saludable, siendo importante promover su participación en la toma de decisiones sobre: 1) el cuidado; 2) desarrollar acciones de promoción y prevención para minimizar el declive funcional; 3) identificar factores de riesgo; 4) vigilar el uso de medicamentos y productos alternativos (suplementos, herbolarios, homeopáticos) para identificar polifarmacia y/o riesgo de interacción medicamentosa; 5) promover la adherencia a los tratamientos; valorar la dependencia y riesgo funcional; 6) realizar seguimiento según riesgo; 7) educar en salud y promover una atención integral de los adultos mayores<sup>(16)</sup>, siendo imprescindible que los integrantes de los equipos de salud posean, mantengan y no olviden sus valores éticos individuales en su calidad de integrantes<sup>(4)</sup>.

De esta forma las competencias en enfermería no son conocimientos o habilidades fragmentadas, sino un conjunto de saberes combinados que no se transmite. Como las que se construyen a partir de la secuencia de actividades de aprendizaje<sup>(17)</sup>, estas giran en torno a la importancia y a la revaloración que se da al trabajador. Siendo su potencial, la adaptación a los cambios, generado dentro de la gestión del cuidado. Y una nueva vía para mejorar la calidad de atención que otorga la enfermera (o)<sup>(18)</sup>.

En este contexto, la atención de salud consiste en la respuesta a las necesidades de los usuarios sin reducirlas a las dimensiones de patología y fisiología y en una atención de salud que procura integrar la promoción, la prevención, la recuperación de la salud y la rehabilitación al mismo tiempo que se respetan y se tienen en cuenta las relaciones interprofesionales, interdisciplinarias e intersectoriales en la red de atención de salud<sup>(10)</sup>.

Los sistemas de salud en la actualidad a nivel de atención primaria tienen que considerar que el enfoque debe ser: de promoción de los factores protectores; de prevención de los factores de riesgo a través de todo el curso de vida; de detección precoz de enfermedades crónico-degenerativas; de tratamiento y control oportuno de enfermedades para que, en la etapa de la vejez, los adultos mayores tengan una vida saludable. Por eso, los programas donde se promueve o fomenta el autocuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional con un modelo integrado de atención, constituyen el aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención.



### **Rol de la enfermera (o) en el equipo interprofesional:**

La Enfermera (o) como miembro integral del equipo de salud interprofesional, articula acciones de salud interdisciplinarias de tal manera que aborden las necesidades humanas básicas de las personas especialmente en los adultos mayores.

El rol de la enfermera (o) en el equipo interprofesional es amplio y lo puede desempeñar en diferentes ámbitos, pueden realizar labores interprofesionales tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario como, por ejemplo:

- a) Participar en el Proyecto Terapéutico Singular (PTS), que es un conjunto de propuestas del equipo de atención, de conductas terapéuticas articuladas que resultan de la discusión colectiva<sup>(19)</sup> para una persona o grupo; el PTS es una estrategia innovadora para potenciar el modelo de atención y gestión de enfermería en el cuidado de la salud para el individuo y la familia<sup>(20)</sup>. Por mencionarlo: La relación entre el PTS y el Proceso de Enfermería genera una atención de salud ampliada e innovadora en el “Sistema Único de Salud” de Brasil (SUS por sus siglas en portugués).
- b) Educar en Salud, lo que implica ir más allá de una intervención curativa, significa dar preferencia a las intervenciones promocionales y preventivas para mejorar la calidad de vida de las personas, familia y comunidades. La enfermera (o) debe planificar y organizar la atención que derive de su realidad local estableciendo cooperación con otros sectores, actuando con innovación, sentido crítico y humanización, mostrando eficiencia en su trabajo<sup>(21)</sup>.
- c) Realizar Consulta Interprofesional a través de la Clínica Amplificada. Y la consulta Interprofesional de los adultos mayores debe basarse en los cambios inherentes al proceso de envejecimiento, así mismo, tener un enfoque diferenciado y una gestión eficaz debido a las características propias de este proceso. En realidad, la enfermera participa en el análisis y discusión de los hallazgos encontrados por el equipo<sup>(19)</sup>.
- d) Participar en visitas domiciliarias, el desplazamiento a las familias y hogares puede crear lazos afectivos con los adultos mayores y sus familias, especialmente en aquellos que tienen movilidad limitada o estado de ánimo depresivo<sup>(22)</sup>; se obtiene además una visión más cercana a las necesidades de las personas permitiendo la realización de un plan de atención y cuidados diseñado y ejecutado en equipo contribuyendo así a modificar las necesidades encontradas. El rol de la enfermera (o) es fundamental desde la escucha hasta la realización de los procedimientos especialmente cuando se visita a los adultos mayores con COVID-19.
- e) Colaborar en la educación interprofesional, es necesario para preparar al personal de salud, para motivarlo y comprometerlo en iniciativas colaborativas para responder a las necesidades de salud locales en un entorno dinámico; la enfermera (o) realiza docencia de pregrado y posgrado realizando actividades teóricas y prácticas como docente y tutora contribuyendo a la formación de los profesionales de la salud y al fortalecimiento del trabajo interprofesional. Las residencias (internados) interprofesionales pueden ser espacios útiles para el desarrollo de la educación interprofesional al trabajar desde una perspectiva que busca promover la integración entre diferentes profesionales<sup>(23)</sup>. Es importante poner énfasis en el cuidado de los adultos mayores sanos o enfermos, para que quien reciba la educación, pueda incorporarla a su conocimiento de manera significativa.

### **Atención interprofesional de la enfermera (o) al adulto mayor en la Atención Primaria en Salud**

En la Atención Primaria concebida como una acción política-territorial, la enfermera (o) participa activamente en las actividades terapéuticas mediante procedimientos y acciones de cuidado siendo la atención asistencial fundamental para los adultos mayores en tiempos de pandemia junto con el ejercicio de su liderazgo en la articulación e integración interprofesional<sup>(13)</sup>.

La enfermera (o) genera y proyecta su desempeño e intervención interprofesional en: a) los procesos educativos; b) el trabajo colaborativo; c) el trabajo intersectorial; d) el equipo de salud territorial; e) el cuidado a los adultos mayores y su familia.

a) En los procesos educativos, la atención interprofesional de la enfermera (o) debe promover instancias de capacitación con el personal de enfermería y con los profesionales del equipo multidisciplinar para abordar en forma íntegra la situación de pandemia por COVID -19, brindando información sobre sus características, las formas de contagio, el comportamiento epidemiológico y las medidas sanitarias de protección personal que deben adoptar como agentes de salud que proveen cuidados básicos o específicos a los adultos mayores.

Debe brindar, además, orientación relacionada con la sintomatología que presentan las personas con COVID-19 y con su atención según los protocolos establecidos de acuerdo con el nivel de atención. Es de vital importancia que el profesional de enfermería junto a los profesionales del equipo interprofesional, orienten y desarrollen acciones que favorezcan la salud mental de los adultos mayores como medidas preventivas para mitigar los efectos físicos y emocionales del aislamiento generado por la situación de pandemia.

b) En el trabajo colaborativo, la enfermera (o) en la Atención Primaria debe gestionar y liderar relaciones laborales profesionales con médicos, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales presentes en el ámbito donde se desempeña, realizando vigilancia epidemiológica de las personas con COVID-19 y de sus contactos para diseñar planes de intervención para los equipos de Atención Primaria que atienden en las comunidades donde viven las familias. Estos grupos sociales que asumen sus propias dinámicas son el objetivo central para brindar información general y específica respecto a la situación que se vive en torno a la pandemia siendo capaces de promover la responsabilidad individual, familiar y colectiva y el uso racional de los servicios de salud.

c) En el trabajo intersectorial, la enfermera n(o) tiene la opción de generar acciones conjuntas con otros sectores (educativo, del propio sector salud, con ONG; líderes comunitarios y organizaciones de base) para fortalecer las prácticas cotidianas que está utilizando la población y que contribuyen a su autocuidado, la enfermera n(o) debe valorar las creencias de los adultos mayores y de sus familias frente al COVID-19 y advertir sobre la presencia de riesgos individuales y familiares. Puede liderar el diseño e implementación de proyectos comunitarios de autogestión para mitigar los efectos en la salud de las personas derivados de la pandemia como el uso de lavamanos móviles, de adherencia al lavado de manos y a las prácticas de distanciamiento físico.

Debe velar además por la seguridad de los integrantes del equipo de Atención Primaria gestionando con las organizaciones de seguridad laboral y sus administradores, los elementos de protección personal necesarios para su seguridad personal y que se cumplan las medidas de bioseguridad al realizar visitas domiciliarias a las familias para educar en actividades de promoción y prevención.

d) En el equipo de salud territorial, le corresponde a la enfermera (o) la implementación de acciones epidemiológicas para la búsqueda activa de casos, garantizar que se incorporen los datos en el sistema de vigilancia epidemiológica, participar con el equipo de salud de los territorios en el análisis y la georreferenciación de los casos de personas con COVID-19, colaborar en la construcción de barreras epidemiológicas mediante acciones específicas que se determinen según las características de cada territorio.

b) En el cuidado a los adultos mayores, los cuidados de la enfermera (o) a las personas mayores en tiempos de pandemia se centran en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la capacitación de los cuidadores, la familia y los propios adultos mayores con un enfoque en el autocuidado con énfasis en recomendaciones nutricionales, indicación de actividad física, mejoramiento de las condiciones ambientales domiciliaria.

Los cuidados curativos para la restauración de la salud están orientados a la mejora de los resultados clínicos a través de la revisión de exámenes, del tratamiento farmacológico y el control de los efectos adversos, la valoración del estado funcional de los adultos mayores, los cuidados derivados del reposo en cama, los cuidados en la incontinencia urinaria y fecal, el control de complicaciones clínicas específicas de COVID-19 como la disnea, el dolor de cabeza, la pérdida de apetito y la aplicación de protocolos de cuidados paliativos<sup>(24)</sup>.

La enfermera (o) en la comunidad donde se desempeña, debe identificar las familias con adultos mayores y las casas de reposo (o residencias) donde permanecen o viven los adultos mayores con el objetivo de brindar educación y/o capacitación sobre la presencia de señales de alarma en esta población, en medidas preventivas y de aislamiento en caso de una persona sospechosa de tener COVID-19.

Puede, además, agenciar propuestas para la protección de la salud mental mediante acciones de manejo del tiempo de ocio y el desarrollo de propuestas educativas destinadas a fortalecer la autoestima y la capacidad resiliente de los adultos mayores y sus familias.

A pesar de la disminución de las visitas a domicilio durante la pandemia, se produjo un aumento significativo de estrategias de telesalud y de tele-enfermería, tanto para las consultas de enfermería como para la supervisión del estado de salud, así como la derivación de personas que se agudiza su estado de salud a servicios más complejos<sup>(24)</sup>.

La naturaleza de la colaboración se entiende a partir de concebir que aquello es un principio universal de la naturaleza, en la actualidad, la vida da la oportunidad de retomar o reconsiderar actitudes y conductas para una convivencia solidaria, comprensiva y de colaboración. Por ende, La práctica colaborativa irá cambiando a medida que los profesionales de salud vayan centrándose en y con la persona, la familia y la comunidad, y también cuando se orienten a sus necesidades de salud de manera íntegra.

Como integrante del equipo interprofesional, las (os) enfermeras (os) deben tener en cuenta las características de los adultos mayores enfatizando siempre la atención en los que se encuentran sanos o enfermos, para que quien esté recibiendo la información pueda incorporarla a sus conocimientos de forma significativa. Por último, procurar la calidad de la relación y la comunicación entre profesionales,

y entre pacientes y profesionales, hará que los pacientes y las familias se sientan cómodos y participen activamente en su cuidado.

## CONSIDERACIONES FINALES

Del análisis de la literatura revisada, se encuentran dos aspectos importantes en el cuidado interprofesional a los adultos mayores. En primer lugar, este cuidado se origina en sus necesidades, por lo tanto, debe centrarse en ellas y satisfacerlas plenamente siendo la inclusión de la familia, fundamental en el proceso de atención pues esta reafirma la identidad de los adultos mayores y le otorga un sentimiento de seguridad. El segundo aspecto importante está relacionado con la presencia de la enfermera (o) en el equipo interprofesional como un elemento fundamental para la cohesión del equipo. Establecer límites profesionales en el trabajo de un equipo interprofesional no es una tarea fácil, sin embargo, en líneas generales, las prácticas específicas se esbozan mediante la regulación del ejercicio profesional y la construcción histórica de la identidad profesional.

En una dimensión intermedia, los protocolos de atención y la taxonomía adoptada también colaboran en la definición de las actividades de enfermería y en una dimensión más específica, la evaluación inicial de los adultos mayores, la discusión colectiva de los casos y el proceso de enfermería. Todos estos instrumentos son importantes para la definición y orientación de las acciones de colaboración y autonomía de la enfermera (o) en el contexto de la práctica de colaboración.

## REFERENCIAS

1. Peduzzi M; De Campos M; Marcelino J; Fernandes E; Miranda M. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In. Martins, MA; Carrilho, FJ; Alves, VAF; Castilho, EA; Cerri, GG. Atuação da clínica médica. 2016: 1 - 9 . Available from : [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod\\_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva, WHO, 2010. [cited 2020 Aug 11]. Available from: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/).
3. Bonet MM. Práctica colaborativa interprofesional en salud: conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. Educ Med. 2016; 17 (1): 21 - 24. Available from : <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/148683/552467.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. Rev Saúde Pública. 2017; 51:39. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006816.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006816.pdf).
5. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Work relations in interdisciplinary teams: contributions towards new forms of work organization in health. Rev. bras. enferm. 2010;63(5):775-781. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013>
6. Bandeira MVR, Belarmino AC, Anjos SJSB, Silva MRF, Ferreira Junior AR. Interprofessional collaboration for prenatal dental follow up in primary health care. Salud Colectiva. 2019;15:e2224. DOI: 10.18294/sc.2019.2224.

7. Fuentes PS. From interprofessional education to team work in health. *Horizonte de Enfermería*. 2017.;28(1):3-6. Available from: <http://www.revistadisena.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12194>
8. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multisited ethnography. *Journal Interprofessional Care*. 2015;29:230-7. DOI: 10.3109/13561820.2014.955914
9. Regional Network for Interprofessional Education in the Americas and Pan American Health Organization. Patient-centered care in interprofessional collaborative practice: key elements, strategies, and paths forward. 2019. Washington, DC.
10. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M. Learn together to work together: multiprofessional education. [Internet] *FEM* 2018;21(4):169-171. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v21n4/2014-9832-fem-21-4-169.pdf>
11. Lima AMV, Peduzzi M. Caracterização das ações da enfermagem na atenção primária à saúde para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional. *J Manag Prim Heal Care*. 2017;8(3):32-33. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i3.645>
12. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary care and community nursing in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences. 2020 Available from: <https://www.cebm.net/covid-19/primary-carw-and-community-nursing/>
13. D'Amour D, Goulet L, Labadie J. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv.*, 2008;8(188). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
14. Ayala, R. Cuidado interprofesional en salud para el siglo XXI. Webinar, mayo 2020. Available from: <https://www.educacioninterprofesional.org/es/node/351>
15. Secretaría de Salud Instituto Nacional de Geriátría [Internet]. Protocolos para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. Secretaria de Salud, México [cited 2017]. Available from: [http://www.geriatria.salud.gob.mx//descargas/publicaciones/Protocolo\\_PAM.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx//descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf)
16. Yañez-Gallardo RJ, Valenzuela-Suazo S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo de enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan* 2013;13(2)186-196. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2347/3222>
17. Calderón MS. Competencias genéricas en enfermeras/os tituladas/os de la Universidad Arturo Pratt Sede Victoria 2010. *Ciência e Enfermagem XVIII*(1),89-97,2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100009>
18. Brasil, Ministério da Saúde [Internet]. Núcleo de Política Técnica Humanización Nacional, Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2th ed., Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: 2007. Ministério da Saúde. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)
19. Rocha EN, Lucena AF. Single Therapeutic Project and Nursing Process from an interdisciplinary care perspective. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0057. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>
20. Kirsch GH; Slob EMGB. Atuação do Enfermeiro na Educação em Saúde da População. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2018 (12)13. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/1008>
21. Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Brito V, et al. Mental health in the Brazilian national health care system: An analysis of two realities. *Rev. Psicol. Latinoam.* 2012; 30(2):356-368. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a11.pdf>

22. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):586-593. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>
23. Jividen S. The Role Of Nurses In Nursing Homes During COVID-19. Trusted. 2020. Available from: <https://www.trustedhealth.com/blog/the-role-of-nurses-in-nursing-homes-during-covid-19>

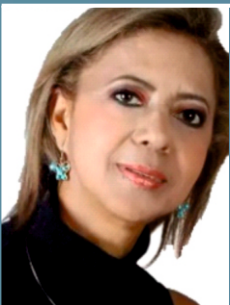
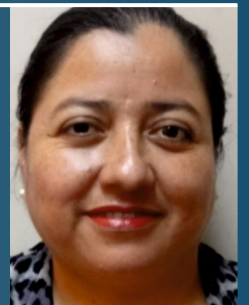
# 6

## EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Cristina Mara Zamarioli  
Brasil

Germania Marivel Vargas Aguilar  
Ecuador



Maria Neila Sanchez Cedeño  
Colombia

Nayara Araújo dos Reis  
Brasil



## 6 - EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Cristina Mara Zamarioli

ORCID: 0000-0002-4757-7611

Germania Marivel Vargas Aguilar

ORCID: 0000-0002-8116-7261

Maria Neila Sanchez Cedeño

ORCID: 0000-0002-5187-1864

Nayara Araújo dos Reis

ORCID: 0000-0002-2611-4132

### RESUMEN

**Introducción:** La Enfermería, como profesión y disciplina, juega un papel importante en la Atención Primaria de Salud, ya que es considerada la puerta de entrada al sistema de salud y una estrategia de coordinación intersectorial, que busca un mayor nivel del bienestar de la salud de los usuarios de modo integral. **Objetivo:** Explorar el Proceso de Enfermería, sus diferentes denominaciones y las distintas realidades de implementación, enfocándose en los adultos mayores; en Atención Primaria, durante la pandemia de COVID-19. **Desarrollo del tema:** El Proceso de Enfermería, tal como lo concebimos hoy, es el método sistemático de desarrollo de la práctica de enfermería que incluye el diagnóstico, los resultados y las intervenciones de enfermería, y que facilita la aplicación de los cuidados basados en la evidencia científica. Existen numerosas barreras para su implementación real, siendo entre ellas las de aspectos legales y de práctica profesional, las de calificación profesional, y las de comprensión de su real importancia. Además, surgieron otras demandas de atención durante la pandemia, con consecuencias en la salud física, mental, social y espiritual de los adultos mayores. Son muchos los desafíos identificados en la literatura para mejorar esta asistencia a los adultos mayores y durante la pandemia, —con las demandas de reestructuración de los servicios y el flujo de mayor atención— el acceso a los servicios ha cambiado. Sin embargo, a pesar de estos cambios, las etapas del proceso de enfermería no se han alterado por lo que no deberían interferir con la calidad de la atención brindada. **Consideraciones finales:** durante la pandemia, las etapas del proceso de enfermería permanecen iguales, y la interacción ha adquirido mayor expresión para realizar una efectiva recolección de datos.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Proceso de Enfermería; Anciano; Infecciones por Coronavirus; Enfermería.



# Introducción

El término Proceso de Enfermería (PE) — tal como hoy lo concebimos — no se utilizaba en la segunda mitad del siglo XIX, a pesar de que Florence Nightingale había enfatizado la necesidad de enseñar la observación y los juicios sobre los exámenes realizados<sup>(1)</sup>. En la evolución histórica de la profesión, Florence Nightingale, reconocida como la pionera en su profesionalización, creía que la enfermedad era un proceso restaurativo y que la manipulación del entorno podía contribuir a este proceso restaurador y al bienestar del paciente. Sin embargo, las enfermeras aún realizaban funciones predominantemente dependientes, bajo la guía directa del médico<sup>(2)</sup>.

Como en toda una trayectoria histórica, la del Proceso de Enfermería también tuvo momentos importantes y destacados. En el escenario de la salud en Estados Unidos, estos momentos se clasificaron inicialmente en tres generaciones: la primera comprendió el período de 1950 a 1970; la segunda, de la década de 1970 a la de 1990, y la tercera entre los años 2000 a 2010. Posteriormente, se incorporaron tres nuevas generaciones, la cuarta, a partir de 2010 con proyección hasta 2020; la quinta, desde 2020 hasta 2035, y la sexta generación proyectada para el período entre 2035 y 2050<sup>(3)</sup>. La Figura 1 recopila puntos importantes en cada una de estas generaciones.

Estas generaciones (Figura 1), incluida la que estamos viviendo (4ª generación), parecen algo mixtas, ya que tanto la simulación clínica para desarrollar el razonamiento, como el juicio clínico para la toma de decisiones (6 generación), ya se están utilizando. Sin embargo, tener una estructura de base de datos sedimentada para deducir cuáles son los diagnósticos más predominantes no significa que se pueda predecir el modelo de atención más aplicable en cada escenario asistencial. Es un reflejo de dónde se implementa el PE. Esto aplica: a los diferentes países donde el enfermero realiza sus actividades, a los diferentes escenarios dentro de un mismo país, o al tipo de servicio —público o privado— donde se inserta este profesional.

## 1ra Generación (1950-1970)

- Primer intento de definir el universo de términos clínicos de enfermería.
- Proceso de enfermería a término preferido por primera vez por Lydia Hall, en 1955.
- En 1961 Ida Orlando definió el PN en tres aspectos: el comportamiento del paciente, la reacción de la enfermera y como acciones de enfermería. Dorothy Johnson 1960, Ida Jean Orlando y Ernestina Wiedenbach describen este proceso frente a fases como el análisis, la síntesis y la ejecución.
- Educación física en cuatro fases: evaluación inicial, planificación, intervención y evaluación (Helen Yura y Mary B. Walsh en 1967).
- 14 necesidades humanas básicas por Virginia Henderson.
- Modelo de recopilación de datos en las 13 áreas funcionales de McCain.
- Necesidad de comprender los problemas de enfermería, clasificarlos y estandarizarlos.
- 1970: Bloch, Roy y otros, incluida la fase de diagnóstico. Dando paso al proceso real de 5 fases.

## 2da Generación (1970 a 1990)

- En 1973, en Saint Louis, Estados Unidos, se celebró la 1ª Conferencia Nacional de Clasificación del Diagnóstico de Enfermería (DE) se presentaron 34 DE, que fueron validados por un pequeño grupo.
- En 1980 la Asociación Estadounidense de Enfermería (ANA), definió la profesión como: "la enfermedad es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales".
- El conocimiento de enfermería ha avanzado en relación al desarrollo de un sistema de lenguaje estandarizado, como el trabajo de la North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, los proyectos del College of Iowa, USA, para la creación de la Nursing Intervention Classification - NIC and Nursing Outcomes Clasificación - NOC.

## 3ra Generación (2000 a 2010)

- Dirigido al razonamiento clínico.
- Foco en resultados, asociado a problemas de cuidados de enfermería con la historia clínica específica del cliente.
- El modelo está representado por el acrónimo "OPT", que significa The Outcome Present State Test.
- Valoración de la clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados como vocabularios para el razonamiento clínico.

## Cuarta generación (2010-2020)

- Organización de la construcción del conocimiento.
- Lenguaje común.
- Analizar la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

## 5ta generación (2020-2035)

- Conozca la incidencia y la epidemiología de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de los pacientes en poblaciones específicas a partir de una base de datos.
- Obtención de datos por tipo de institución o por la atención brindada, ya sea primaria, secundaria y terciaria.

## Sexta generación (2035 a 2050)

- Desarrollo de modelos de atención predictiva con características únicas del paciente, que se pueden comparar con datos empíricos derivados de diversas instituciones o de una base de datos internacional de conocimientos de enfermería.
- Uso de simulación clínica para ayudar a desarrollar el razonamiento clínico y el juicio para la toma de decisiones.

Figura 1. Gerações do Processo de Enfermagem e suas principais características.

Tales observaciones nos llevan a importantes discusiones sobre el papel de la enfermera, sobre su proceso de trabajo, y sobre el cuerpo de conocimiento científico y reconocimiento como profesión, que aún son necesarias.

Estas consideraciones son necesarias por las diferencias observadas en cuanto a las funciones ejercidas (Leyes de Práctica Profesional) en los diferentes países; son realidades distintas donde diferentes categorías de profesionales trabajan en enfermería y, por tanto, tienen implicaciones directas para la calificación y los límites del desempeño del enfermero. No se puede olvidar la diferencia de estatus profesional y, en consecuencia, una menor inversión en la calificación y remuneración profesional, lo que impacta directamente en la producción de conocimiento y, por ende, en la implementación del Proceso de Enfermería. Esta implementación abarca el tema legal y práctico. Legal, por no tener fuerza como categoría profesional que promueve cambios legales y de autonomía; y práctico, por permitir fallas en la formación profesional que dificultan enormemente el desarrollo de las diferentes fases de la PE.

Paralelamente a esta evolución del PE, han surgido nuevas demandas en la docencia, la investigación y la práctica asistencial, que incluyen la comprensión del proceso de juicio clínico y el reconocimiento de las habilidades necesarias en este proceso<sup>(1)</sup>.

En esta perspectiva, el propósito del PE, según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), es atender los elementos de la práctica con un enfoque para identificar las necesidades del paciente, familia, grupo o comunidad. El establecimiento de los resultados esperados después de la implementación de intervenciones enfocadas en las situaciones identificadas, y la evaluación del efecto de estas intervenciones<sup>(4)</sup>, es aún incipiente en el escenario mundial.

## OBJETIVO

Explorar el Proceso de Enfermería, sus diferentes denominaciones y las distintas realidades de implementación, enfocándose en los adultos mayores, en Atención Primaria, durante la pandemia de COVID-19.

# Desarrollo del tema

Para satisfacer estas demandas, la autonomía para ejercer la práctica profesional de la enfermería y aplicar su conjunto de conocimientos, es lo que le dará libertad para hacer juicios clínicos y tomar decisiones, lo que significa elegir entre dos o más alternativas. La autonomía, entendida como la capacidad para controlar las actividades profesionales en el lugar de trabajo, implica independencia, responsabilidad por las propias acciones y autorregulación de la organización social y económica del trabajo<sup>(5)</sup>. Pero, para la toma de decisiones donde el juicio está implícito, basado en el discernimiento<sup>(6)</sup>, se necesita mucha más autonomía. Las habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales son necesarias, y susceptibles de formación y mejora.

En los párrafos anteriores, se observan diferentes conceptos que se señalan en la literatura como sinónimos, entre ellos la toma de decisiones y el juicio. Se aprende en la literatura que otros conceptos, como el razonamiento clínico para la toma de decisiones empleando el pensamiento crítico, pueden considerarse sinónimos. Sin embargo, tienen diferentes significados, y se entrelazan y complementan entre sí a la hora de considerar el proceso de cuidado<sup>(7-8)</sup>.

Con respecto al razonamiento clínico, este se considera un proceso de pensamiento necesario para evaluar y manejar el problema de salud de una persona<sup>(8)</sup>. El uso del modelo de razonamiento dependerá de los conocimientos y habilidades previos del profesional.

El razonamiento clínico también se considera un proceso mental complejo, utilizado tanto en la identificación de situaciones de vulnerabilidad y en problemas de salud instalados, como en la selección de acciones (intervenciones) relevantes en cada caso, que son encaminadas a lograr resultados en la salud<sup>(9)</sup>.

Dicho esto, es fundamental que las enfermeras desarrollen habilidades que les permitan construir su razonamiento clínico; razonamiento entendido como el proceso de pensamiento y toma de decisiones integrado en la práctica clínica para asistir a los usuarios de los sistemas de salud<sup>(9)</sup>.

La toma de decisiones impregna tanto las fases del proceso de enfermería por completo, como la elección de instrumentos específicos para la recolección de datos o la elección de la mejor intervención para lograr los resultados esperados, siempre a base de los recursos materiales y humanos disponibles. El pensamiento crítico es integral, con un juicio implícito en él, con intencionalidad, autorregulación (crítica) y que toma en cuenta el entorno interno y externo del individuo. Revela la presencia de estándares y experiencia, capaz de aprender y formarse. Es una función cognitiva superior, impulsada por la intencionalidad, y de carácter racional para facilitar la ocurrencia de un resultado deseable. Es un “pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en resultados (orientado a resultados)”<sup>(5)</sup>.

Incluso el pensamiento crítico se define de diferentes maneras<sup>(10)</sup>. Algunos se acercan más al término “razonamiento lógico”; otros, de una “actividad académica preparatoria” o de “construcción de la musculatura mental”, permitiendo un mejor desempeño mediante la memorización de contenidos o realizando tareas desconectadas de la realidad profesional. Sin embargo, la concepción más extendida presenta el *pensamiento crítico* como una actividad cognitiva de alta complejidad, que puede desarrollarse a lo largo de la vida, inducida por los entornos docentes, independientemente del nivel o área específica.

Desde el punto de vista de NANDA-I, el diagnóstico de enfermería se considera un juicio clínico sobre *experiencias / respuestas* a problemas de salud / procesos de vida reales o potenciales de un individuo, familia o comunidad<sup>(11)</sup>. Es la base para la selección de intervenciones adecuadas, con el objetivo de lograr los resultados esperados, que son responsabilidad de las enfermeras<sup>(11)</sup>.

El juicio clínico es la capacidad flexible y diferenciada de reconocer aspectos relevantes (datos) de una

situación clínica indefinida, interpretando sus significados y dando una respuesta adecuada. En enfermería, representa la interpretación de las necesidades de salud del paciente —en lo que respecta al diagnóstico de enfermería— así como la elección de las intervenciones que se consideran adecuadas a la situación. Este proceso de pensamiento comprende cuatro etapas: reconocimiento, interpretación, respuesta y reflexión<sup>(12)</sup>.

Por lo expuesto, para que el PE se desarrolle adecuadamente, se requieren diferentes habilidades y comportamientos que pueden dificultar su implementación.

Inicialmente, el PE no partía de las cinco fases que hoy diseñamos, ni de las “etiquetas” que tiene cada una de estas fases. Es el resultado de un proceso histórico de construcción del conocimiento que se desarrolló a partir de mediados de la década de 1950, donde se han destacado a lo largo del tiempo muchos teóricos de la enfermería, como Wanda de Aguiar Horta (en Brasil), Helen Yura, Mary B. Walsh y Alfaro-Lefevre (en Estados Unidos).

### **Etapas del proceso de enfermería y su marco legal**

Actualmente, el PE se reconoce como un proceso sistemático y dinámico que promueve el cuidado humanístico, con enfoque en resultados y costo efectivo<sup>(13)</sup>. Este proceso se organiza en cinco etapas, interrelacionadas, interdependientes y recurrentes, las cuales comprenden: 1. Recopilación de datos de enfermería (o historial de enfermería); 2. Diagnóstico de enfermería; 3. Planificación de enfermería; 4. Implementación de enfermería; 5. Evaluación de enfermería<sup>(13)</sup>. Estas fases del PE pueden tener otros nombres, tales como: 1. Recolección de datos; 2. Diagnóstico; 3. Planificación; 4. Implementación y 5. Evaluación<sup>(13)</sup>.

En algunos países, como Brasil, es legalmente explícito tener una base teórica para la recolección de datos, para establecer diagnósticos de enfermería y para planificar acciones o intervenciones de enfermería<sup>(24)</sup> sin restringir este marco teórico. Este hecho no se reproduce en todos los países, como Colombia, Chile y Ecuador.

Además del fundamento teórico, es importante la apropiación de las funciones que desempeña el profesional y la funcionalidad del proceso asistencial, en conformidad con la formación de conocimientos y habilidades (conductuales, actitudinales y técnicas). Aun así, es necesario que las actividades no sean realizadas dependientes de otros profesionales como miembro ejecutor de prescripciones y recomendaciones, y sí realizadas por medio de actividades interdependientes o colaborativas, mediante la coordinación o colaboración con otros miembros del equipo de salud<sup>(14)</sup>.

Para la construcción del razonamiento diagnóstico se pueden utilizar diferentes estrategias, como el modelo de Risner y el mapa conceptual. Y para nombrar el producto de este razonamiento clínico diagnóstico se pueden utilizar clasificaciones y taxonomías, siendo las más utilizadas NANDA-I Taxonomy II<sup>(11)</sup> y la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería (CIPE®). Una taxonomía es la práctica y la ciencia de la categorización y clasificación<sup>(11)</sup>.

Para Carvalho, Cruz y Herdman <sup>(14)</sup>, "los sistemas de expresión de los Lenguajes de Enfermería Estandarizados (LEE) se refieren a estructuras que organizan la terminología consensuada por los profesionales de enfermería para describir las evaluaciones, intervenciones y resultados relevantes para el cuidado de enfermería ". Las unidades singulares de un LEE son los términos o expresiones que transmiten los conceptos relevantes para el área a la que se aplica el sistema.

Aun así, para estos autores, los Sistemas de Lenguaje Estandarizado (SLE) son instrumentos importantes para atender la creciente complejidad del cuidado de enfermería, ya que contribuyen al razonamiento clínico, para la construcción y organización del conocimiento de la disciplina y a la práctica de la enfermería. enfermería <sup>(15)</sup>.

Para NANDA-I, SLE de enfermería es un conjunto de términos usados para describir los juicios clínicos involucrados en las evaluaciones (diagnósticos de enfermería), junto con las intervenciones y los resultados relacionados con la documentación del cuidado de enfermería <sup>(11)</sup>.

Tradicionalmente, la fase de Planificación del PE incluye el establecimiento de prioridades, metas, objetivos a alcanzar, estrategias necesarias y la prescripción de enfermería. Sin embargo, ya se está divulgando el uso de la Clasificación de resultados de enfermería (NOC) <sup>(16)</sup>, la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) <sup>(17)</sup>, o simplemente la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería (CIPE®) (Figura 2).

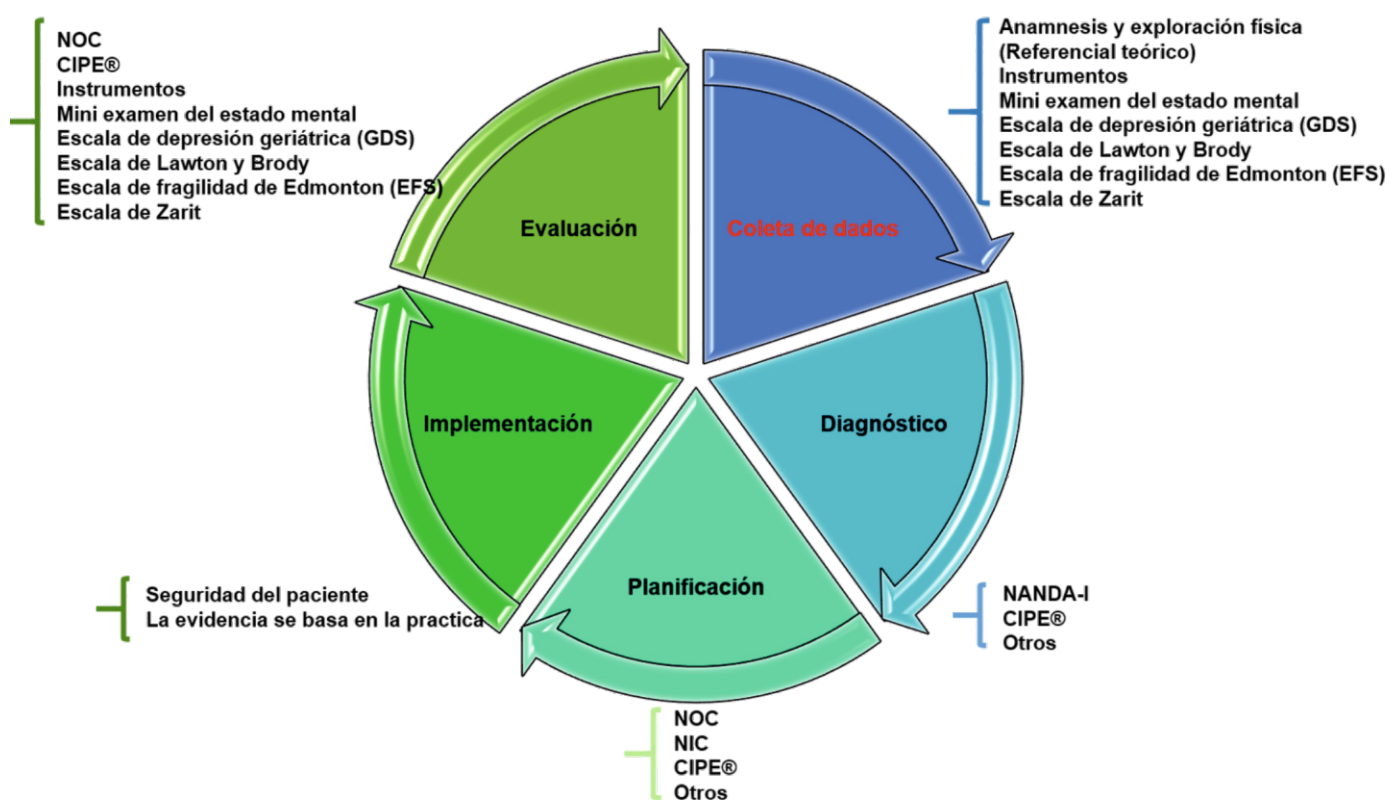


Figura 2 - Aplicación de Sistemas de Lenguaje Estandarizado en las diferentes fases del Proceso de Enfermería

Aun así, enfatizan que no todas las intervenciones o acciones de enfermería se basan en diagnósticos de enfermería. Las enfermeras pueden realizar intervenciones tanto en condiciones descritas por los diagnósticos médicos, como en los diagnósticos de enfermería con base en recomendaciones de protocolo<sup>(11)</sup>.

Además de lo comentado anteriormente, el PN cuando se realiza en "*instituciones que prestan servicios de salud ambulatoria, domicilios, escuelas, asociaciones comunitarias*"<sup>(13)</sup> puede corresponder a la Consulta de Enfermería, según los países. Esta situación puede generar dudas, ya que la Consulta de Enfermería también se cita como Intervención de Enfermería en el NIC.

Con base en lo comentado anteriormente en este capítulo, para abordar el PE en Atención Primaria de Salud (APS), con foco en el adulto mayor, también es necesario comprender el alcance de la APS y cuáles son los principales diagnósticos de enfermería (promoción de la salud, riesgo, centrarse en el problema y el síndrome) observado en esta población.

Un estudio transversal realizado en Brasil tuvo como objetivo "desarrollar un subconjunto de diagnósticos de enfermería (DE) para los adultos mayores seguidos en Atención Primaria de Salud. La investigación se basó en un banco de términos para la práctica clínica de enfermería según la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)". Se encontraron 127 DE, la mayoría (74,8%) relacionados con los Componentes Biológicos / Fisiológicos, con énfasis en los aspectos anatómicos y fisiológicos del anciano, a saber: respirar, comer y beber; eliminar; dormir y descansar; moverse y mantener una postura adecuada; vestirse y desvestirse; mantener la temperatura corporal normal; mantenerse limpio, cuidar y proteger la piel; evitar peligros<sup>(18)</sup>.

La APS es la principal puerta de entrada del paciente para ingresar al sistema de salud, y "*se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, a nivel individual y colectivo, que engloban la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud*"<sup>(19)</sup>. También puede ser el centro de comunicación con una Red de Atención a la Salud (RAS), según el país y sus características, entre ellos el Modelo de Atención de Salud adoptado, y el tipo de Sistema de Salud (público, privado o una combinación de ambos).



Figura 3 - Atención Primaria en salud

La capacidad de la APS para organizar el flujo de servicios, comenzando en un nivel menos complejo hacia otros más complejos, puede desarrollarse en entornos más descentralizados -como en Brasil- o más centralmente. Es un trabajo (Figura 3) de gran relevancia que utiliza diferentes estrategias, con miras al alcance de las acciones, sectores y niveles de complejidad, densidad tecnológica y demanda de servicios por parte de la población.

El campo de la salud pública ha experimentado cambios debido a la transición epidemiológica y los cambios demográficos en la población, trayendo consecuencias en la adaptación y reestructuración de los sistemas de salud. Uno de los grandes desafíos es hacer que los adultos mayores, ahora más longevos, sean más saludables y con menos carga de problemas de salud.

Es en la APS donde se puede favorecer la adquisición de estilos de vida favorables a la promoción, mantenimiento o recuperación del estado de salud en todas las dimensiones, tanto física, mental, social y espiritual de los adultos mayores <sup>(34)</sup>. Se pueden minimizar los cambios inherentes al proceso de envejecimiento, así como monitorear estos cambios que pueden interferir directamente con el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), y que pueden verse comprometidas por enfermedades coexistentes como diabetes, hipertensión, osteoporosis y otras patologías que pueden afectar el estado de bienestar y salud de las personas mayores. Este nivel de atención permite una mejor vigilancia de la adherencia terapéutica, y de los problemas económicos y socioculturales que pueden agravar el proceso de envejecimiento.

En la coyuntura actual, como consecuencia de la pandemia, se necesitó reorganizar el flujo de atención e ingreso a las unidades de salud, cambiar la forma de atención, implementar la distancia social y tomar decisiones sobre signos y síntomas clínicos (asintomáticos), síntomas leves (síntomas similares a los de la gripe, moderados y graves) sospechosos de COVID-19 e implementar el aislamiento domiciliario, con todas sus implicaciones.

Ante la necesidad de servicios de salud en todo el mundo por culpa de la Pandemia, la enfermería ha asumido un papel relevante y destacado en el cuidado del ser humano, en todos los ciclos vitales. Hoy en día se la considera al frente en la atención de la salud, aunque las situaciones sean adversas, mostrando el bagaje de valores éticos y morales que incluye la atención de la salud en estas circunstancias <sup>(20)</sup>. Es necesario preguntarse qué ha cambiado en relación con la atención al adulto mayor (Figura 4).

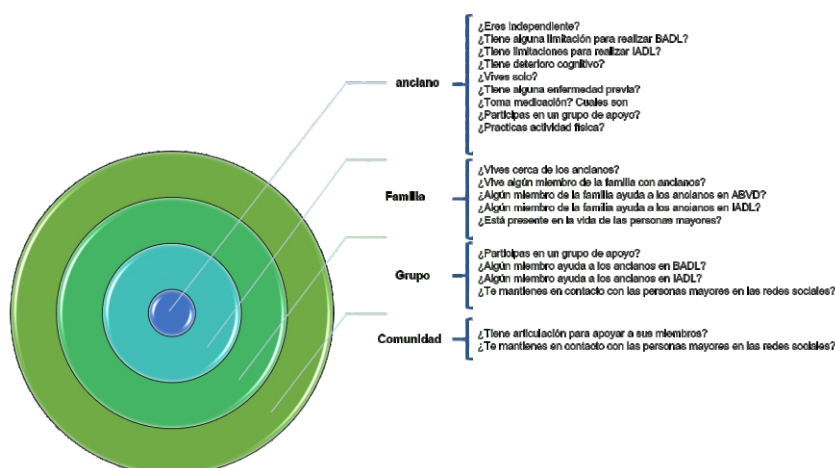


Figura 4 - Temas que siguen siendo importantes sobre los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19.

La estructuración de los servicios de salud fue necesaria, el acceso fue más restringido, los adultos mayores y sus familiares / cuidadores tienen otras formas de acceso a los servicios, y la comunicación con el equipo de salud sufrió cambios (vía celular, internet). Sin embargo, las fases del PE y las habilidades necesarias para su desarrollo siguen siendo las mismas. Aun así, se le está dando un mayor valor a la captura de la información referida por telemedicina, teléfono, etc. En este caso, la interacción adquiere un valor expandido, tanto para obtener datos como para intervenir.

En el contexto de la crisis global provocada por la pandemia COVID-19, se identificaron varias consecuencias físicas, familiares y mentales en este importante grupo poblacional, como son los adultos mayores. La población adulta mayor es heterogénea y fue la primera en recibir recomendaciones más estrictas de parte del del Estado que el resto de la población en cuanto a la locomoción, ya que son más propensas a sufrir complicaciones por COVID-19.

El aspecto físico, además del aspecto psicológico, es importante para evaluar los factores que impactan en la salud de los adultos mayores como consecuencia de esta crisis que afecta la salud pública a nivel mundial. Con el tiempo se pierde masa muscular. Si no hay buenos hábitos alimenticios o ejercicios permanentes, hay pérdida de masa muscular. A continuación, se muestran algunos factores que pueden tener consecuencias en la salud física y mental de los adultos mayores:

- El confinamiento prolongado conduce al aislamiento social y familiar y puede causar claustrofobia y depresión;
- Poca adherencia a las reglas de autocuidado por poco conocimiento o acceso a redes sociales incluido el cuidador;
- Mitos y creencias sobre la enfermedad;
- Pérdida de masa muscular (sarcopenia);
- Riesgo de caídas;
- Estilo de vida sedentario;
- Falta de conocimiento sobre el uso de productos desinfectantes o medidas de bioseguridad<sup>(21)</sup>.

Estudio realizado mediante revisión bibliográfica utilizando la taxonomía internacional NANDA para sistematizar el cuidado de enfermería, COVID-19 enumeró 15 DE principales. La lista de ND se basó en juicios y razonamientos clínicos a la vista de las manifestaciones clínicas reveladas en todos los artículos revisados, involucrando pacientes con COVID-19. ND son: ansiedad relacionada con la muerte, Contaminación, Diarrea, Afrontamiento ineficaz, Hipertermia, Aislamiento social, Patrón de respiración ineficaz, Protección ineficaz, Respuesta disfuncional al destete ventilatorio, Riesgo de choque, Riesgo de contaminación, Riesgo de infección, Termorregulación ineficaz, Intercambio de gases deteriorado, Ventilación espontánea deteriorada<sup>(37)</sup>.

El artículo de revisión integradora identificó 25 diagnósticos de enfermería extraídos de NANDA-I y CIPE para niños, adultos y adultos mayores, de acuerdo con el cuadro clínico más actual de COVID-19. Los diagnósticos prevalentes fueron: protección ineficaz relacionada con la incapacidad de protegerse frente a un agente infeccioso evidenciado por tos, escalofríos y fatiga; dolor muscular; dolor músculo



esquelético; patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y fatiga evidenciado por disnea, y sufrimiento espiritual relacionado con depresión, estresores, y cambio ambiental evidenciado por insomnio<sup>(22)</sup>.

Los estudios señalan que la población adulto mayor se ha visto más afectada emocionalmente en estas circunstancias de aislamiento y soledad. Aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores cumplió con la definición de aislamiento social (que mide el contacto social de rutina) y el 43% se siente solo<sup>(23)</sup>.

Se sabe que la soledad y el aislamiento social tienen aspectos importantes en la salud mental y física, especialmente para los adultos mayores<sup>(24)</sup>. Los adultos mayores de 60 años tienen un riesgo único de sufrir el impacto de la soledad debido a la distancia de sus seres queridos. El desapego social puede traer complicaciones adicionales a la salud y el bienestar de los adultos mayores, quienes se vuelven más aislados debido a la pandemia.

El hallazgo de que la mayor tasa de mortalidad causada por COVID-19 se encuentra en los adultos mayores, debido a su avanzada edad y morbilidades existentes, el nivel de estrés y deterioro psicológico y mental tiende a ser mayor en ellos que en individuos de otros grupos de edad.

La orientación y seguimiento de la familia y los profesionales de la salud serán fundamentales para la preservación de la salud mental, con énfasis en la enfermería, en cuanto a promover acciones que promuevan la tranquilidad, el autocuidado y el control ante este tipo de crisis.

En esta perspectiva, el enfermero debe brindar cuidados de enfermería a los adultos mayores en la APS con el fin de reducir la ansiedad y brindar bienestar físico, psicológico y espiritual. La enfermera necesita utilizar las habilidades comunicativas para promover una relación basada en la atención y el respeto, así como aprovechar el momento de interacción para la enseñanza y orientación a los pacientes y familiares.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Ante la necesidad de adecuar y reestructurar los servicios de salud ante la pandemia del COVID-19, se incorporaron nuevas tecnologías y otras ganaron terreno con nuevas formas de interacción. La población adulto mayor, en este contexto, a pesar de ser más longeva, se vio muy afectada por la necesidad de distancia y, en ocasiones, de aislamiento social, requiriendo una atención especial por parte del equipo profesional que trabaja en Atención Primaria de Salud, incluso en lo que respecta al uso de estas nuevas tecnologías.

Como puerta de entrada y recepción de pacientes que necesitaban hospitalización debido a las formas más graves de COVID-19, la APS necesitaba ser resiliente para enfrentar nuevos desafíos, como el acceso, la cobertura y la resolubilidad. Por otro lado, en lo que respecta al Proceso de Enfermería, si antes no se implementó de manera efectiva en muchos países con la visibilidad de la enfermería en el escenario mundial, es necesario repensarlo. Solo una enfermería empoderada, con un razonamiento

clínico y diagnóstico preciso, puede sistematizar estos pasos fundamentales para lograr resultados efectivos, de calidad y seguros. En este sentido la pandemia mostró el papel, la relevancia y la necesidad de esta enfermería.

La pandemia de COVID-19 afectó mucho a la población adulto mayor y trajo la necesidad de reestructurar los servicios de salud en todo el mundo. También, mostró la importancia de la Atención Primaria de Salud para organizar el flujo y la asistencia a las personas, el rol de la enfermería, y la necesidad de implementar el Proceso de Enfermería para calificar y mejorar los resultados de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Nursing Process: from theory to the practice of care and research. Esc. Anna Nery. 2009;13(1):816-818. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>.
2. McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas de Enfermagem. 4th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.
3. Pesut DJ. 21st Century Nursing Knowledge Work: Reasoning into the future. In: Weaver A et al. Nursing and Informatics for the 21st Century. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society, 2006.
4. Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN). Framework of Disaster Nursing Competencies. Cambridge University Press. Prehosp Disaster Med. 2016;31(6):680–683. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X>
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero: Fundamento para del razonamiento clínico. 8th ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health-Lippincott; 2014.
6. Thompson C, Dowding D. Clinical decision making and judgement in nursing. London: Churchill Livingstone, 2006.
7. Crossetti MGO, Goes MGO. Critical Thinking Skills In The Nursing Diagnosis Process. In: Herdman TH (org) PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. 1th ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2016;4(1):9-34.
8. Kassirer JP. Teaching Clinical Reasoning: Case-Based and Coached. Academic Medicine. 2010;85(7):1118-1124. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d5dd0d>
9. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCR. [Internet]. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. Rev Bras Enferm. [cited 2020 sep 21]; 2017;70(3):662-668. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
10. Cerullo JASB, Cruz DALM. [Internet]. Clinical Reasoning and Critical Thinking. Rev Latino-Am Enfermagem. [cited 2020 sep. 21]. 2010;18(1):124-129. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
11. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.
12. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006; 45(6): 204-211. DOI: 10.3928/01484834-20060601-04
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN N° 358, de 15 de outubro de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Available from: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_n%C2%BA358-2009.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf)
14. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

15. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribution of standardized languages for knowledge production, clinical reasoning and clinical Nursing practice. *Rev Bras Enferm.* [cited 2020 sep. 21] 2013;66(spe):134-141. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640p.
18. Clares JWB, Guedes MVC, Silva LF, Nóbrega MML, Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):270-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200013>
19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.
20. Silva FV. Nursing to combat the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73(Suppl 2):e2020sup2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-202073suppl201>
21. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS et. al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(Suppl 1):2423-2446. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
22. Queiroz AGS, Souza RZ, Sottocornola SF, Barbosa SJ, Pinheiro FA, Souza LP. Nursing diagnoses according to the NANDA International taxonomy for systematizing nursing assistance to COVID-19. *J Health Biol Sci. / Rev. Saúde Ciên. Biol.* 2020;8(1):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3352.p1-6.2020>
23. Dantas TP, Aguiar CAS, Rodrigues VRT, Silva RRG, Silva MIC, Sampaio LRL, et al. Nursing diagnoses for patients with COVID-19. *J Health NPEPS.* 2020;5(1):396-416. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104575>
24. Tyrrell CJ, Williams KN. The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy.* 2020; 12(S1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000845>

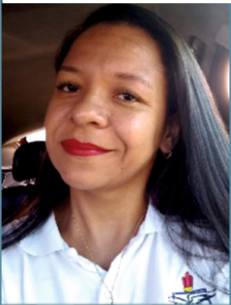
# 7

## PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN GRUPOS DE CONVIVENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Cecilia Lucia Rossi  
Argentina

Alejandra Rojas Rivera  
Chile



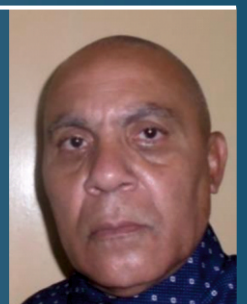
Daiane de Souza Fernandes  
Brasil

Estela Rodríguez Torres  
Colombia



Luipa Michele Silva  
Brasil

Rafael René Suárez Fuentes  
Cuba



## 7 - PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN GRUPOS DE CONVIVENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Cecilia Lucia Rossi

ORCID: 0000-0003-0956-4112

Alejandra Rojas Rivera

ORCID: 0000-0001-5134-4135

Daiane de Souza Fernandes

ORCID: 0000-0001-6629-4222

Estela Rodríguez Torres

ORCID: 000-0002-4911-627X

Luípa Michele Silva

ORCID: 0000-0001-6147-9164

Rafael René Suárez Fuentes

ORCID:0000-0002-3518-7624

### RESUMEN

**Introducción:** En el nuevo contexto mundial que tenemos que vivir, las habilidades de liderazgo en enfermería y la creación de nuevas funciones fueron y son oportunidades para el ejercicio de estas habilidades en los sistemas de salud. Esta nueva situación epidemiológica obligó a los países a adaptarse rápidamente a los nuevos contextos y al impacto en los adultos mayores. **Objetivo:** Reflexionar sobre la atención primaria de promoción de la salud para adultos mayores de diferentes grupos que conviven en tiempos de pandemia por coronavirus en América Latina. **Desarrollo del tema:** En esta situación inédita, es muy importante reflexionar sobre la atención que se les brinda en atención primaria a este grupo poblacional, y en sus grupos de vida, ya que el conocimiento de sus necesidades y el servicio que reciben no es uniforme, pues se evidencian desigualdades e inequidades, y diversidad en los sistemas de salud. **Consideraciones finales:** Se realizó un análisis de la situación y de las medidas tomadas en diferentes países del mundo y de América Latina, para la atención de los adultos mayores.

**Descriptores:** Anciano; Promoción de la salud; Infecciones por Coronavirus; Atención primaria de salud; Centros para Personas Mayores.

# Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial. Según las Naciones Unidas, en 2019 había 703 millones de adultos mayores en la población mundial. Se espera que esta cifra se duplique a 1.500 millones en 2050. A nivel mundial, la participación de la población adulta mayor aumentó del 6% en 1990 al 9% en 2019. Esta proporción predice un aumento del 16% en 2050<sup>(1)</sup>.

Con el expresivo aumento de los adultos mayores a nivel mundial y en Latinoamérica, en tiempos de pandemia por COVID-19 esta población ha venido sufriendo un gran impacto en la salud debido al proceso de aislamiento social. Ellos se clasifican como un grupo susceptible de presentar efectos negativos con repercusión en la salud emocional y física cuando existe interferencia en las actividades diarias, agregando que la necesidad de aislamiento afectó directamente la calidad de vida de esta población<sup>(2)</sup>.

Las repercusiones del impacto del aislamiento social en la salud de los adultos mayores pueden provocar daños importantes. La necesidad de adoptar estrategias que favorezcan la reducción de las consecuencias que sufre este público en este atípico momento es fundamental. La atención primaria de salud juega un papel primordial en el mantenimiento de la calidad de vida, ya que desarrolla acciones de promoción y protección de la salud, prevención de lesiones, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, favoreciendo el mantenimiento de la calidad de vida<sup>(3)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la definición de envejecimiento activo con la indicación de varios determinantes que se relacionan con factores sociales, económicos, ambientales y de salud que brindan el vivir de una etapa de la vida con la plena constitución del adulto mayor en la sociedad, permitiendo que este grupo ejerza la ciudadanía<sup>(4)</sup>.

Desarrollar estrategias para el envejecimiento activo durante la pandemia y posterior a esta, se relaciona con estimular actividades que desarrollen mecanismos para potenciar la autonomía e independencia de los adultos mayores, además de estimular la interacción social, fundamental para el desarrollo de actividades que promuevan la calidad de vida. Los grupos de convivencia de estos son importantes para minimizar los efectos perjudiciales del aislamiento social causado por la COVID-19<sup>(5)</sup>.

Los grupos de convivencia se definen como espacios de socialización para las personas mayores, con desarrollo de actividades colectivas que visan favorecer el envejecimiento activo y saludable. Además, facilitan el estrechamiento de las relaciones interpersonales, fomentan la adquisición de conocimientos y el consiguiente empoderamiento de los derechos sociales, establecen estrategias para afrontar el sufrimiento (físico, psicológico y social), y promueven el mantenimiento y adquisición de nuevas habilidades que contribuyen a la autonomía e independencia en la vejez<sup>(6)</sup>.

Las actividades realizadas en grupo aportan sentido de pertenencia, adaptación, fomentan la ciudadanía activa, fomentan el mantenimiento y/o la recuperación de una vida con calidad, enfatiza el compartir y el conocimiento; en otras palabras, se configuran como un modelo innovador de atención a la salud de los adultos mayores<sup>(4)</sup>.

A medida que la pandemia causada por la COVID-19 se fue extendiendo por el mundo, varias actividades desarrolladas en salud han sufrido impactos significativos. En la Atención Primaria, se suspendieron varios servicios ofrecidos a la población de adultos mayores, por ser este público un grupo vulnerable importante para la afectación y las complicaciones de la enfermedad<sup>(7)</sup>.

Como los encuentros presenciales de los grupos sociales fueron interrumpidos, se hizo imperativa la necesidad de estrategias innovadoras para la continuidad de la atención a esta población<sup>(5)</sup>. Una respuesta de salud pública para minimizar los efectos de este momento global en la salud de los adultos mayores se ha tornado urgente, planteando la necesidad de movilizar no solo a los profesionales de la atención primaria de salud, sino también a las comunidades, voluntarios y otros involucrados en estrategias que contemplen el mantenimiento y salud de esta población<sup>(2)</sup>.

La enfermera juega un papel importante en la conducción de los grupos de convivencia en la atención primaria de salud. Por ello, es fundamental que este profesional verifique las mejores estrategias para retomar las actividades durante este período, prestando atención a las características del grupo, buscando la interacción social, la asistencia a la salud, y ayudando a estos adultos mayores a incrementar sus conocimientos, sus actitudes (sentimientos/creencias) y autoeficacia para implementar medidas preventivas en tiempos de pandemia y post pandemia<sup>(8)</sup>.

Las inversiones en atención primaria para el cuidado de los adultos mayores mediante el uso de recursos tecnológicos en este momento de pandemia y su posible incorporación en el momento post pandémico, es fundamental para asegurar la atención brindada por el profesional de enfermería de manera equitativa y basada en políticas públicas relacionadas con el adulto mayor.

Por tanto, existe una urgente necesidad de discutir sobre la prestación de cuidados a los adultos mayores que incorpore modelos de atención modernos, planteando la necesidad de reflexionar sobre la planificación e implementación de acciones efectivas, para continuar las actividades de los grupos sociales en la atención primaria de salud en los tiempos pandemia por COVID-19.

## **OBJETIVO**

Reflexionar sobre los cuidados de promoción primaria de la salud de los adultos mayores en distintos grupos de convivencia en tiempo de pandemia por coronavirus en América Latina.

# Desarrollo del tema

## **Especificidades del tema en la pandemia en el mundo y en América Latina.**

Los adultos mayores de 60 años constituyen el 12% de la población mundial según la Organización Mundial de la Salud; la infección por SARS-CoV-2 COVID-19 al constituirse como pandemia, ha ocasionado incremento en la atención de los adultos mayores en el mundo<sup>(8)</sup>. Los sistemas de atención en salud y los gobiernos responden en cada uno de los países a las orientaciones internacionales y regionales para hacerle frente, generando elaboración de protocolos de cuidado hospitalario y domiciliario, como también tratamientos terapéuticos en los diferentes sitios de convivencia o en sus lugares de habitación<sup>(9)</sup>.

En América Latina son acogidos los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas adultas mayores<sup>(8)</sup>. En los distintos países se han desarrollado programas y políticas que considera a los mismos, desde un punto de vista social, como sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. En Colombia<sup>(9)</sup> se destaca la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 que pone a disposición los Centros de promoción y protección social, que prestan servicios de protección y cuidado integral a los adultos mayores, ofreciendo alternativas de desarrollo y propiciando espacios favorables para la socialización, recreación, capacitación, productividad y desarrollo de proyectos de vida digna.

Para el manejo de la pandemia son asumidas las recomendaciones generales para contención y mitigación del COVID-19 en el adulto mayor, y la creación de Centros de Vida para la atención a personas adultos mayores desde una perspectiva de derechos humanos expresadas por ONU-CEPAL frente al COVID-19. El direccionamiento indicado por Colombia está en las orientaciones para prevención, Centros Día y Centros de protección de larga estancia<sup>(9)</sup>.

En Buenos Aires, en octubre de 2018 (OPS/OMS), funcionarios y expertos nacionales e internacionales coincidieron en la necesidad de “realizar cambios fundamentales” para poder mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en Argentina, uno de los países con más alto grado de envejecimiento en la región de las Américas.

El acuerdo fue firmado durante el Primer Foro Argentino en conmemoración del Día Internacional de las Personas Mayores, organizado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, ANSES, PAMI y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con el fin de intercambiar experiencias y buscar sinergias en torno a la promoción y protección de los derechos de las personas mayores en el país.

En marzo del 2020, tiempo de pandemia, la representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS)



en Argentina, Maureen Birmingham, dijo que "era importante que Argentina mantuviera un enfoque integral de abordaje" frente a la pandemia de coronavirus" y afirmó que, además de las medidas del Gobierno, "era necesario el "compromiso social".

"Es importante que Argentina mantenga este enfoque integral de abordaje desde diferentes áreas del Estado y de la sociedad, como lo viene haciendo", dijo Birmingham, y agregó que el Gobierno debía "continuar con la detección precoz de los casos como su aislamiento", y que la población tenía que "mantener las conductas de prevención"<sup>(10)</sup>.

En Chile se presentó el primer caso de Covid-19 el 3 de marzo 2020, optando por la estrategia de realizar un alto número de tests diarios, cuarentenas locales y dinámicas, que dependen del número de casos activos, de las medidas de aislamiento social y del seguimiento de contagios y contactos<sup>(11)</sup>. Se desarrolló el Plan de Acción Coronavirus Chile que contempla una serie de medidas sanitarias y educativas, instalación de residencias sanitarias, toques de queda, control de fronteras, estado de excepción constitucional, adecuación a los sistemas de transporte público, comercio, sistema carcelario, eventos masivos, casas y residencias de acogida para niños y de adultos mayores, y una serie de medidas adicionales<sup>(12)</sup>.

En el momento en que el sistema hospitalario comenzó prácticamente a desbordar, se pasó a una estrategia donde se fortaleció la atención primaria, y cuyo papel consistió en reforzar el diagnóstico a través de la prueba de Proteína C reactiva (PCR), de estudios de casos, de la atención a pacientes, su seguimiento a nivel comunitario y la derivación de estos en casos graves.

### **Principales problemas identificados en las políticas públicas en los países latinoamericanos**

La promoción de la salud es una estrategia para mantener la funcionalidad de los adultos mayores, disminuir su dependencia y la probabilidad de ingresar a una institución, para generar una disminución en el aumentando de las tasas de mortalidad. La promoción de salud involucra a tres actores: los adultos mayores, los proveedores de salud y la comunidad<sup>(13)</sup>.

El reconocimiento de la salud como un derecho humano y como un componente y condición del desarrollo sostenible, también debe ser respetado en el nuevo escenario global en tiempos de COVID-19, lo que hace que sea necesario tomar medidas urgentes y evaluar los impactos de estas acciones.

Como la estructura demográfica de países latinoamericanos es muy diversa, es posible que el impacto general haya sido igual o mayor que en los países desarrollados. Las medidas en salud adoptadas afectaron a las instituciones de atención exclusiva a los adultos mayores, generando un manejo hiper centralizado ministerial, con enfoque prioritario intrahospitalario y una inclusión tardía de la atención primaria de los adultos mayores y sus grupos de convivencia.

En algunos países durante las cuarentenas preventivas, los adultos mayores necesitaban un permiso especial — no necesario para el resto de la población — para realizar tareas fuera del hogar, lo que revierte una vulneración a los derechos de los adultos mayores y de su autonomía.

Contradictoriamente al paradigma del envejecimiento activo y saludable, donde se les aconseja a los adultos mayores a mantenerse activos, efectuar ejercicios físicos, bailar, leer, ejercitar la memoria, efectuar actividades placenteras nuevas o reiniciar alguna abandonada, y mantener interacción social, se vio interrumpido con la cuarentena preventiva, llevándolos al alejamiento afectivo, y a la soledad. En algunos países y/o ciudades se mantienen charlas y hasta conciertos online.

Se ha observado dificultad para cumplir la cuarentena y prevenir el contagio en determinados territorios debido al hacinamiento crítico y deficiencias habitacionales, inaccesibilidad al jabón, lavandina y alcohol, y en algunos lugares hasta problemas relacionados con el acceso al agua y al agua potable<sup>(14)</sup>.

Las ayudas estatales no han sido suficientes y oportunas en los países con problemas de inequidad, violencia, hacinamiento, pobreza, baja capacidad de ahorro de la familia, inadecuado acceso a la salud e informalidad en el empleo. Esto ha hecho que las personas busquen su subsistencia a costa de la exposición al contagio de la COVID-19, incluso personas mayores, por no tener alternativas viables, suficientes y adecuadas para una vida digna y sin garantías de cuidado humanizado.

En ciudades donde se brinda educación virtual a adultos mayores hay dificultades para continuar con la escolaridad virtual por falta de acceso a computadoras y a internet. En algunas zonas rurales, por falta de telefonía celular, las comunicaciones han sido extremadamente perjudicadas, inclusive para mantenerse informados con sus hijos y/o nietos.

Para los adultos mayores la “casa” se extiende de la vivienda al barrio. El aislamiento choca con esta lógica y las familias sufren la pérdida de los lugares de esparcimiento por el confinamiento<sup>(14)</sup>.

En los medios de comunicación y en las redes sociales abundan los ejemplos de decisiones y políticas sanitarias despreciativas hacia los adultos mayores, además de presentar errores comunicacionales sobre las medidas adoptadas<sup>(15)</sup>.

En muchos países de Latinoamérica se ha observado falta de estrategia de testeo masivo, dificultades de trazabilidad y falta de estrategias para disminuir el aislamiento de los adultos mayores institucionalizadas.

**Promoción de salud, cómo se vieron afectados los grupos de convivencia con la pandemia: la experiencia.**

Para asegurar que adultos mayores no se vean afectados por el nuevo coronavirus, en el mundo y en América Latina se adoptaron medidas de protección, como el aislamiento y el distanciamiento social, que ha venido afectando la salud física y mental de los mismos. Esto también se ve afectado por informes de noticias sobre muertes, hospitalizaciones y las crisis que enfrentan los países.

Como los adultos mayores son un grupo vulnerable, documentos oficiales han sugerido que los mismos deben evitar asistir a grupos sociales o para personas mayores. Además de recomendar que se eviten las actividades grupales, se refuerza que los adultos mayores se queden en casa, cuiden su higiene personal, eviten el contacto con familiares que hayan viajado, y las aglomeraciones<sup>(16)</sup>.

Con el aislamiento, los adultos mayores no pudieron participar de las actividades desarrolladas por los grupos, y esta alteración de la vida cotidiana generó cambios en la rutina de muchas personas mayores. Para quienes viven solas, el aislamiento despertó sentimientos como la tristeza, la soledad y el abandono. El grupo de convivencia es un lugar donde pueden intercambiar experiencias y compartir otras nuevas. Para los investigadores existe una preocupación por la calidad de vida y la autonomía de estos adultos mayores, por lo que es importante evaluar las configuraciones de los arreglos familiares en los que se insertan, ya que, para la mayoría, la familia termina siendo el único vínculo con el que pueden contar durante la pandemia<sup>(17)</sup>.

Es importante destacar que, en Brasil, la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología (SBGG) aconsejó que las personas mayores con comorbilidades, mayores de 80 años y con síndrome de fragilidad, deben adoptar medidas para restringir el contacto social. Y la atención debe ser preferiblemente en casa, para evitar la exposición de ellos al nuevo coronavirus<sup>(16)</sup>. Las sociedades de Gerontología y Geriatria de toda Latinoamérica son conscientes del alto impacto que la pandemia de COVID-19 está causando en la población de adultos mayores: cambios fisiológicos habituales, inmunidad, enfermedades crónicas, otras no transmisibles, etc. Lo que hace que las complicaciones y la mortalidad tengan una alta incidencia.

El aislamiento social impuesto altera lógicamente y sustancialmente la vida de las personas, pero genera un mayor problema en términos de logística para quienes deben guardar aislamiento completo (es decir no pueden siquiera contactarse con otras personas por su estado de salud o condiciones preexistentes), o para quienes no pueden valerse por sí mismos. En tales casos, se admite que la persona que justifique tener que trasladarse para asistir a personas con discapacidad, familiares que necesiten asistencia, personas mayores, niños, niñas y adolescentes, puedan hacerlo.

Muy temprano en la crisis sanitaria Chile adoptó la medida de informar que los adultos mayores de 60 años y más se encontraban entre el grupo etario más vulnerable; por lo mismo los instó a guardar aislamiento social y cuarentena preventiva y optativa, estableciendo una cuarentena obligatoria para mayores de 80 años y prohibiendo las visitas a los establecimientos de larga estadía de adultos mayores. Se suspendió el funcionamiento de todos los Centros de Día para adultos mayores y las reuniones de clubes y uniones comunales de adultos mayores; se crearon el Fondo de Contención Emocional para adultos mayores, la Campaña Cuenta Conmigo, y un sitio web, para que las comunidades pudieran ayudar a los adultos mayores de forma voluntaria. El enfoque se centró en transmitir tres ideas principales: el cuidado de la salud mental y física, la comunicación con otras personas a través del uso de la tecnología y la solicitud de ayuda cuando fuera necesario.

Para desarrollar estas ideas, se entregaron por distintos medios de comunicación una serie de estrategias y recomendaciones para el autocuidado de los mayores, como: cuidar las rutinas de sueño y alimentación, evitar la automedicación, mantener la actividad física y mental, y un llamado a recordar estrategias y experiencias que los mayores hayan puesto en práctica en otro momento.

## Recomendaciones para el cuidado del adulto mayor durante la pandemia

Las recomendaciones de cuidado multidimensional en la pandemia y post pandemia COVID-19, es un cuidado compartido con diferentes actores en salud, la comunidad y el gobierno, para lo cual se requiere:

- 1 Fortalecer el sistema de Atención Primaria en Salud e integrarlo a las estrategias sanitarias desde los inicios de la planificación e implementación de estas.
- 2 Implementar medidas de Atención Primaria en Salud en los grupos de convivencia para proteger a los adultos mayores con decisiones que se basen en un enfoque de derechos, sin centrarse en la prohibición, sino en la promoción de sus capacidades, recursos y redes comunitarias.
- 3 Integrar medidas socio sanitarias que promuevan el autocuidado y reconozcan la heterogeneidad de las personas sin discriminarlas por capacidades, estado de salud y edad.
- 4 Potenciar la utilización de redes comunitarias existentes para garantizar la integración en los distintos escenarios de la sociedad, creando espacios seguros reales y virtuales para la participación de las personas mayores.
- 5 Restablecer una visión positiva de la vejez potenciando el concepto de envejecimiento positivo, y erradicando mitos y estereotipos asociados a la vejez.
- 6 Promover el autocuidado, la participación, el envejecimiento activo y saludable con el objetivo de alcanzar un bienestar significativo en las personas mayores.
- 7 Incentivar la educación virtual y garantizar el acceso a computadoras en las casas y a internet a los adultos mayores
- 8 Promover el desarrollo en zonas rurales, parajes alejados de ciudades pequeñas o pueblos con sistemas de información Tics, que permitan el acercamiento de los adultos mayores a sus hijos o nietos e igualmente a los sistemas de salud para su atención.
- 9 Integrar los procesos de cuidado brindado por los cuidadores de adultos mayores con respecto a la proximidad física, el relacionamiento social, protección personal, aspectos higiénicos y de confort.
- 10 Propiciar el entrenamiento del personal de salud en el cuidado de personas mayores, generar soporte familiar, social y mental; dar atención en las enfermedades crónicas preexistentes; suministrar educación en nuevas enfermedades como el COVID-19, medios diagnósticos y manejo terapéutico; ofrecer medidas de prevención en los hogares y en los centros de convivencia.
- 11 Fortalecer el desarrollo de protocolos adecuados y adaptados, incentivando: el trabajo en equipo, el respeto, la valoración de la vida, una muerte digna y liderazgo en los cuidados de los adultos mayores

## CONSIDERACIONES FINALES

Los adultos mayores deben ser reconocidos en los procesos de atención primaria de la salud en tiempo de pandemia COVID-19, como personas que han realizado un gran aporte a la sociedad al tener un saber acumulado en el transcurso de la vida, lo cual les ha permitido sobrevivir e integrarse en los diferentes grupos de convivencia y desarrollar actividades colectivas que favorecen el envejecimiento activo y saludable<sup>(17)</sup>.

Sin embargo, el impacto social, emocional y físico ocasionado por “el aislamiento” durante la pandemia

de COVID-19, incrementa los déficits de cuidado y atención de calidad en los servicios de atención primaria de la salud, limita el derecho a la salud y el ejercicio de la ciudadanía, y restringe la autonomía e independencia de estos en todos los países de la región de América Latina. La pandemia, además de generar sufrimiento y limitaciones de movilidad, e incrementar las diferentes condiciones de discapacidad, ha tornado visible lo oculto de la salud y la insuficiencia de los cuidados en la población, y en una mayor proporción en los adultos mayores, A esto se suman, las condiciones y modos de vida con déficit de cuidado en los diferentes países, al acoger parcialmente las políticas gestionadas por los organismos internacionales.

El adoptar estrategias para el envejecimiento activo durante la pandemia y post pandemia, implica colocar en la agenda pública de todos los países de América Latina las acciones de cuidado a largo plazo, evitando la discriminación, la estigmatización social, y fomentando el desarrollo de acciones con el objetivo de evitar el abandono (que ha estado acompañado por la pobreza y la falta de acceso a recursos económicos suficientes y adecuados), y para que los adultos mayores vivan con dignidad<sup>(18)</sup>.

Enfermería requiere incrementar y desarrollar la práctica del cuidado comunitario, trabajando para afrontar los problemas de salud y la continuidad de los cuidados a través de la gestión en cada uno de los lugares de convivencia.

La atención primaria es fundamental en la prevención de enfermedades, sobre todo cuando se entiende a la salud pública de forma integral, no solo para curar las enfermedades o virus, sino también para considerar la situación socioeconómica de las personas y su calidad de vida.

*Uno de los desafíos actuales es promover un nuevo contrato social, en donde la comprensión, el cuidado, la protección y la ayuda a la salud y la vida de los adultos mayores constituya un deber generacional, una necesaria expresión de amor por la humanidad y un imperativo ético de los sistemas de salud<sup>(19)</sup>.*

## REFERENCIAS

1. Day P, Gould J, Hazelby G. A public health approach to social isolation in the elderly. *Journal of Community Nursing*. 2020; 34(3): 54-59. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/342899133\\_A\\_public\\_health\\_approach\\_to\\_social\\_isolation\\_in\\_the\\_elderly](https://www.researchgate.net/publication/342899133_A_public_health_approach_to_social_isolation_in_the_elderly)
2. Xavier LN, Sombra ICN, Gomes AMA, Oliveira GL, Aguiar CP, Sena RMC. Group of experience with the elderly: psychosocial support in health promotion. *Rev Rene*. 2015; 16(4):557-566. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000400013
3. Mira BC, Ferreira AMR, Ozela CS, Santos MIPO, Palmeira IP; Silva SED. Determinantes Socioeconómicos y de Comportamiento que Permiten el Envejecimiento Activo de Los Mayores de Un Centro de Vida Comunitario. *Rev Cuidado é Fundamental*. 2019;11(5):1122-8. DOI: <http://ciberindex.com/c/ps/P11221128>
4. Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Medical Science*. 2020;1-10. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-020-02299-z>

5. Moura AOD, Souza LK. Socialization groups for the elderly: participants, drop-outs, and uninterested. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2015; 15(3):1045-1060. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt)
6. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *The New England Journal of Medicine*. 2020;382(10):970-971. DOI: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001468>
7. Sampa MB, Hoque MR, Islam R, Nishikitani M, Nakashima N, Yokota F, et al. Redesigning Portable Health Clinic Platform as a Remote Healthcare System to Tackle COVID-19 Pandemic Situation in Unreached Communities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4709. DOI: 10.3390/ijerph17134709
8. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. [Internet] Bogotá. Minsalud. 2015 [cited 2020 Jul. 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%c3%adtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores [Internet]. Colombia. Misalud 2020. [cited 2020 Jul. 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>
10. Diario PAGINA12. La OMS aplaude las medidas tomadas por Argentina a raíz del coronavirus. *El País*. 2020. Sociedad. Available from: <https://www.pagina12.com.ar/254528-la-oms-aplaude-las-medidas-tomadas-por-argentina-a-raiz-del->
11. González RI, Kiwi M. COVID-19: Chile no está aplanando la curva, la perdimos de vista. [Internet] Chile. Cíper académico. Columna de opinión. 2020. Available from: <https://www.ciperchile.cl/2020/04/16/covid-19-chile-no-esta-aplanando-la-curva-la-perdimos-de-vista/>
12. Gobierno de Chile. Plan de Acción por Coronavirus. [Internet]. Chile. 2020. Gob.cl. Available from: <https://www.gob.cl/coronavirus/plandeaccion/>
13. Arechabala MC. Promoting health and active aging. *Medwave*. 2007;7(4):e2738. DOI: 10.5867/medwave.2007.04.2738
14. Kessler G, Bermúdez N, Binstock G, Cerrutti M, Pecheny M, Piovani JI, et al. Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. 2020. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19. Available from: [https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe\\_Final\\_Covid-Cs.Sociales-1.pdf](https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf)
15. Dabove I, Oddone J, Perret C, Pochintesta P. Vejez en tiempos de pandemia: una cuestión de derechos. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*. 2020;34(1):21-24. Available from: [http://www.sagg.org.ar/wp/wpcontent/uploads/2020/04/RAGG\\_04\\_2020.pdf](http://www.sagg.org.ar/wp/wpcontent/uploads/2020/04/RAGG_04_2020.pdf)
16. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Posicionamento sobre COVID-19 – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – Atualização 15/03/2020. Available from: <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>
17. Moura AOD, Souza LK. Socialization groups for the elderly: participants, drop-outs, and uninterested. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2015;15(3),1045-1060. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt)
18. Hammerschmidt, KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. *Cogitare Enfermagem*, 2020;25:e72849. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
19. Osorio MAQ. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2th ed. Washington, D.C.: OPS; 2011.

# 8

## APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



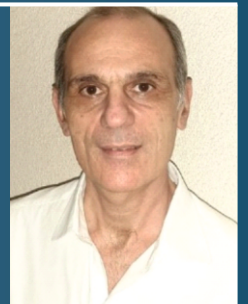
Zoila Esperanza Leitón Espinoza  
Perú

Alejandra Ximena Araya  
Chile



Caridad Dandicurt Thomas  
Cuba

Eduardo Rodolfo Blotta  
Argentina



Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira  
Brasil

Monica Patricia Pippino  
Argentina



## 8 - APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Zoila Esperanza Leitón Espinoza

ORCID: 0000-0001-5040-7042

Alejandra Ximena Araya

ORCID: 0000-0001-9064-3947

Caridad Dandicurt Thomas

ORCID: 0000-0003-3321-6484

Eduardo Rodolfo Blotta

ORCID: 0000-0003-1772-2715

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira

ORCID: 0000-0003-1629-8991

Monica Patricia Pippino

ORCID: 0000-0003-0160-8694

### RESUMEN

**Introducción.** El apoyo social es un constructo o concepto dinámico, interactivo, multidimensional y complejo, que ha sido abordado por varios autores y disciplinas desde décadas con diversos enfoques y significados. **Objetivo.** Conocer y proponer estrategias de apoyo social orientado a los adultos mayores durante la pandemia a través del proceso de enfermería. **Desarrollo del tema.** El apoyo social se desarrolla a través de la detección de los principales problemas de enfermería encontrados que fueron: La Soledad de los adultos mayores, secundario al aislamiento social como resultado de la pandemia COVID-19; Déficit de apoyo social secundario al confinamiento en los servicios geriátricos en instituciones como casas de reposo y Centro de Días; Además de la escasez de protección social del adulto mayor con programas disponibles ( salud, eventos sociales, entre otros) secundario al confinamiento por COVID-19. **Consideraciones finales.** Las estrategias de apoyo social descritas en este capítulo están destinadas a: Disminuir el impacto negativo de la soledad en los adultos mayores, secundario al aislamiento obligatorio como resultado de la Pandemia COVID-19, que viven en la comunidad; Disminuir el impacto negativo del déficit de apoyo social en los adultos mayores secundario al aislamiento obligatorio como resultado de la Pandemia COVID-19 en servicios geriátricos y aumentar la protección social de la población adulta mayor institucionalizada en las casas de reposo o usuarios de Centros de Día, facilitando el acceso a la información y/o a los programas de salud y eventos sociales dirigido a los adultos mayores que viven en la comunidad.

**Descriptores:** Apoyo social, Anciano, Estrategias de apoyo, Soledad, Aislamiento.



# Introducción

La COVID-19, trajo un gran cambio mundial y los más grandes retos y desafíos a la salud pública, dentro de ellos el bienestar y el de garantizar la calidad de vida de los adultos mayores. Bajo este contexto, el apoyo social recobró una importancia nunca vista.

Los cambios en el adulto mayor resultaron en pérdidas sociales relevantes en el apoyo social, que sucede a la par con la dependencia y la comorbilidad que se incrementan. Sumándose que, en esta pandemia los adultos mayores son considerados personas de mayor riesgo y vulnerabilidad por la inmunocenesencia que los expone a las complicaciones más graves de COVID-19.

Ante la naturaleza de esta enfermedad, las reglas sanitarias impuesta como medida de prevención y protección como el distanciamiento social y confinamiento incluso en el ámbito familiar, también ha traído consecuencias como el aislamiento social y emocional limitando o anulando el apoyo social especialmente de la familia, evidenciando en los adultos mayores soledad, tristeza, abandono, desamor, desprotección, discriminación, aislamiento y a veces miedo de morir en soledad.

En estas circunstancias el apoyo social recobra una importancia aún más grande, puesto que envuelve: el ser cuidado, amado, estimado, tener a alguien que se preocupe por él y lo valore. Aquello genera: confianza, el sentido de pertenencia, compromiso, vínculo y bienestar por el otro, a través de la ayuda emocional, instrumental o de información, brindado por la familia, amigos y la comunidad. El apoyo social, no solo se ha convertido en un soporte psicosocial en esta pandemia; sino que también influye positivamente en la respuesta inflamatoria de esta enfermedad.

Garantizar la demanda de apoyo, es por lo tanto para la enfermería un reto, como miembro de la red social formal. Cuyas intervenciones también estén dirigidas a optimizar las relaciones de apoyo informal especialmente a los adultos mayores más vulnerables; con equilibrio entre aislamiento, cuarentena y convivencia con bienestar y llegado el caso puedan afrontar la muerte de una forma digna y acompañada posible, bajo el enfoque de la humanización del cuidado y de los derechos humanos, involucrando a los propios adultos mayores, familias, amigos, comunidad y el estado.

## **OBJETIVO**

Conocer y proponer estrategias de apoyo social orientado a los adultos mayores durante la pandemia a través del proceso de enfermería.

# Desarrollo del tema

## El apoyo social en tiempos de pandemia

La situación de pandemia COVID-19 y el inicio de la disposición del aislamiento social, preventivo y obligatorio ha impactado en gran medida en la vida cotidiana del ser humano.

En los adultos mayores estas medidas han provocado disminución de las interacciones sociales y, por ende, de las redes de apoyo. Pero como lo indican los especialistas, gran parte de lo que somos y de lo que sentimos está en relación con lo que hacemos en la vida cotidiana. En este sentido, el aislamiento provocó un quiebre en las rutinas diarias debido a que este grupo etario debió permanecer más tiempo en sus domicilios en algunos casos: sin contacto físico y en otros; con un contacto reducido con sus redes de apoyo.

Aproximadamente, el 16% de los adultos mayores en Chile viven con su pareja —otra persona mayor— y el 14% viven completamente solos en sus hogares <sup>(1)</sup>. Eso implica que la cuarentena, más que “distanciamiento” social, impone en la práctica un completo “aislamiento social”. Siendo que el contacto con la familia, la participación en organizaciones sociales y las reuniones con otras personas de su edad suelen ser un espacio importante de socialización. Mas, en algunos casos esto se puede suplir, en parte, con la tecnología, pero la brecha digital y la falta de acceso es alta en este grupo.

En Cuba frente a este contexto de pandemia COVID 19 y como parte de una de sus estrategias de abordaje integral. Se implementó un programa pensado desde un enfoque generacional, el cual brinda atención diferenciada a los adultos mayores por su vulnerabilidad a las enfermedades, trabajando en el apoyo psicológico y social con el intuito de reducir los riesgos que derivan del aislamiento, el miedo al contagio, la pérdida de seres queridos y la incertidumbre social que se genera ante un escenario impredecible.

En Argentina <sup>(2)</sup>, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires aplicaron una encuesta auto administrada con el objetivo de relevar el impacto en relación con el apoyo comunitario durante la pandemia COVID-19. Un estudio realizado dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires a raíz del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio reveló que: “el nuevo entramado social está construido principalmente por hijos/as (52.6%), nietos/as (20.5%) y vecinos (7.5%) quienes estimulan las actividades asociadas con la supervivencia orientándose al cuidado y promoción de la salud”, “la nueva red de apoyo que ha obtenido logros importantes en los adultos mayores está constituida por: ayuda emocional (comunicación a través de mensajes de WhatsApp y llamadas telefónicas), apoyo instrumental (ayuda en las compras e indicaciones ante situaciones de emergencia), y apoyo en la conectividad (ayuda en conexión de manera virtual y chats).

Como lo revela la encuesta, si bien durante este tiempo, para muchos, la tecnología ha sido la única forma de mantener contacto con los familiares y seres queridos, aquellas personas que no contaban

con recursos tecnológicos apropiados; así también como las suficientes destrezas para su manejo se han sentido solos, extrañando el contacto físico, los abrazos, las visitas y las actividades de la vida cotidiana. En el área de cuidados de largo plazo la mayoría de los países se han focalizado en la disseminación de información, la limitación en el acceso de visitantes a residencias y el establecimiento de protocolos de atención a los adultos mayores y la provisión de atención domiciliaria.

En cuanto al cuidado en residencias, algunos países han implementado la prohibición o límites de visitas a los adultos mayores. Por ejemplo, en Chile se suspendieron las visitas a las casas de reposo por 30 días. En Argentina, se limitaron las visitas en estas instituciones y se suspendieron las actividades en centros de día. Estas medidas se complementaron con otras como la definición de protocolos y recomendaciones para la atención en residencias o centros de día (Argentina, Chile, Colombia, Perú o Uruguay).

En Perú la COVID-19 ha puesto en evidencia la existencia de 285 centros de Atención Residencial para los adultos mayores que brindan atención y que son considerados informales por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de tal manera que no se puede garantizar la calidad del servicio que prestan, situación que atenta en contra de los derechos de los adultos mayores residentes.

En función a lo señalado anteriormente, surge la siguiente interrogante: ¿Qué red afectiva acompaña a los más vulnerables en este contexto? Si bien el aislamiento social durante la pandemia nunca tuvo la intención de frustrar las conexiones sociales, es importante destacar que el encierro prolongado tiene consecuencias físicas y mentales graves para este grupo etario.

La crisis del coronavirus obliga a imaginar que existen distintos modelos de apoyo que, por un lado, respondan a las prioridades y necesidades de los adultos mayores; y por otro, cumplan con las medidas de confinamiento y reducción de contactos físicos. Cabe subrayar que el apoyo social es un constructo dinámico, interactivo, multidimensional y complejo, que ha sido abordado por varios autores y disciplinas desde décadas con diversos enfoques y significados. Pero, que aún no se ha encontrado una definición unánime. Sin embargo, si es coincidente que está conformado principalmente por aspectos estructurales y funcionales, como lo expresan los principales autores que se mencionan a continuación.

El apoyo social fue descrito por primera vez de manera más explícita por Caplan<sup>(3)</sup>, quien define el apoyo social como un “proceso de transacciones entre personas” y se habla de cuatro tipos:

1) tangible objetivo; 2) psicológico objetivo; 3) tangible subjetivo y 4) psicológico subjetivo. Lo tangible son recursos, lo psicológico son cogniciones, lo objetivo son conductas y lo subjetivo percepciones. Por su parte, el Dr. Sidney Cobb (4) lo definió como “un conjunto de personas constituido por una persona central, la familia, los amigos y todos los que están dispuestos a ayudar a esa persona central” y que se le brinde apoyo social del tipo emocional e informativo, facilitando las conductas de resolución de crisis de la persona.

Similar a los conceptos anteriores, House<sup>(5)</sup> en 1981, lo definió como “una transacción interpersonal, relacional que se brinda según las necesidades del individuo para una regulación o control social e incluye la provisión de ayuda instrumental, información o emocional principalmente”. Para Kahn y

Antonucci <sup>(6)</sup>, son las “transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación”, “perteneciente a las redes sociales como complemento de ella dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el mismo como por el proveedor”.

Considerando principalmente el enfoque estructural, Canesqui y Barsaglini <sup>(7)</sup> mencionan que el apoyo social involucra relaciones sociales entre colaboradores naturales (la familia), grupos informales (autoayuda) y grupos formales e institucionalizados, como organizaciones destinadas a apoyar y/o proteger a los adultos mayores, basada en la reciprocidad; aunque en ocasiones, el apoyo aparece como una obligación. Por ejemplo, entre familiares que necesitan compartir tareas para brindar apoyo a un familiar dependiente del cuidado.

A pesar de las diversas denominaciones conceptuales expuestas, existe coincidencia en que se dan en dos dimensiones: 1. \_ Las estructurales, referidas a las fuentes, vínculos o redes de esa interrelación y, 2. \_ Las funcionales, que son los tipos o contenidos del apoyo social recibido.

Estos marcos teóricos y conceptuales con la variedad de enfoques y de interés práctico ha dado lugar a que muchos estudiosos elaboren una considerable cantidad y heterogeneidad de instrumentos para medir el apoyo social, y entre los que se adaptan mejor a los adultos mayores podemos mencionar: Interpersonal Support Evaluation List— ISEL(Cohen & Hoberman, 1983; Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985); Social Support Questionnaire— SSQ(Sarason, Levine, Bashman & Sarason, 1983); Multidimensional Scale of Perceived Social Support— MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988); Lubben Social Network Scale— LSNS(Lubben 1988); Medical Outcomes Social Support— MOS-SSS(Sherbourne & Stewart, 1991) y Apoyo Familiar (Zoila Leitón - 1997) entre otros (Anexo 1).

### **El apoyo social en el proceso del cuidado**

El abordaje de cualquier problemática social debe estudiarse en un ámbito colectivo, de prácticas concretas y con un método, que permita, comprenderlas y resolverlas. La salud colectiva tiene distintos grados de desarrollo en los países de algunas regiones; motivo por el cual coloca a la enfermería de cada país, frente a múltiples y diferentes desafíos.

El cuidado de la enfermería con perspectiva comunitaria vislumbra resolver las necesidades de salud de las personas adultas, familia y la propia comunidad, dentro del contexto de las relaciones en el que viven <sup>(8)</sup>. Como es obvio, no se ignora que los problemas de salud de algunas comunidades son variados y tienen diferentes grados de complejidad en función de los estilos de vida.

El reto y/o el desafío que trajo el 2020, sin duda ha sido la pandemia. La globalización en su máxima expresión ha puesto a todos los equipos de salud, y a todas las realidades sociales de cara, a un mismo problema.

La enfermería sin duda tiene su especificidad: el cuidado. El desafío es cuidar de los adultos mayores, como grupo vulnerable, en su ámbito comunitario. Y El método por el cual se abordan los problemas,

es el proceso del cuidado de enfermería; basándose en una amplia teoría de conocimiento, exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, que el profesional enfermero tiene que ir desarrollándolos a lo largo de las etapas de este proceso, para finalmente resolver los problemas que se presenten.

Reconocer las fortalezas y debilidades de los ámbitos de salud en los cuales se desarrollan es primordial. Eso les colocará en perspectiva hacia los problemas que deben resolverse y saber con qué dispositivos cuentan.

Cuando se desarrolla la valoración comunitaria como principal estrategia, se debe determinar a la comunidad que se abordará e identificar la red social formal e informal que tiene el adulto mayor<sup>(9)</sup>. ¿Qué dispositivos de contención ofrece el estado? ¿A qué red social informal tiene acceso? Dentro de esta última, ¿cuál es el rol de la familia o cuidadores informales?

El aislamiento en sí mismo es también, un problema a analizar. La generación de hoy quienes transitan en esta etapa de la vida ha experimentado muchos cambios ocurridos en el siglo XX, sin embargo, las conductas de retraimiento que puede provocar el aislamiento social, obligatorio y preventivo pueden inducir respuestas similares a un duelo, o sea, enojo, ira, depresión. Y tal vez la pregunta más importante de esta primera etapa sea, qué grado de vulnerabilidad social tienen esos adultos mayores.

De esa manera, la valoración deberá orientarse a los siguientes aspectos fundamentales; las condiciones sociales, el rol que ocupa el estado en ellas y, las individuales, donde la autonomía del adulto mayor y la familia tiene un papel especial. De no contar con estas estructuras, que protegen y acompañan los adultos mayores, las problemáticas se vuelven aún más complejas.

Una vez que se tenga esos datos, se analizarán para comprender la magnitud del problema, es decir realizar diagnósticos comunitarios que permitan identificar qué grupo de personas adultas se encuentran en mayor peligro. En otras palabras, se debe evaluar el grado de vulnerabilidad social de esas personas.

Planificar el abordaje de las problemáticas del adulto mayor en aislamiento social obligatorio y preventivo, no puede, ni debe ser tarea de una sola disciplina, pues es algo evidentemente intersectorial o multidisciplinario; Como lo son las redes de apoyo social de los adultos mayores, que suelen tener límites difusos, están conformadas no solo por los integrantes de su familia nuclear, sino también por vecinos, amigos, organizaciones, instituciones de diversa índole. Potenciar soluciones creativas frente a estas situaciones críticas es fundamental, así como, detectar lazos negativos que aumenten o propicien conflictos.

### **Principales problemas, metas, objetivos del apoyo social**

Los principales problemas identificados en esta época de aislamiento preventivo o forzoso y que afectan el apoyo social son:

**Problema N° 1.** Soledad del adulto mayor secundario al aislamiento social como resultado de la Pandemia COVID-19.

Aislar al adulto mayor fue una estrategia utilizada para minimizar la propagación del virus en los grupos de alto riesgo. Y este ha sido una manera de protección que muchos gobiernos a nivel mundial lo han implementado. Los adultos mayores que practiquen un autoaislamiento y distanciamiento físico tienden a reducir las tasas de transmisión, el riesgo de enfermedades graves y el impacto en los servicios de salud<sup>(10)</sup>.

El aislamiento puede tener un impacto negativo en la salud mental, en la funcionalidad y en la calidad del apoyo social del adulto mayor al cual estaban acostumbrado antes del inicio de La Pandemia. La incapacidad de proveer las estrategias de apoyo social a las cuales los adultos mayores estaban acostumbrados antes del COVID-19, el impacto será más fuerte en las poblaciones desfavorecidas y marginadas, que deben ser objeto de urgencia para la implementación de estrategias preventivas, a fin de evitar la soledad del adulto mayor en confinamiento<sup>(11)</sup> y disminuir la fragilidad de los que viven en la comunidad<sup>(12)</sup>.

La soledad en el adulto mayor está asociada a una calidad de vida inferior y a una mayor necesidad de cuidado institucional y mortalidad precoz. Ya que ella, puede ser considerada un factor de riesgo comparable con el tabaco, el alcohol, la obesidad y la fragilidad<sup>(13)</sup>.

Antes de la Pandemia COVID-19, la prevalencia de la soledad en el adulto mayor variaba según: **(a)** el instrumento, **(b)** la población y **(c)** el grupo de edad, reportando un rango entre el 19-34%. La soledad en el adulto mayor se asocia a: **(a)** variables sociodemográficas: edad mayor a 50 años, ser mujer, viuda/divorciada/soltera; **(b)** psicosociales: pocos amigos/as y/o lazos de amistad de baja calidad, escasa participación social, contexto cultura, falta de recursos socioeconómicos; **(c)** salud: empeoramiento de la salud física, síntomas depresivos<sup>(14)</sup>.

**Problema N° 2.** Déficit de apoyo social secundario al confinamiento en los servicios geriátricos: Residentes de casas de reposo y Centros de Día.

Dentro de los principales programas de política de envejecimiento positivo en la mayoría de los países de América Latina se encuentran: Centros de Día y las casas de reposo.

A nivel mundial, la Pandemia COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a los residentes de las casas de reposo con un 19 - 72% de las muertes; los cuales hoy en día se requieren servicios integrales de apoyo y cuidados de acuerdo con sus niveles de dependencia.

En este contexto, tanto los cuidadores como los adultos mayores están siendo desafiados por esta pandemia. El cuidador del adulto mayor es la primera línea del cuidado. Sin embargo, el manejo inadecuado de conocimientos, de las emociones y de las relaciones interpersonales que se han generado por efectos de la Pandemia COVID-19 pueden provocar un impacto adverso en la provisión de los cuidados que se otorgan y, en última instancia, conducir a una inadecuada prestación de servicios de alta calidad para el cuidado de la persona adulta mayor institucionalizadas.

Con respecto a los centros de día, estos han sido cerrados en la mayoría de los países produciéndose un cese de los servicios otorgados a los adultos mayores y sus cuidadores. Estos centros realizan intervenciones, para los adultos mayores autovalentes o con dependencia leve, que incluyen actividades de educación y promoción de la salud, rehabilitación orientada hacia el mantenimiento de las capacidades funcionales, intervenciones psicosociales, y actividades de grupo, así como un descanso y el apoyo a las familias. Dentro de los beneficios que reportan los adultos mayores y sus cuidadores se encuentran que disminuye los sentimientos de soledad<sup>(10)</sup>, aumenta los niveles de apoyo social<sup>(11)</sup> y disminuye el tamizaje positivo para depresión. Esto puede deberse a que las actividades desarrolladas tienen un fuerte componente grupal, participativo y social. A su vez, el centro cumple con la función de reconectar al adulto mayor con las redes sociales disponibles en su comunidad, apoyando la percepción de apoyo social percibido<sup>(12)</sup>.

**Problema N° 3.** Falta de protección social del adulto mayor con programas disponibles (de salud, eventos sociales, entre otros) secundario al confinamiento por COVID-19

El envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y la actual expectativa de vida requiere de respuestas integradas y continuas por parte de los servicios de salud para responder a las necesidades de los adultos mayores. En general en América Latina, los sistemas de protección social se han caracterizado por una entrega de servicios fragmentados, dificultando el acceso y el uso eficiente de los recursos. Por lo tanto, el rol de detección que tiene la atención primaria de salud en estos tiempos de Pandemia COVID-19 es fundamental para la detección oportuna de vulnerabilidad social en los adultos mayores. Dado el importante rol que tiene la Atención Primaria de Salud con la conexión de los programas comunitarios que puedan existir es que se hace fundamental tener una coordinación en red que sea eficaz.

La meta y objetivo de este problema es lograr una conexión en la atención de salud de las personas mayores con los distintos programas de apoyo social que existen en distintos niveles (de gobierno o en la comunidad). Como resultado se espera tener un diagnóstico de vulnerabilidad social oportuno y el apoyo social que exista en la comunidad y el estado para los adultos mayores durante y posterior a la Pandemia COVID-19.

De los tres problemas identificados la meta general es mantener a la persona mayor con el apoyo social necesario para cubrir sus necesidades dentro de la Pandemia COVID-19 y evitar los efectos dañinos de los problemas asociados al déficit de apoyo social.

**Intervención o estrategias de enfermería para el abordaje de los problemas en el apoyo social**

Las intervenciones en el apoyo social al adulto mayor están dentro del cuidado enfermero, pero también con un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

**Intervenciones Problema N° 1.** Soledad del adulto mayor secundario al aislamiento social como resultado de la Pandemia Covid-19.

La OMS aconseja las siguientes estrategias para mitigar los efectos adversos de la soledad del adulto

mayor que viven en la comunidad como, por ejemplo, mantener interacción, tener una rutina de conexión telemática con personas significativas para reconocer y expresar sentimientos y necesidades a través de los medios de comunicación y programar eventos familiares<sup>(11)</sup>.

Es importante enfatizar que el distanciamiento con los adultos mayores es sólo físico y no social, por ende, podemos seguir teniendo todas las vías de comunicación posible con el distanciamiento físico recomendado por la autoridad sanitaria.

La tecnología móvil podría proporcionar una herramienta valiosa para ayudar a las familias a mantenerse conectadas, y ayudar al adulto mayor a mantener la movilidad y vincularlos con recursos que fomenten el bienestar físico y mental. Las aplicaciones podrían abordar problemas cognitivos, visuales y tienen el potencial de mejorar la calidad de vida del adulto mayor especialmente durante el distanciamiento social y/o la cuarentena<sup>(14)</sup>. Evitando así, que sientan soledad emocional y social/relacional, mitigando ese sentimiento de vacío y abandono.

**Intervenciones Problema N° 2.** Déficit de apoyo social secundario al confinamiento de los servicios geriátricos: Residentes, instituciones de casas de reposo y Centro de Días.

Los adultos mayores que están institucionalizados están aislados uno del otro y también del mundo exterior, ya que no pueden recibir visitas del exterior por el temor al contagio.

Esta soledad de los adultos mayores es un factor de riesgo para malos resultados de salud, incluyendo ansiedad, depresión, desnutrición y empeoramiento de la demencia. Una forma de paliar el aislamiento social sería integrar tecnologías en el cuidado de poblaciones en riesgo de ser más aislado durante brotes de salud<sup>(10)</sup>.

Lo más importante es mantener estrategias de comunicación, tales como: escribir una carta y solicitar a los cuidadores que pueda enviarla, vía electrónica, a sus familiares o personas significativas; hacer un video corto que pueda ser enviada por email o mensajería, dejar palabras o mensajes inspiradores en algún diario mural que se disponga para aquello, usar los teléfonos inteligentes para hacer llamadas, enviar mensajes o para hacer video llamadas; colocarse de acuerdo para ver algún programa en la televisión o en un película y juntarse virtualmente para comentarla después; o juntarse a rezar virtualmente o asistir a misa en el credo que tenga para sentirse acompañada espiritualmente<sup>(12)</sup>.

**Intervenciones Problema N° 3.** Falta de protección social del adulto mayor con programas disponibles (de salud, eventos sociales, entre otros) secundario al confinamiento por COVID-19.

Los profesionales de enfermería deben estar conectados con los programas de atención comunitaria disponibles para apoyo a distancia de los adultos mayores con enfoque en aquellos de ayuda social, tales como, orientación contra la violencia, ayuda en salud, ayuda psicológica, entre otros. Por ejemplo, en Chile existe el programa “Amanoz”, el cual cumple la función social de recibir llamados de adultos mayores que se sienten solos, y son atendidas a través de voluntarios<sup>(14)</sup>.



En el Perú, el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (MIDIS), brinda protección social a los adultos mayores de 65 años a más, que viven en situación de vulnerabilidad; el objetivo es brindar a esas personas una subvención monetaria y servicios de atención de salud, siendo que, en la actual emergencia sanitaria, *brindan consejería y orientación para prevenir el COVID-19 y detectar posibles contagios*. También se creó la Red de Soporte a la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y a la Persona con Discapacidad Severa, que brindará apoyo emocional y en materia de salud por vía telefónica. Se implementó La Operación TAYTA (Operación Territorial de Ayuda para el Tratamiento y Aislamiento frente al COVID-19), la cual brinda protección de los adultos mayores y/o con problemas de comorbilidad. No obstante, ambos programas aún son insuficientes para cubrir a toda esta población.

En este marco en Argentina se han desarrollado distintos Programas con enfoque interdisciplinario e intersectorial entre los que se pueden mencionar: Programa conjunto Universidad Nacional de Rosario y Municipio de la ciudad que contempla un voluntariado tendiente al acompañamiento, compartir información fiable y precisa, ayuda en compras, acercamiento con relación a rutinas de actividades físicas, entretenimientos, música, juegos y lecturas mediante un llamado telefónico. Dentro de este contexto en el municipio de la ciudad de Rosario (Argentina) se constituyó una red solidaria destinada al cuidado de personas adultas y adultos mayores apuntando a acompañar a la población de mayor riesgo ante la actual situación de emergencia sanitaria. La propuesta consistió en tres líneas de abordaje prioritario: 1) una red de acompañamiento telefónico y digital (destinada a la contención y asistencia psicológica; y propuestas de actividad física y estimulación cognitiva), 2) una red de cuidados en domicilio y, 3) espacios de cuidado comunitario para aislamiento preventivo<sup>(12)</sup>.

### **Evaluación o resultados esperados**

1. Disminuir el impacto negativo de la soledad de los adultos mayores secundario al aislamiento obligatorio como resultado de la Pandemia COVID-19 en los adultos mayores que viven en la comunidad.
2. Disminuir el impacto negativo del déficit de apoyo social en los adultos mayores secundario al aislamiento obligatorio como resultado de la Pandemia COVID-19 en servicios geriátricos.
3. Aumentar la protección social de la población adulta mayor institucionalizada o usuarios de Centros de Día facilitando el acceso a la información y/o a los programas de salud y sociales dirigido a los adultos mayores que viven en la comunidad.

### **Expectativas después de la pandemia**

Como consecuencia de la Pandemia provocada por la COVID 19; nos encontramos ante una situación sanitaria y social muy compleja que afecta gravemente a las personas, más aún en aquellas que por su edad y condición de salud presentan mayor vulnerabilidad. El distanciamiento obligatorio provoca sentimientos de soledad, sensaciones de angustia e incertidumbre representando un gran desafío para este grupo tan vulnerable.

Por ese motivo, es urgente abordar a las redes de apoyo formales e informales a través de programas específicos o solicitar apoyo emocional, pues, “es importante transmitir a nuestros adultos mayores, que estar aislados no implica estar necesariamente solos”. Los sistemas de comunicación desempeñan

un papel preponderante para este grupo en situación de aislamiento de manera tal que puedan conservar sus vínculos con familiares, amistades y con la comunidad, tanto si están en sus domicilios o en casas de reposo. El derecho a la información, a mantener vínculos afectivos, una comunicación adecuada son elementos imprescindibles para mantener “la sensación de control” de quienes se puedan sentir frágiles.

Aunque en este contexto de pandemia existan escenarios “mediados por el acrílico” en el que la distancia se ha convertido en una “realidad plástica” y donde el contacto físico no es recomendado, eso no debe ser considerada o representar el aislamiento total de las personas, “distancia física no significa distancia social”. Al contrario, es precisamente en este momento de crisis en el cual, como profesionales de la salud, se debe promover mayor solidaridad, empatía familiar y conciencia social para asumir el compromiso, fomentando la inclusión, las relaciones sociales y las redes de protección de los adultos mayores.

En momentos como este, la tecnología pasa a ser un gran aliado. No obstante, en estas circunstancias es fundamental fomentar acciones de apoyo social para disminuir el aislamiento personal y el impacto de la pandemia en este grupo. Se trata de tiempos difíciles donde una situación de pandemia está imponiendo una serie de restricciones y nuevas configuraciones sociales. Le está quitando mucho, pero a su vez no le está dando la oportunidad de construir una mejor relación con los adultos mayores.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El reto que trajo el 2020, sin duda, ha sido la pandemia. La globalización en su máxima expresión ha puesto a todos los equipos de salud, y a todas las realidades sociales de cara a un mismo problema. Sin embargo, el desafío de cuidar de los adultos mayores, como grupo vulnerable, en su ámbito comunitario, tiene diferentes aspectos.

Se ha abordado la problemática desde lo epidemiológico. Distinguiendo los patrones de coresidencia y relaciones entre generaciones, como una variable de riesgo, para la infección y muerte. Pudiendo aumentar o disminuir, según el arreglo familiar de coresidencia o el cambio en la dinámica de los centros de larga estadía.

El abordaje que cada país le ha dado a esta problemática, considerando que, el estado es el responsable final del bienestar de los ciudadanos, hace pensar de qué manera se está respondiendo como profesional, ante las necesidades de los adultos mayores.

La amplia base teórica de la disciplina con contenidos cognoscitivos, técnicas y capacidades de relaciones interpersonales, que se ponen en juego, cuando se despliega el proceso de cuidado enfermero, lo ha colocado en una posición de resolver los problemas de los adultos mayores en el contexto de la pandemia basándose en los saberes de la disminución e interacciones sociales. Por ende, las redes de apoyo son la principal problemática por resolver. La soledad de los adultos mayores secundaria al aislamiento social, el drástico cambio en las dinámicas de los establecimientos de larga estadía o los Centros de día, o la ausencia del apoyo del estado, colocan al adulto mayor, en un estado de vulnerabilidad que no puede ser ignorado.

## REFERENCIAS

1. Cerutti C, Saffie N. Adultos mayores en cuarentena: Cuidado vs. libertad personal. Pontificia Universidad de Chile. 2020. Available from: <https://www.uc.cl/noticias/adultos-mayores-en-cuarentena-cuidado-vs-libertad-personal/>
2. Domínguez MI. Pensar la pandemia: Cuba ante la pandemia COVID-19 [Internet]. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.clacso.org/cuba-ante-la-pandemia-del-covid-19/>
3. Rovner, M, Casco J, Meseta V, Padilla A, Peccorelli S, Valdivia R, et al. Apoyo comunitario a la tercera edad en cuarentena. Relevamiento del impacto comunitario desde los jóvenes a los ancianos y su recepción a 110 días del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires de la población argentina. Carrera de Musicoterapia de Buenos Aires, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires (Argentina); 2020, 23p. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1HSJciw0erqFp2z41WktLrUUALDdKKnls/view>
4. Olivieri ML. COVID-19 y personas mayores: las medidas implementadas en la región [Internet]. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/covid-19-adultos-mayores-medidas/>
5. Caplan G. Support systems and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavioral Publications 1974.
6. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38 (5): 300-314. Available from: [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social\\_Support\\_as\\_a\\_Moderator\\_of\\_Life\\_Stress.3.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx)
7. House JS. Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.
8. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles and social support life-span development and behaviour (vol. 3). Orlando: Academic Press; 1980.
9. Canesqui AM, Barsaglini RA. Social support and health: standpoints from the social and human sciences. Ciên. Saúde Colet. 2012; 17(5):1103-1114. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>
10. Cohen S, Syme SL. Social support and health. New York: Academic Press; 1985.
11. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1983; 44(1): 127-39. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
12. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1): 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2
13. Lubben J. Assessing social networks among elderly populations. Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance. 1988; 11(3): 42-52. doi: <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>
14. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, Von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. Gerontologist. 2006; 46(4): 503-13. doi: 10.1093/geront/46.4.503.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. Soc Sci Med. 1991; 32(6): 705-14. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b.
16. Leiton, Z. Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Trujillo, 1997. p. 42-43.

17. Gómez MIL. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud.2015;47(2):209-213. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en)
18. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. 2010;(19):1-9. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es).
19. Armitagea R, Nellumsa LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health. 2020; 5(5): e256. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104160/>
20. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med 2010; 40(2): 218–227. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/45283426\\_Loneliness\\_Matters\\_A\\_Theoretical\\_and\\_Empirical\\_Review\\_of\\_Consequences\\_and\\_Mechanisms](https://www.researchgate.net/publication/45283426_Loneliness_Matters_A_Theoretical_and_Empirical_Review_of_Consequences_and_Mechanisms)
21. Araya AX, Herrera MS, Iriarte E, Rioja R. Changes in social psychological and functional variables among older people attending a day care center. Rev. méd. Chile 2018;146(8):864-871. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800864>
22. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía práctica de manejo covid-19 en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Abr., 2020. [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://diprepe.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/13.04.2020-VF-Gui%CC%81a-ELEAM-COVID-19-MINSAL-SENAMA-ACHGG-Abril-2020-REV-SSR-2.pdf>
23. Freedman A, Nicolle, J. Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. Can Fam Physician, 2020; 66(3): 176-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165464/>
24. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) 2020. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/>

# 9

## VACUNACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Tercia Moreira Ribeiro da Silva  
Brasil

Alan Nogueira da Cunha  
Brasil



Gudelia Nájera Gutiérrez  
México

Maria Elena Martinez Barrera  
Perú



Soledad Andrea Chocobar  
Argentina

## 9 - VACUNACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Tercia Moreira Ribeiro da Silva

ORCID: 0000-0002-5261-2266

Alan Nogueira da Cunha

ORCID: 0000-0002-5424-8947

Gudelia Nájera Gutiérrez

ORCID: 0000-0003-1586-6627

Maria Elena Martinez Barrera

ORCID: 0000-0003-1435-3096

Soledad Andrea Chocobar

ORCID: 0000-0001-6210-2924

### RESUMEN

**Introducción:** La vacunación es un servicio de salud esencial y no debe ser suspendido durante la pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Presentar a las enfermeras responsables de los servicios de inmunización en los países de América Latina y Portugal la importancia de estrategias seguras para la vacunación y para los adultos mayores durante la pandemia y preparar los servicios de inmunización para ofrecer la vacuna que prevenga COVID-19.

**Desarrollo del tema:** Fue elaborado un marco que reúne las orientaciones del Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Vacunación de la OMS y los principales organismos de salud internacionales y regionales para la vacunación segura durante la pandemia COVID-19. La distancia de al menos dos metros entre las personas a vacunar, la medición de temperatura y el cribado de la población con síntomas respiratorios que busca el servicio de inmunización, son ejemplos de estrategias que reducen las posibilidades de transmisión del COVID-19, tanto para el vacunador en cuanto a la población que será inmunizada. **Consideraciones finales:** El profesional de enfermería tiene un papel importante en la implementación de estrategias de comunicación y educación para la salud que pueden ayudar a aumentar la cobertura de la vacunación especialmente para el adulto mayor, se sabe que es más susceptible al desarrollo de formas graves de COVID-19 y otras infecciones respiratorias.

**Descriptores:** Programas de Inmunización; Vacunas Contra Influenza; Vacunas Conjugadas; Atención Primaria de la Salud; Salud del adulto mayor

# Introducción

La vacunación es una estrategia de salud esencial y no debe ser suspendida durante la pandemia de COVID-19. La interrupción de la vacunación en países de América Latina y Europa puede favorecer la formación de focos de individuos susceptibles a enfermedades prevenibles mediante inmunización, irrumpiendo así la reaparición de infecciones previamente controladas o eliminadas. Durante la fase epidémica de aceleración de casos de COVID-19, la reducción de los ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias puede garantizar la reserva de camas en el sistema de salud y proteger las infraestructuras de salud críticas de otros países, asegurando una asistencia adecuada y oportuna a las personas con COVID-19<sup>(1,2)</sup>. En este sentido, los organismos internacionales de salud recomiendan la continuidad de los servicios de inmunización durante la pandemia de COVID-19 y orientan la adopción de estrategias que aseguren la vacunación de la población más vulnerable, especialmente niños y adultos mayores<sup>(3)</sup>.

Hasta la fecha, no hay una vacuna disponible contra el SARS-CoV-2, pero recientemente, la OMS se ha asociado con la Alianza Internacional de Vacunas y la Coalición para Innovaciones en la Preparación para Epidemias para acelerar el desarrollo, la fabricación y la disponibilidad de vacunas que prevengan el COVID-19<sup>(4)</sup>. Si bien no tenemos vacunas disponibles, la prevención de COVID-19 está directamente asociada con los cuidados básicos de higiene, especialmente el lavado frecuente de manos con agua y jabón, la aplicación de alcohol gel y la desinfección de superficies y objetos expuestos a secreciones corporales contaminadas por el virus. Evitar las multitudes en lugares cerrados y mantener la distancia social son medidas esenciales para controlar la propagación del SARS-CoV-2<sup>(5)</sup>.

La alta transmisibilidad del SARS-CoV-2 y la ausencia de inmunidad previa al virus de casi toda la población mundial contribuyeron a la propagación y al aumento exponencial de la demanda de asistencia a los pacientes que evolucionaron con las formas graves de COVID-19<sup>(6)</sup>. En este escenario de sobrecarga de los sistemas de salud, la reducción de las hospitalizaciones por enfermedades respiratorias prevenibles por inmunización en los mayores es aún más urgente. Se estima que en 2017 hubo aproximadamente 900.000 hospitalizaciones por el virus de la Influenza en todo el mundo, y los adultos mayores son los más susceptibles al desarrollo de formas graves, especialmente cuando las infecciones neumocócicas secundarias se asocian con el virus de la Influenza<sup>(7)</sup>. En este sentido, las vacunas contra la Influenza y Neumocócica son fundamentales y se debe garantizar la continuidad de las estrategias de inmunización de los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19.

Considerando la importancia de continuar con las estrategias de inmunización para la población adulto mayor, es fundamental que la enfermera responsable de la inmunización considere la fase epidémica de la pandemia de COVID-19 y siga las pautas de las agencias de salud locales para garantizar una vacunación segura. Mantener una distancia de al menos dos metros entre las personas que serán vacunadas, la medición de la temperatura, el uso de mascarillas, el acceso a alcohol del 70% y el cribado

de la población con síntomas respiratorios que busca el servicio de inmunización, son ejemplos de estrategias que reducen las posibilidades de transmisión de COVID-19, tanto para el vacunador como para la población a inmunizar.

## OBJETIVO

Presentar a las enfermeras responsables de los servicios de inmunización en los países de América Latina y Portugal la importancia de estrategias seguras para la vacunación y para los adultos mayores durante la pandemia y preparar los servicios de inmunización para ofrecer la vacuna que prevenga COVID-19.

# Desarrollo del tema

## Antecedentes

El SARS-CoV-2, es el agente etiológico de la neumonía atípica identificado inicialmente en diciembre de 2019 en Wuhan, la capital de la provincia China de Hubei y se propagó rápidamente en marzo de 2020. Ante aquello, la OMS lo denominó: la pandemia de COVID-19<sup>(1)</sup>. Y La evolución clínica de la infección por SARS-CoV-2 varía desde sus formas asintomáticas hasta el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG), una condición grave en la que el paciente necesita soporte ventilatorio invasivo. Un estudio de una cohorte multicéntrica identificó que los adultos mayores con COVID-19 tienen más probabilidades de desarrollar SRAG, y las tasas de mortalidad en este grupo son más altas que las de los pacientes jóvenes con COVID-19 que no desarrollaron SRAG<sup>(8)</sup>. Además de SRAG, los adultos mayores con COVID-19 puede evolucionar con la elevación sistémica de varias citosinas proinflamatorias, como IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-18 y TNF- $\alpha$ , dando como resultado la condición descrita como "tormenta de citosinas"<sup>(9)</sup>. Aunque se desconoce la explicación de la aparición de la "tormenta de citosinas" y de la mayor susceptibilidad al desarrollo del SRAG en los adultos mayores con COVID-19, los estudios indican que los cambios progresivos en el sistema inmunológico innato y adaptativo reducen la capacidad de respuesta de organismo senil a agentes infecciosos, además de favorecer un aumento de los niveles de citosinas proinflamatorias<sup>(9,10)</sup>.

## Inmunosenescencia: mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias y potencial inmunogénico reducido de las vacunas

La inmunosenescencia se caracteriza por cambios progresivos en el sistema inmunológico innato y adaptativo que reducen la capacidad de respuesta a agentes infecciosos y vacunas<sup>(9,11)</sup>. Se ha observado que las personas mayores son más susceptibles al desarrollo de formas graves de infecciones respiratorias causadas por SARS-CoV-2 —virus de la influenza, virus respiratorio sincitial (RSV) y *Streptococcus pneumoniae* (neumococo)— en comparación con la población joven<sup>(10,12,13)</sup>. La susceptibilidad de la población senil a agentes infecciosos asociados con una respuesta inmunitaria reducida a las vacunas aumenta las tasas anuales de morbilidad y mortalidad por enfermedades



respiratorias, especialmente durante la estacionalidad del virus de la influenza en los hemisferios sur y norte<sup>(14,15)</sup>. Durante estos períodos, el SRAG y la neumonía causada por el virus de la influenza son responsables del aumento de las tasas de hospitalización, siendo las infecciones neumocócicas secundarias asociadas con el aumento de la estancia hospitalaria y la elevación en las tasas de muerte debido a infecciones respiratorias en las personas mayores<sup>(14,15)</sup>. Las vacunas que previenen la influenza y la neumonía neumocócica son estrategias prioritarias para mitigar el daño asociado a las infecciones respiratorias en las personas mayores, además de contribuir con la reducción de la carga de enfermedades respiratorias en la población senil en todo el mundo<sup>(7,14)</sup>.

## Vacunación y Longevidad

(ANEXO 1)



Para descargar el documento,  
haga clic aquí

### Adultos mayores en América Latina y Portugal: transición epidemiológica.

Se estima que en 2050 la población mundial de adultos mayores llegará a 2.100 millones, es decir, 8 de cada 10 viviendo en países en desarrollo, distribuidos de la siguiente manera: 35% en Europa, 28% en América del Norte, 25% en América Latina y el Caribe, 24% en Asia, 23% en Oceanía y 9% en África<sup>(16)</sup>. El aumento de la esperanza de vida de la población mundial plantea estrategias que promueven la calidad de vida asociada a la longevidad, especialmente en países donde prevalecen las desigualdades sociales y económicas y de acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, la OMS propuso un plan para una *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*, que reúne estrategias alineadas con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas con un enfoque en el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud para una atención integrada y centrada en la salud de los mayores de edad, incluyendo el acceso a las inmunizaciones<sup>(17)</sup>.

### Enfermedades respiratorias prevenibles mediante inmunización en los adultos mayores de edad en América Latina y Portugal.

Las infecciones respiratorias causadas por el virus de la Influenza y el Neumococo son responsables de las altas tasas anuales de hospitalización y muerte, especialmente entre los niños y personas mayores, poblaciones que se sabe que son más susceptibles al desarrollo de formas graves de estas infecciones<sup>(13,18)</sup>.

### Influenza

La influenza es una infección respiratoria aguda responsable del síndrome gripal (SG), una condición benigna y autolimitada, en la que el individuo desarrolla fiebre, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza y mialgia, y en los casos más graves, puede tener dificultad para respirar precisando de apoyo respiratorio y hospitalización, cuando es grave se denomina Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG)<sup>(19)</sup>.

Un estudio con datos del *Global Burden of Disease Study* (GBD) estimó 145,000 muertes en el mundo, por el virus de la influenza en 2017, siendo la fracción atribuible en la población mayor de 70 años, superior a la de los niños menores de cinco años<sup>(7)</sup>. En cuanto a las hospitalizaciones, se estimó que en 2017 hubo 900,000 hospitalizaciones correspondientes a 8,100,000 días de hospitalización por influenza

en todo el mundo<sup>(7)</sup>. En las personas mayores de edad, se observó que la neumonía causada por el virus de la Influenza, cuando se asocia con neumococo, evoluciona con gravedad y la hospitalización es más prolongada<sup>(20,21)</sup>.

Los virus de la Influenza pertenecen a la familia *Orthomyxoviridae*, estos se pueden clasificar de acuerdo con el análisis filogenético en: 1) Influenza **A**, 2) Influenza **B** o 3) Influenza **C**. Los virus de Influenza A se clasifican en subtipos de acuerdo con las proteínas de superficie de Neuraminidasa (N1 y N2), Hemaglutinina (H1, H2 y H3) y pueden causar infecciones respiratorias en humanos, además de cerdos, aves migratorias, patos y pollos<sup>(19)</sup>. La infección por el virus de la Influenza en estas especies es esencial para la ocurrencia de derrame pleural, en el cual el virus de la Influenza que circula en una especie es capaz de adaptarse a otra, configurando la transmisión interespecies, que juega un papel importante en la propagación del virus. Algunos virus de Influenza A animal también pueden causar infecciones graves en humanos, como los virus A (H5N1) y A (H7N9). La coinfección de cerdos con el virus de la Influenza aviar y la Influenza porcina, por ejemplo, puede favorecer la ocurrencia de reordenamiento, es decir una mutación en la que un segmento del material genético de cada virus comienza a formar una nueva variedad<sup>(19)</sup>.

Se cree que el reordenamiento de genes (*antigenic shift*) entre dos virus de la Influenza que poseían los cerdos infectados fueron los responsables de la pandemia de Influenza A (H1N1) en 2009 y que se conoció como 'influenza porcina', causando 18.500 muertes en todo el mundo<sup>(22)</sup>. Además de los reordenamientos que ocurren con menor frecuencia, pequeñas mutaciones (*antigenic drift*) en el ARN del virus Influenza A alteran la conformación o secuencia de aminoácidos de las proteínas de la superficie viral: La Hemaglutinina y Neuraminidasa, ambas esenciales para la absorción del virus Influenza a la célula huésped<sup>(19)</sup>. Estos cambios explican la necesidad de producir anualmente vacunas contra la Influenza con cepas de los subtipos del virus de la Influenza A que causaron infecciones respiratorias en humanos en los hemisferios norte y sur el año anterior<sup>(14)</sup>. Actualmente, entre los subtipos del virus de la Influenza A, los subtipos A (H1N1) pdm09, A (H3N2) y el virus Influenza B de las cepas Yamagata y Victoria circulan estacionalmente, causando infecciones respiratorias en humanos anualmente<sup>(19)</sup>.

Además de los virus Influenza A y B, el virus Influenza C causa infecciones respiratorias leves en humanos y cerdos, sin evidencia de epidemias. En 2011, un nuevo tipo de virus de influenza fue aislado en los Estados Unidos de América (EE. UU.) en porcinos y bovinos, pero sin evidencia de infección humana, que se denominó Influenza D<sup>(19)</sup>. A continuación, se presenta la historia de cobertura de la Vacuna Influenza (%) para adultos mayores en América Latina, período 2005 a 2018 (Figura 1).

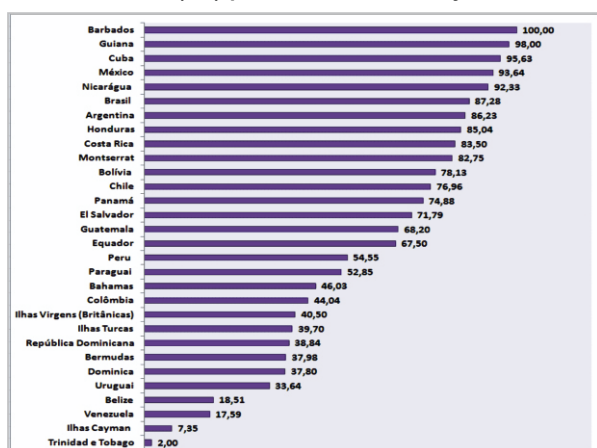


Figura 1. Historia de la cobertura (%) de la vacuna contra la influenza para los adultos mayores en América Latina. Período 2005 a 2018

Fonte: Pan American Health Organization / World Health Organization. Influenza Vaccine Coverage in countries and territories of the Americas, 2005-2018. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2019. Updated as of Feb. 2019. © Pan American Health Organization - World Health Organization (WHO) 2019.

### ***Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo)**

Además del virus de la influenza, *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococcus) también causa neumonía, ocupando el segundo lugar entre los agentes etiológicos de las infecciones respiratorias y responsable de la alta tasa de mortalidad y los largos períodos de hospitalización de las personas mayores anualmente<sup>(15)</sup>. *Streptococcus pneumoniae* es un microorganismo patógeno en forma de diplococo, Grampositiva, encapsulado que aparece en cadenas o en pares (diplococcus) y puede causar enfermedad neumocócica invasiva (ENI), definida como una infección confirmada por el aislamiento de *S. pneumoniae* de un sitio corporal normalmente estéril<sup>(23)</sup>. Las vacunas neumocócicas se producen a partir de las cadenas de polisacáridos capsulares de serotipos neumocócicos y, además de prevenir ENI, como bacteriemia, meningitis y neumonía con bacteriemia en la población infantil, la vacuna previene la neumonía neumocócica en mayores de edad, la vacunación es fundamental para la reducción en la morbilidad y mortalidad en esta población<sup>(23)</sup>. Las tasas de mortalidad por ENI varían según el grupo de edad, siendo mayor en la población infantil y adulta mayor de 50 años en comparación con el resto de los grupos de edad. Además del grupo de edad, la presencia de comorbilidades como la diabetes mellitus y la coinfección con el virus de la Influenza puede aumentar la duración de la estancia hospitalaria y la gravedad de la ENI en las personas mayores<sup>(20,21,23)</sup>.

Hay más de 90 serotipos identificados de *S. pneumoniae*, y el potencial invasivo se atribuye a un subconjunto relativamente pequeño<sup>(24)</sup>. La aparición de ENI causadas por los serotipos de *S. pneumoniae* varía según el grupo de edad y la región geográfica, siendo los serotipos 3, 19F, 19A, 23F y 14 los más prevalentes en las personas mayores de edad en un estudio realizado en China<sup>(24)</sup>. Después de la introducción de las vacunas antineumocócicas en la región de América Latina y el Caribe, hubo una reducción tanto en la incidencia de ENI como en el estado de los portadores de neumococos en las vías respiratorias de adultos y niños<sup>(25)</sup>. Sin embargo, aumentó la prevalencia de ENI causada por serotipos neumocócicos que no estaban presentes en la vacuna antineumocócica<sup>(25)</sup>.

El siguiente mapa muestra la distribución de muertes por infecciones respiratorias causadas por el virus Influenza y Pneumococcus en individuos de 60 años o más.



**Para descargar el mapa,  
haga clic aquí**

## Las principales vacunas de los adultos mayores de edad: Influenza y Neumocócicas

(ANEXO 3)



Para descargar el documento, haga clic aquí

### Recomendaciones de vacunación de rutina en los adultos mayores considerando las fases epidémicas de la pandemia COVID-19 en América Latina y Portugal.

El mantenimiento de los servicios de vacunación durante la pandemia COVID-19 deberá considerar la fase epidémica de COVID-19 (clasificada en: ausencia de casos, casos esporádicos o transmisión comunitaria), la situación del sistema de salud, la carga local de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV), factores demográficos y patrones migratorios<sup>(25)</sup>. En cada fase epidémica de COVID-19 se indicará una estrategia de vacunación, que puede variar desde vacunación en unidades de salud, vacunación en puestos móviles, vacunación domiciliaria hasta vacunación comunitaria en respuesta a brotes o campañas, priorizando siempre a los grupos de población más vulnerables, como niños, mayores de edad, personas sin hogar y migrantes<sup>(26)</sup>.

En los casos en que el sistema de salud se preserva y los servicios de salud esenciales sean operacionalmente viables, se deberá continuar con los servicios de vacunación en puestos fijos y vigilancia de EPV, con la adopción de estrategias que garanticen la seguridad del vacunador y de la población que será inmunizada con el fin de prevenir la propagación del virus<sup>(27)</sup>. Por lo cual, será necesario asegurar una distancia de al menos dos metros entre las personas durante la vacunación y estrategias de seguridad ocupacional que mitiguen la propagación del virus<sup>(26)</sup>.

Cuando las posibilidades de brindar servicios de salud son limitadas, se debe priorizar la vacunación de las poblaciones más vulnerables, con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por EPV, especialmente en las personas mayores, que son más susceptibles a las formas graves de infección por el virus de la Influenza y Neumococo. Se debe considerar la evaluación de la fase epidémica de la pandemia de COVID-19 y los lineamientos de los organismos de salud locales para la adopción de la mejor estrategia de vacunación, que asegure la inmunización y se reduzca los riesgos de propagación y transmisión de COVID-19 tanto al vacunador como a la población que será inmunizada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recopiló recientemente información y recomendaciones para vacunar a las personas con un estado de vacunación retrasado o con un calendario de vacunación interrumpido<sup>(29)</sup>. En estos casos, los profesionales de la salud no siempre saben cómo proceder y comúnmente reinician el esquema de vacunación, sin tener en cuenta las dosis de vacunas recibidas anteriormente. Sin embargo, la OMS recomienda que no se repitan las dosis ya administradas y, siempre que se respete el intervalo mínimo de 30 días entre dosis, se puede continuar con el calendario de vacunación<sup>(29)</sup>. Las únicas excepciones a esta regla son las vacunas contra la fiebre tifoidea y el cólera<sup>(29)</sup>. La vacunación de niños y adultos, asegurando las dosis necesarias e intervalos recomendados por la OMS, es fundamental para la inmunidad colectiva y para la reducción de la prevalencia de enfermedades infecciosas en grupos de población más susceptibles, como los inmunodeprimidos y los adultos mayores.

(ANEXO 4)



Para descargar el documento, haga clic aquí

A continuación, se presentará una tabla que reúne los lineamientos del Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Vacunación de la OMS y los principales organismos internacionales de salud para la vacunación segura durante la pandemia COVID-19. Además de los organismos internacionales, este marco fue evaluado y desarrollado estratégicamente por enfermeras de América Latina que tienen experiencia en estrategias de inmunización para poblaciones en situación de vulnerabilidad<sup>(24,26-29)</sup>



## CONSIDERACIONES FINALES

La planificación de la estrategia de inmunización de la población adulta mayor durante la pandemia debe considerar el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 y las medidas para mitigar su propagación durante las estrategias de inmunización tanto para los vacunadores como para los adultos mayores y acompañantes que asisten servicios de salud para ser inmunizados. Además, se debe garantizar el mantenimiento y seguridad de la cadena de frío, la gestión del stock de inmunobiológicos e insumos, el fortalecimiento de las estrategias de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación y eventos adversos posvacunación. En este contexto, la enfermera responsable de la inmunización tendrá un papel fundamental en el desarrollo de estrategias que aseguren la continuidad de la inmunización con las vacunas de Influenza y Neumococo para la población anciana durante la pandemia.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet] Geneva, 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Beeckman D, Campbell K, LeBlanc K, Campbell J, Dunk A, Harley C, et al. Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin. Wounds International Best Practice Statement. 2018;45(6):540–542. Available from: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/6522>
3. Campbell K, Leblanc K, Woo K. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: an over-view. Wounds Int. 2018;9(Issue3): 66-70. Available from: <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/5cd2a0928a6a935aef5389ce961f44.pdf>
4. Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmid KSA, Zamprogna KM, Soares CF, Evaristo SM, et al. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. Cogitare enferm. 2020;25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65223>
5. Caliri MHL, Rabeh SAN, Bernardes RM, Sampaio CSJC. Feridas crônicas. [Internet] Ribeirão Preto. Grupo de Estudos e Pesquisas em Segurança do Paciente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. CNPq. Available from: <http://eerp.usp.br/feridascrônicas/>
6. Bezerra SMG, Luz MHBA, Andrade EMLR, Araújo TME, Teles JBM, Caliri MHL. Artigo Original 4 - Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Úlcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2014;12(3). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95>

7. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and Characterization of Chronic Wounds in Elderly Persons Assisted in Primary Care. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017;31(3). DOI: 10.18471/rbe.v31i3.17397
8. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second-level hospitals in Mexico. *International Wound Journal*. 2014;11(6):605–610. DOI: 10.1111/iwj.12013
9. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. *Journal of wound care*. 2020;29(Sup2a): S1–S52. DOI: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1
10. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. *International Journal of Palliative Nursing*. 2018;24(6):288–294. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.6.288
11. Peres GRP. Prevalência e fatores associados à lesão por fricção em idosos de instituições de longa permanência. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. Available from: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao\\_Mestrado\\_Giovana.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao_Mestrado_Giovana.pdf)
12. Brandão ACMAG. Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017. DOI: 10.11606/D.22.2018.tde-27112017-210548
13. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimarães HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(3):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475>
14. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *International Wound Journal*. 2016;13(3):403–411. DOI: <https://doi.org/10.1111/iwj.12322>
15. SENAMA. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. Santiago 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: <http://www.senama.gob.cl/>
16. Costa IG, Plazas Tregunno D, Camargo-Plazas P. I cannot afford offloading boots: Perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. *Adv. Nur Sci*. 2020;43(4):322-337. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000328
17. Costa IG, Pilar M, Plazas C, Tregunno D. Rethinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. *Wounds International*. 2017; 8(2): 22 – 26. Available from: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/6963>
18. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. The International Guideline. Australia: Emily Haesler (ed.). [S. l.: s. n.], 2014. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
19. Caliri MHL, Santos VLGC, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão. Consenso NPUAP, 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST): Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo, 2016. Available from: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
20. Leblanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a New Classification System for Skin Tears. *Adv. Skin Wound Care*. 2013;26(6):263-265. [cited 2020 oct. 15]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7>

21. Beeckman D. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>
22. Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC; Dantas SRPE. Adaptação do instrumento “Perineal Assessment Tool” para a cultura brasileira. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther. 2018;16(e0618):1-7. DOI: [10.30886/estima.v16.397\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v16.397_PT)

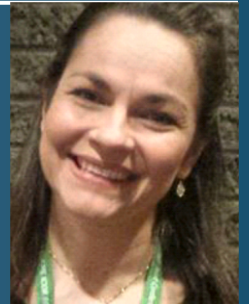
# 10

## EVALUACIÓN Y CUIDADO DE LA PIEL DE LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Soraia Assad Nasbine Rabe  
Brasil

Idevania Geraldina Costa  
Canadá



Martha Elba Salazar Barajas  
México

Pamela Andrea Valdebenito Aravena  
Chile



Paula Cristina Nogueira  
Brasil



## 10 - EVALUACIÓN Y CUIDADO DE LA PIEL DE LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Soraia Assad Nasbine Rabeh

ORCID: 0000-0002-5998-5137

Idevania Geraldina Costa

ORCID: 0000-0001-8024-2074

Martha Elba Salazar Barajas

ORCID: 0000-0001-6230-2547

Pamela Andrea Valdebenito Aravena

ORCID: 0000-0001-6536-1382

Paula Cristina Nogueira

ORCID: 0000-0001-5200-1281

### RESUMEN:

**Introducción:** Ante el riesgo inminente de infección y la gravedad del COVID-19, sumado a factores predisponentes, los adultos mayores son más vulnerables a las lesiones en la piel. **Objetivos:** Identificar los factores de riesgo para las lesiones de la piel más común en los adultos mayores: lesión por fricción (LF); lesión por presión (LP); dermatitis asociada a incontinencia (DAI) y principios para la evaluación de riesgos; comprender la importancia de la valoración de la piel como parte de la evaluación de riesgos para la prevención de lesiones; y describir los componentes de un programa de cuidado de la piel, en el contexto de la atención primaria de salud.

**Desarrollo del tema:** La LF ocurre cuando hay una ruptura de la piel en resultado de un trauma (fricción, contusión, cizallamiento). La LP se debe a una presión y / o cizallamiento intensos y prolongados sobre áreas de prominencia ósea, o como resultado del uso de dispositivos. DAI es una lesión relacionada a humedad por incontinencia urinaria, fecal o mixta. La gestión del cuidado enfermera/o debe basarse en la valoración multidimensional del adulto mayor. La identificación de los factores de riesgo de lesiones y la incorporación de medidas preventivas basadas en recomendaciones científicas, constituyen los pilares del proceso de autocuidado de la piel en tiempos de pandemia. **Consideraciones finales:** La incorporación de medidas para la prevención y manejo de lesiones forman parte de las competencias del enfermero, que promueve el mejor cuidado posible con el personal de salud y enfermería. Invertir en el uso de buenas prácticas y en la optimización de tecnologías, constituyen acciones de seguridad del paciente, para reducir eventos adversos y obtener los mejores resultados en la asistencia a los usuarios de los servicios de salud, familia y comunidad.

**Descriptor:** Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería geriátrica; Cuidado de enfermera; Piel; Heridas y lesiones.

# Introducción

La pandemia provocada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) ha impactado el escenario a nivel mundial, empeorando las tasas de morbilidad y mortalidad. Entre los segmentos poblacionales que presentan mayor fragilidad y vulnerabilidad al coronavirus-2 del SARS se destacan las personas mayores de 60 años, con multimorbilidad e inmunosupresión. Ellos se ven afectados de manera desproporcionada por COVID-19 y enfrentan un mayor riesgo de gravedad y muerte<sup>(1)</sup>.

El proceso de envejecimiento humano es complejo y está influenciado por múltiples factores. El sistema tegumentario sufre y manifiesta cambios desde el nacimiento hasta la vejez debido a la herencia genética, a las condiciones ambientales, a los hábitos, a las formas de vida y a la aparición de enfermedades. Con el paso de la edad, la estructura y función de la piel se deterioran. Esto se debe principalmente a factores intrínsecos y extrínsecos, tales como la pérdida de elasticidad y espesor, atrofia muscular y atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas, la disminución de la producción de colágeno, y la exposición prolongada a factores ambientales<sup>(2,3)</sup>.

Sin embargo, influenciados por estas condiciones y por factores externos (presión, fricción, cizallamiento), los adultos mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar lesiones cutáneas llamadas extensión del síndrome geriátrico: lesiones por fricción (LF), desgarros de la piel, lesiones por presión (LP) y dermatitis asociada a incontinencia (DAI)<sup>(2,4)</sup>.

La LF se produce cuando hay rotura de la piel resultante del trauma (fricción, contusión, cizallamiento), capaz de causar la separación de las capas de la piel (epidermis, dermis, o ambas)<sup>(3)</sup>. LP es un daño tisular, superficial o profundo, resultante de una presión y/o cizallamiento intensos o prolongados, que ocurren comúnmente sobre áreas de prominencia ósea o como resultado del uso de dispositivos (médicos o no médicos)<sup>(5)</sup>. La DAI es un tipo de lesiones cutáneas relacionadas con la humedad muy común en los adultos mayores, especialmente en los dependientes severos debido a la fragilidad de la piel y a la presencia de incontinencia urinaria y/o fecal<sup>(2)</sup>.

En este contexto, ante el riesgo inminente de infección, la gravedad del COVID-19, —asociado a factores predisponentes— hace que los adultos mayores sean más vulnerables a la aparición de lesiones cutáneas.

El rol de la Enfermera en Atención Primaria de Salud (APS) se centra en el enfoque participativo basado en la atención integral, que permite hacer frente a los problemas que afectan a los adultos mayores, como los relacionados con la piel.

Considerando la perspectiva del cuidado de enfermería en la APS, el adulto mayor, el cuidador familiar y el cuidador informal deben estar en el centro de las acciones educativas a ser implementadas por las

enfermeras/os. Es este el momento en que toda la población está expuesta a contraer la enfermedad, por lo que es fundamental que los profesionales de la salud de atención primaria busquen conocimientos, estrategias y recursos actualizados para una atención segura y de calidad:

En el APS, el contexto de atención en salud permite la inserción de la enfermera en la comunidad, así como el reconocimiento de las demandas de atenciones e intervenciones para mantener la integridad de la piel.

Por lo tanto, este grupo de enfermeras con experiencia en lesiones de la piel se reunió para escribir este capítulo sobre la evaluación y el cuidado de la piel de los adultos mayores en período de pandemia en el contexto de la atención primaria, con el fin de sustentar la práctica segura de la enfermería gerontológica y geriátrica, sustentada en la evidencia.

## OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo para las lesiones de la piel más común en los adultos mayores: lesión por fricción (LF); lesión por presión (LP); dermatitis asociada a incontinencia (DAI) y principios para la evaluación de riesgos; comprender la importancia de la valoración de la piel como parte de la evaluación de riesgos para la prevención de lesiones; y describir los componentes de un programa de cuidado de la piel, en el contexto de la atención primaria de salud.

# Desarrollo del tema

## Relevancia epidemiológica

En Brasil, las heridas crónicas que afectan con mayor frecuencia a los adultos mayores son las lesiones por presión (LP). Un estudio transversal, prospectivo de 28 individuos de la Atención Domiciliaria en Teresina, Piauí, arrojó una prevalencia identificada de 14.3% de LP<sup>(6)</sup> Otro estudio también realizado en Teresina pero con 339 adultos mayores de la Atención domiciliaria, identificó una prevalencia del 5% de LP<sup>(7)</sup>.

En México, estudios realizados sobre el tema refieren una prevalencia de LP del 12,9% al 17%, y en España del 7,78%<sup>(8)</sup>. En cuanto a las lesiones por presión relacionadas a dispositivos médicos (LPRDM), la prevalencia estimada fue del 10% del total de las LP, que va del 6 al 16% dependiendo del perfil del paciente, de la institución y de la aplicación de intervenciones preventivas<sup>(9)</sup>. En Brasil, no fueron encontrados estudios epidemiológicos de LPRDM en el ámbito de la atención primaria en salud; y la mayoría de los estudios internacionales fueron desenvueltos en el contexto de UCI.

La lesión por fricción (LF) es una lesión común de la piel en edades avanzadas, y su prevalencia varía de 1,07% a 11,4% en hospitales, y de 3,0 a 14,7% en instituciones de larga estadía<sup>(10)</sup>. En Brasil, un estudio

realizado con 69 adultos mayores de tres instituciones ubicadas en la ciudad de São Paulo identificó una prevalencia de LF del 11,6%<sup>(11)</sup>. En cuanto a su efecto, se comprobaron coeficientes del 1,1% al 92%, con variaciones entre el sexo y edad de los participantes. En concreto, en el contexto de la atención primaria de salud, no se encontraron estudios epidemiológicos sobre LF. En muchos países, la notificación de la prevalencia e incidencia de LF no es obligatoria, ni se considera un indicador de la calidad de la salud, sin embargo, la evidencia internacional muestra que las LF son más frecuentes que las LP<sup>(2)</sup>.

Los estudios epidemiológicos de DAI en el contexto brasileño con población de adultos mayores son escasos. Un estudio brasileño realizado en un Centro de Cuidados Intensivos, con 93 participantes y con una edad promedio de 72 años ( $\pm 18,2$ ), identificó una prevalencia puntual del 40,9% y la prevalencia en pacientes con incontinencia, del 59,2%. La estancia hospitalaria promedio fue de 18,3 días ( $\pm 24,4$ ), y la prevalencia de incontinencia urinaria del 33,3%, y de la incontinencia fecal del 51,6%. La sonda vesical se utilizó en el 24,7% de los pacientes y el pañal en el 66,7%. Con respecto a la eliminación de heces, la mayoría de los pacientes ingresados en la UCI (el 83,3%) presentaron heces semilíquidas y líquidas, y con diarrea un 20,4%<sup>(12)</sup>. Otro estudio realizado con 138 adultos mayores, la edad promedio fue de 77,2 años ( $\pm 9,3$ ) hospitalizados en servicios de medicina (41 camas), quirúrgica (41 camas) y en unidades de cuidados de larga duración (25 camas) se identificó la prevalencia de DAI de 36,2% (50 pacientes), siendo más prevalente en la unidad de cuidados de larga duración (50%) y en la medicina (36,4%). De los pacientes con DAI, el 28% (14) también tenían LP<sup>(13)</sup>.

En un contexto internacional, los estudios muestran una prevalencia de DAI del 10% en pacientes hospitalizados y el 52,5% en individuos residentes en la comunidad<sup>(14)</sup>. En Chile, 61,7% de los adultos mayores que viven en las casas de reposo tienen incontinencia urinaria, 51,4% tienen incontinencia fecal y el 94% de ellos es usuario de pañales<sup>(15)</sup>. No se encontraron estudios epidemiológicos sobre DAI, en los adultos mayores en un contexto de atención primaria en salud.

Los estudios epidemiológicos indican que los adultos mayores con movilidad y actividad reducidas tienen un mayor riesgo de desarrollar lesiones, y que el cuidado y la protección son necesarios para evitar lesiones asociadas al síndrome geriátrico.

### **El papel de la enfermera de atención primaria en la prevención de lesiones cutáneas en los adultos mayores**

El rol de la Enfermera en Atención Primaria en Salud (APS) se centra en el enfoque participativo basado en la atención integral y en el afrontamiento de la problemática que padece la población adulto mayor<sup>(4)</sup> en tiempos de enfermedades pandémicas, incluidas las relacionadas con la piel. El contexto de la APS permite la inserción del enfermero en la comunidad, así como el reconocimiento de las demandas de cuidados e intervenciones para mantener la integridad de la piel.

Cabe destacar que es importante que los profesionales de la atención primaria en salud, así como familiares y cuidadores, conozcan los cuidados necesarios para prevenir estas lesiones durante la pandemia de COVID-19, especialmente entre los adultos mayores, que son más frágiles y necesitan apoyo familiar y/o profesional para implementar medidas preventivas.

Es importante destacar que el aislamiento social puede dar lugar a diversas consecuencias, no sólo psicológicas y sociales, sino también físicas, tales como, dificultad para caminar y falta de ayuda para las actividades de la vida diaria (higiene, vestirse y comer); también caídas, desnutrición, deshidratación y el contacto con orina o heces por no llegar oportunamente al baño. La combinación de estos factores aumenta la susceptibilidad a desarrollar lesiones y, por consiguiente, infecciones, hospitalización o incluso muerte prematura.

### **Factores de riesgo y evaluación de la piel**

La práctica asistencial del enfermero debe basarse en la valoración multidimensional del adulto mayor y la identificación de factores de riesgo. Los factores que comprometen la función de barrera de la piel pueden llevar al individuo a un daño tisular inevitable. El reconocimiento temprano de la etiología del daño cutáneo, así como la aplicación de un protocolo de prevención, son elementos clave para la atención de salud.

Estos factores deben ser incluidos en el examen físico del paciente para facilitar su identificación, desarrollo e implementación de medidas preventivas de las lesiones, mejorando la calidad de vida del adulto mayor en tiempo de pandemia.

La evaluación cuidadosa de la piel permite la identificación de diagnósticos de enfermería y propone un plan de atención centrado en las necesidades individuales. Habilita la implementación de intervenciones para la prevención y el tratamiento de las complicaciones inherentes a la alteración o pérdida de la integridad de la piel de los adultos mayores<sup>(4)</sup>.

El Proceso de Enfermería (PE) es fundamental en la atención a pacientes con riesgos / lesiones cutáneas, ya que permite al enfermero evaluar a las personas a su cargo, identificar factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades, y planificar e implementar un plan de atención eficaz, individual y continuo<sup>(4,5)</sup>.

### **Cuidado y manejo preventivo para mantener la integridad de la piel**

En el contexto de la APS, la enfermera tiene un papel preponderante en el cuidado de los adultos mayores con COVID-19 que tienen diagnósticos de riesgo de lesiones por presión, deterioro de la piel de riesgo / integridad y/o alteración de la integridad de los tejidos. El profesional tiene autonomía para promover cuidados dirigidos a mantener la integridad de los tejidos, ya sea en la prevención y educación del paciente y su familia, o en la decisión de optar por el tratamiento tópico de las lesiones cuando estas ocurren<sup>(5,9)</sup>.

### **Proceso de (auto) cuidado de la piel de los adultos mayores en la atención primaria**

La identificación de factores de riesgo de lesiones comunes en los adultos mayores, y la incorporación de medidas preventivas, constituyen los pilares del proceso de autocuidado de la piel de esta población en tiempo de pandemia. Los profesionales de la salud no solo deben examinar completamente la piel en cada visita, sino también involucrar a los adultos mayores y/o sus cuidadores en este proceso.

Algunos de los beneficios de la implementación eficaz del autocuidado de la piel incluyen el mantenimiento de la integridad estructural de la piel y la prevención de lesiones y sus complicaciones<sup>(16)</sup>. En el contexto de la atención primaria, los adultos mayores tienen un papel fundamental en la implementación del autocuidado diario y, por lo tanto, deben ubicarse en el centro de las atenciones. Es recomendable, escuchar sus necesidades y preferencias, y comprender los factores que facilitan y dificultan la implementación del autocuidado. Entre los factores que facilitan y dificultan este proceso se encuentran las limitaciones físicas y cognitivas derivadas del envejecimiento y comorbilidades, la motivación, la autoconfianza, el conocimiento sobre las acciones de autocuidado, la asistencia familiar y profesional, y el acceso a recursos y servicios.

El cuidado de la piel de los adultos mayores en la atención primaria se realiza principalmente en el hogar. Así, las medidas preventivas deben incluir estrategias para eliminar o minimizar los factores de riesgo modificables y mitigar los factores positivos del autocuidado. Es importante recordar que el plan de autocuidado contempla la prevención de lesiones en casa, este debe desarrollarse con el paciente (y no para el paciente), esto hará que la decisión de aplicar las medidas o no descritas en el plan. De esta manera, su implicación en la elaboración y decisiones de cuidados facilitará la identificación e inclusión de sus necesidades y preferencias y, en consecuencia, facilitará el logro de los resultados<sup>(17)</sup>.

Los profesionales de la APS deben implementar medidas para controlar la humedad excesiva o la sequedad extrema de la piel, utilizando los recursos disponibles en el hogar o en la comunidad para prevenir lesiones.

Si los profesionales se encuentran con situaciones desafiantes para la prevención de lesiones y necesitan una atención multidisciplinar, deben referirlos inmediatamente a los profesionales especializados (como Nutricionistas y/o especialistas en heridas e incontinencia) en vez de provocar situaciones inversas fuera del ámbito de la práctica clínica de los profesionales de atención primaria.

## **Prevención de las principales lesiones cutáneas de los adultos mayores en tiempo de pandemia**

### **Lesión por presión (LP)**

Según la Alianza Internacional del *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EUAP), *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) y *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPIAP)<sup>(18)</sup>, LP es un daño localizado en la piel y/o tejido blando subyacente, generalmente en una prominencia ósea o relacionado con un dispositivo médico, y puede presentarse como piel intacta o úlcera abierta. La lesión se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada en combinación con cizallamiento. Se clasifica en etapas 1 a 4, de acuerdo con el tipo de tejido afectado, y LP no clasificable, donde no es posible determinar la extensión del daño debido a la presencia de necrosis y/o esfacelos. La LP de tejidos profundos, en donde la piel puede estar intacta o no, presenta decoloración de la piel o aparición de zonas de color rojo oscuro, marrón o morado, pudiendo presentarse también como una flictena hemática, en la que el daño tisular es evidentemente más profundo.

El año de 2016, el NPIAP estableció dos definiciones adicionales para LP, LPRDM y LP en la membrana mucosa. La LPRDM es el resultado del uso de dispositivos utilizados con fines diagnósticos y terapéuticos, donde generalmente las lesiones presentan el patrón o la forma del dispositivo en uso. Esta

lesión debe clasificarse utilizando el sistema de clasificación LP. Las LP de la mucosa generalmente se relacionan con el uso de algún dispositivo médico; aun así, no es posible categorizarlas debido a la anatomía del tejido lesionado<sup>(19)</sup>.

### Prevención de LP en los mayores

Entre las recomendaciones para la prevención de LP según la guía internacional<sup>(18)</sup>, se destacan las siguientes:

- Evaluación de riesgos a través de la utilización de escalas validadas (Ejemplo: Escala de Braden);
- Reposicionamiento y movilización temprana (2/2 hs para los pacientes dependientes moderados en cama, y 1/1 h para dependientes severos) en conformidad con la evaluación del individuo;
- Evaluación nutricional: implementar un plan de cuidado nutricional individualizado, proporcionando cantidades suficientes de proteínas, calorías y líquidos, así como suplementos vitamínicos y minerales apropiados;
- Higiene y confort: limpiar la piel con una solución de pH adecuada (ligeramente acidificada), secando suavemente y aplicando crema hidratante o humectante;
- Uso de superficies de apoyo (SEMP): para elegir el SEMP se debe considerar la movilidad funcional y el nivel de actividad de la persona, la necesidad de mantener el control del microclima, la capacidad de controlar la temperatura del SEMP, el revestimiento, el relleno de la SEMP, y la cizalla. Además, es menester evaluar el plazo, la garantía, el costo y el mantenimiento requeridos del SEMP, así como la necesidad de reevaluar el tamaño y el peso de la persona, sus preferencias, tolerancia y comodidad;
- Uso de recubrimientos profilácticos de espuma y silicona en prominencias óseas y levantamiento del talón, colocando cojines o almohadas debajo de las pantorrillas.
- También se recomienda no masajear ni frotar la piel frágil en lugares con hiperemia.

En relación a LPRDM, las principales intervenciones preventivas, de acuerdo con las recomendaciones de las guías y otras evidencias científicas, son: elegir el tamaño adecuado del dispositivo, el uso de almohadillas profilácticos y curativos entre la piel, y el dispositivo para zonas de alto riesgo, tales como el puente de la nariz, la inspección de la piel en contacto con el dispositivo médico al menos dos veces al día, o con mayor frecuencia en pacientes de alto riesgo, como por ejemplo, en áreas edematosas; evitar colocar dispositivos en lugares que hayan tenido o tengan LP; rotación y reposicionamiento del dispositivo; extracción del dispositivo médico lo antes posible; educación de los profesionales de la salud y los cuidadores sobre el uso correcto de los dispositivos y cómo prevenir la LP.

### Lesión por fricción (LF)

LF es una herida traumática causada por fuerzas mecánicas, como el corte y la fricción, incluido el removimiento de adhesivos. En pieles frágiles y vulnerables el riesgo de causar una lesión traumática es mayor, ya que es capaz de separar las capas de la piel, aumentando la incidencia de las LF. Estas lesiones pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, pero el 70-80% se ubica en los miembros superiores y en el dorso de las manos<sup>(20)</sup>. El sistema de clasificación más reciente es el de *International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP)*<sup>(20)</sup>, que fue desarrollado por un grupo de más de 800 especialistas internacionales. Este sistema clasifica la LF en tres categorías de acuerdo con la pérdida de tejido:

- LF Tipo 1 - sin pérdida de piel: lesión lineal o de colgajo, donde el colgajo de piel se puede reposicionar para cubrir el lecho de la herida;
- LF Tipo 2 - pérdida parcial del colgajo: el colgajo de piel no se puede reposicionar para cubrir todo el lecho de la herida; y
- LF Tipo 3: ruptura de la piel: pérdida total del colgajo de piel que expone todo el lecho de la herida.

### **Prevención de LP en los mayores**

El ISTAP enfatiza la necesidad de evaluar tres categorías de factores de riesgo para la prevención de LF:

- 1 Piel: edades extremas, piel seca y frágil e historia previa de LF;
- 2 Movilidad: antecedentes de caídas y traumas, movilidad reducida y dependencia de las actividades de la vida diaria;
- 3 Salud general: comorbilidades (enfermedad crónica), comportamiento agresivo, deterioro cognitivo, desnutrición y polifarmacia.

Se considera en riesgo; quien tiene al menos uno de los factores anteriores, por lo que es necesario implementar un programa de reducción de riesgo. Las recomendaciones generales incluyen educación para el cuidador y para la persona que necesita asistencia; mantener las uñas cortas y evitar el uso de joyas, tanto por parte del cuidador como del paciente; rellenar o quitar cualquier mueble o dispositivo potencialmente peligroso; proteger la piel con el uso de ropa adecuada en personas vulnerables, como calcetines o vendas protectoras; promover la integridad de la piel con el uso de emolientes protectores y con jabón líquido con pH equilibrado<sup>(5)</sup>.

### **Lesiones por humedad: dermatitis asociada con incontinencia (DAI)**

La DAI<sup>(3)</sup> se define como una inflamación de la piel del perineo y/o región genital debido al contacto prolongado con orina o heces. La presencia de estos irritantes altera el manto ácido de la piel, ya que alcalinizan el pH al convertir urea en amonio, lo que genera una activación enzimática de Lipasa y Proteasa, provocando inflamación al destruir proteínas y lípidos en la barrera cutánea, y puede estar asociado con dolor, picazón, hormigueo, ardor local o infección.

La categorización global de la DAI de Ghent también - GLOBIAD es un instrumento que categoriza la gravedad de la DAI, basándose en la inspección visual de las áreas de piel afectadas. Este instrumento, resultado de un proyecto de dos años en el que participaron 22 especialistas internacionales y 823 clínicos de 30 países, ha sido traducido y validado en varios idiomas. El GLOBIAD clasifica la DAI en dos grados<sup>(21)</sup>:

Categoría 1: eritema persistente

1A- Eritema persistente sin signos clínicos de infección

1B - Eritema persistente con signos clínicos de infección

Categoría 2: Pérdida de piel

2A- Pérdida de piel sin signos clínicos de infección

2B - Pérdida de piel con signos clínicos de infección



## Prevención de DAI en los adultos mayores

Uso de una herramienta validada como PAT (*Perineal Assessment Tool*)<sup>(22)</sup> para identificar la población en riesgo, que clasifica a una persona como de bajo o alto riesgo para desarrollar una DAI. Implementación de un plan de cuidados que incluye: inspección de la piel para detectar cambios, rutina de limpieza, uso de humectantes para la piel, protectores de piel / barreras de humedad, seguimiento y tratamiento de las infecciones cutáneas: considerar el riesgo de sobreinfecciones fúngicas, muy frecuentes en personas con incontinencia, optimización del estado nutricional e hidratación, educación para profesionales de la salud en relación con la prevención y manejo de DAI.

## CONSIDERACIONES FINALES

La evaluación sistemática permite la identificación precoz de factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de ocurrencia de diagnósticos de enfermería, relacionados con la pérdida de integridad cutánea en los adultos mayores vulnerables, como también la planificación de acciones para la atención calificada.

La adopción de medidas para la prevención y el tratamiento de las lesiones es parte de las habilidades de las enfermeras, las cuales amparadas en la evidencia científica y la evaluación sistemática del paciente promueven, junto con el personal de salud y de enfermería, el mejor cuidado posible. Invertir en el uso de buenas prácticas y en la optimización de tecnologías constituyen acciones de seguridad para el paciente; para la reducción de eventos adversos y la obtención de los mejores resultados en la asistencia a los usuarios de los servicios de salud, familia y comunidad.

Además, los países deben invertir en investigación científica, en el fortalecimiento de los sistemas de salud, en medidas de educación sanitaria para la población, en educación continua para los profesionales de la salud y, no menos importante, en el desarrollo de políticas y/o de programas sociales y objetivos económicos para las personas en situación de vulnerabilidad quienes, directa o indirectamente, se han visto afectados por este gran desafío del siglo XXI, que es la pandemia por COVID-19.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet] Geneva, 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Beeckman D, Campbell K, LeBlanc K, Campbell J, Dunk A, Harley C, et al. Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin. Wounds International Best Practice Statement. 2018;45(6):540–542. Available from: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/6522>
3. Campbell K, Leblanc K, Woo K. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: an over-view. Wounds Int. 2018;9(Issue3): 66-70. Available from :
4. Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmid KSA, Zamprogna KM, Soares CF, Evaristo SM, et al. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. Cogitare enferm. 2020;25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65223>

5. Caliri MHL, Rabeh SAN, Bernardes RM, Sampaio CSJC. Feridas crônicas. [Internet] Ribeirão Preto. Grupo de Estudos e Pesquisas em Segurança do Paciente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. CNPq. Available from: <http://eerp.usp.br/feridascrônicas/>
6. Bezerra SMG, Luz MHBA, Andrade EMLR, Araújo TME, Teles JBM, Caliri MHL. Artigo Original 4 - Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Úlcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2014;12(3). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95>
7. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and Characterization of Chronic Wounds in Elderly Persons Assisted in Primary Care. Revista Baiana de Enfermagem. 2017;31(3). DOI: 10.18471/rbe.v31i3.17397
8. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second-level hospitals in Mexico. International Wound Journal. 2014;11(6):605–610. DOI: 10.1111/iwj.12013
9. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. Journal of wound care. 2020;29(Sup2a): S1–S52. DOI: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1
10. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. International Journal of Palliative Nursing. 2018;24(6):288–294. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.6.288
11. Peres GRP. Prevalência e fatores associados à lesão por fricção em idosos de instituições de longa permanência. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. Available from: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao\\_Mestrado\\_Giovana.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao_Mestrado_Giovana.pdf)
12. Brandão ACMAG. Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017. DOI: 10.11606/D.22.2018.tde-27112017-210548
13. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimarães HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(3):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475>
14. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. International Wound Journal. 2016;13(3):403–411. DOI: <https://doi.org/10.1111/iwj.12322>
15. SENAMA. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. Santiago 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: <http://www.senama.gob.cl/>
16. Costa IG, Plazas Tregunno D, Camargo-Plazas P. I cannot afford offloading boots: Perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. Adv. Nur Sci. 2020;43(4):322-337. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000328
17. Costa IG, Pilar M, Plazas C, Tregunno D. Rethinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. Wounds International. 2017; 8(2): 22 – 26. Available from: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/6963>
18. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. The International Guideline. Australia: Emily Haesler (ed.). [S. l.: s. n.], 2014. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

19. Caliri MHL, Santos VLCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão. Consenso NPUAP, 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST): Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo, 2016. Available from: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
20. Leblanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a New Classification System for Skin Tears. *Adv. Skin Wound Care*. 2013;26(6):263-265. [cited 2020 oct. 15]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7>
21. Beeckman D. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>
22. Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC; Dantas SRPE. Adaptação do instrumento “Perineal Assessment Tool” para a cultura brasileira. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.* 2018;16(e0618):1-7. DOI: 10.30886/estima.v16.397\_PT

# 11

## IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA



Sofia Sabino Lavado Huarcaya  
Perú

Claude Odily Quintanilla de Calderon  
El Salvador



Emanuella Barros dos Santos  
Brasil

Emma Tereza Urbancic Marusic  
Argentina



Maria Tereza Mendes Diniz  
de Andrade Barroso  
Portugal

## 11 - IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Sofia Sabina Lavado Huarcaya

ORCID: 0000-0002-5755-3066

Claude Odily Quintanilla de Calderon

ORCID: 0000-0002-3955-6992

Emanuella Barros dos Santos

ORCID: 0000-0002-1089-973x

Emma Teresa Urbancic Marusic

ORCID: 0000-0002-1978-9705

Maria Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso

ORCID: 0000-0002-9411-6113

### RESUMEN

**Introducción:** el confinamiento fue adoptado como una estrategia de enfrentamiento de la pandemia del COVID-19 y ha generado desafíos en torno a la salud mental de la población, principalmente de los adultos mayores por ser la población de mayor riesgo a la infección. **Objetivo:** Reflexionar sobre el impacto del confinamiento en la salud mental de los adultos mayores para implementar el proceso de cuidar del enfermero durante la pandemia de COVID-19. **Desarrollo del tema:** el capítulo se guía por la reflexión de conceptos principales sustentados en la literatura relevante para la temática. Para ello, se asumió la siguiente organización: análisis del impacto del confinamiento en la salud mental del adulto mayor; exploración de los principales componentes relacionados con la implementación del proceso de cuidado de enfermería al adulto mayor en la atención primaria, como el proceso del cuidado, y principales indicadores a ser obtenidos en la recolección de datos y diagnósticos identificados; metas, objetivos, resultados esperados y problemas; formas de intervención o estrategias de enfermería para alcanzar los resultados/ objetivos propuestos, y evaluación. **Consideraciones finales:** si bien las medidas de confinamiento son fundamentales para reducir la propagación del COVID-19, el aislamiento y la consecuente soledad forzada tienen impacto significativo en la salud mental del adulto mayor. Esta propuesta de planeamiento de los cuidados de enfermería pretende responder a los desafíos de los enfermeros en la prestación de cuidados orientados a la prevención, promoción y recuperación de la salud y del autocuidado de los adultos mayores y de sus familias en tiempos de pandemia del COVID-19.

**Descriptores:** Anciano; Salud Mental; Pandemias; Atención Primaria de Salud.

# Introducción

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y consigue hacer frente al estrés normal de la vida, trabajando de forma productiva y contribuyendo a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad<sup>(1)</sup>.

El campo de la salud mental ha evolucionado rápidamente en el mundo a partir de la resolución sobre la Estrategia y Plan de Acción<sup>(2)</sup>, colocándola en la agenda de los gobiernos y expresando la voluntad política y técnica para esta nueva priorización, llevándola a ser incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>(3)</sup>.

En torno a la política de salud mental, actualmente hay una situación dispar en los países. Algunos carecen de ella, otros precisan actualizarla o ampliarla en el marco de los estándares internacionales, y aún otros evidencian dificultades en la ejecución de los planes, que en general son bajos en los países latinoamericanos<sup>(1)</sup>. Lo que sí queda claro es que, en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, todos los países requerirán mayores estrategias para enfrentarla, así como mayor cooperación y articulación social entre las personas.

Reconocer la salud mental como un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, implica considerar que su preservación y mejora incluye la construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales, partiendo de la presunción de “capacidad” de todas las personas<sup>(4)</sup>. Esta capacidad ahora se ve afectada en resultado de la expansión del virus SARS-CoV-2, donde la mitad de la población mundial, particularmente los adultos mayores que conforman el grupo de mayor riesgo, ha sido sometida a algún tipo de confinamiento.

Entendemos por confinamiento la separación y restricción de movimientos impuesta a una persona o grupo de personas, con el objetivo de controlar y frenar la transmisión viral<sup>(4;5)</sup>.

No cabe duda de que la pandemia genera desafíos en torno a la salud mental. Ahora más que nunca exige ser abordada mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno, resaltando su prioridad en la protección y fomento del bienestar mental de todos los ciudadanos. Solo así se podrán emprender acciones destinadas a prevenir los padecimientos mentales y a proteger y promover la salud mental de los adultos mayores. Para ese efecto, el equipo de salud mental comunitaria debe ser multidisciplinario y estar ubicado lo más próximo posible a la población y a los centros de atención primaria de salud<sup>(4;5)</sup>.

## OBJETIVO

Reflexionar sobre el impacto del confinamiento en la salud mental de los adultos mayores para implementar el proceso de cuidar del enfermero durante la pandemia de COVID-19.

# Desarrollo del tema

Las pandemias afectan de manera diferente a las personas y a las poblaciones. Los determinantes sociales y las experiencias individuales participan de las variadas respuestas emocionales y de los sentimientos que se generan en estas situaciones. Es importante entender las emociones como respuestas o reacciones psicofisiológicas que se dan de forma inconsciente, automática y espontánea y con cambios repentinos, que pueden, además, variar en intensidad y tiempo. Reconocer si estas emociones son positivas o negativas permite gestionar el desarrollo de los sentimientos que perduran en el cuerpo y en la mente, a través de la intervención de la conciencia en la interpretación de las emociones que pueden ser reguladas mediante los pensamientos.

El término CONFINAR se define como la reclusión de algo o alguien dentro de ciertos límites. La medida de distanciamiento físico (que no es lo mismo que aislamiento social) es consensuada mundialmente para limitar la propagación del virus SARS-CoV-2<sup>(6)</sup>, llevando al confinamiento. Esta situación es la responsable de la sensación de malestar y de los efectos nocivos sobre la salud mental. Las primeras percepciones de peligro relacionadas con el virus se traducen en estrés, lo que anestesia y paraliza las actividades cotidianas, con pérdida de atención y concentración<sup>(7:8)</sup>. Es así como el riesgo de abandonar las medidas de supervivencia puede aumentar el deterioro de las capacidades de las personas vulnerables. El equilibrio mental se ve amenazado por circunstancias internas y externas, por los recursos disponibles individuales, familiares y sociales, por el estado de salud físico previo, y por los sentimientos de valía.

Para la salud mental es fundamental el desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas. Las respuestas al confinamiento y las limitaciones impuestas durante la pandemia no pueden ser generalizadas. Es necesario valorar todos los aspectos de desarrollo individuales, vinculares y de experiencias previas de situaciones generadoras de estrés. Además, se debe dar atención a la construcción de la resiliencia, y a las necesidades de la salud física y de apoyo espiritual, económico y social<sup>(9)</sup>.

Para llegar a un buen envejecimiento es valiosa la participación social, y el confinamiento puede suponer una ruptura de los lazos sociales por la distancia física. Tener consciencia de saberse parte de la población de riesgo puede generar una percepción negativa de la situación, y aumentar la sensación de vulnerabilidad y miedo<sup>(10)</sup>, provocando que el adulto mayor deje de participar en actividades sociales y comunicacionales, e incluso ser un evento traumático debido al miedo de morir solo.

La disminución de actividades y de rutinas cotidianas, de estimulación sensorial y de contacto social, puede relacionarse con el deterioro cognitivo<sup>(11)</sup>. La preocupación por lo desconocido y la incertidumbre, junto con el supuesto de no tener con quien expresar sus temores por el distanciamiento físico, puede generar inquietud y ansiedad. Los efectos en el estado emocional manifestados por cambios de humor, tristeza, enojo e ira se pueden visualizar en cambios de conducta como agitación, retraimiento o confusión y desorientación.

Por otro lado, en la medida del distanciamiento también pueden verse respuestas positivas<sup>(12)</sup>, ya que el confinamiento puede ser percibido como la necesaria oportunidad y miramiento del tiempo positivo para la propia realización de asuntos pendientes, lo cual se presenta a nivel individual, familiar y social, e incluso mundial. Se ponen en marcha valores como respeto, aceptación, escucha, solidaridad, entrega, los cuales no sólo envuelven a las personas confinadas, sino también a todas con las cuales se relacionan. Analizando estos factores se puede reconocer su impacto positivo en la salud mental y participar así en la generación de escenarios más habitables.

El distanciamiento físico no debe limitar el contacto social o la comunicación interpersonal, para no ocasionar sentimientos como pena, frustración, culpa y soledad, y problemas relacionados con el sueño, el apetito, y el agotamiento. Esto aumentaría la desmotivación y la desesperanza, pudiendo perjudicar gravemente el autocuidado de la salud<sup>(6;12)</sup>.

El escenario de la pandemia es propicio para causar síntomas aislados que pueden pasar a formar parte de padecimientos complejos, con un deterioro marcado en la funcionalidad, el insomnio, la ansiedad, la depresión y trastorno por estrés postraumático<sup>(5;9)</sup>. La posibilidad de afrontarlos de manera constructiva implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza. Esto coloca en juego la relación consigo mismo y con los demás, así como el reconocimiento de la condición propia y ajena<sup>(7;12)</sup>.

La subjetividad establece a la persona en interacción con su cultura, con su entorno y como sujeto trascendental<sup>(13)</sup>. El modo de percibirse en cuanto a derechos<sup>(14)</sup>, a la libertad personal, a la independencia y a la autonomía para tomar decisiones, de trabajar, de recreación y esparcimiento, se entrecruza con saber que otros tienen obligaciones de proteger a las personas en situación de riesgo. Y confirma que la salud mental individual es una construcción colectiva.

### **Proceso de cuidar**

Florence Nightingale remarcó que el enfermero no solo debe responder a los aspectos físicos de la persona, y sí a todos los aspectos que la envuelven, incluyendo su atención integral.

Llevar a cabo el proceso de atención a los adultos mayores en tiempos de pandemia es un gran desafío para las enfermeras de atención primaria. Es necesario recurrir a estrategias distintas a la consulta de enfermería presencial. Las videollamadas y el contacto telefónico son recursos que permiten que las enfermeras actúen y prevengan la posible exposición de los adultos mayores al virus SARS-CoV-2. Incluso recurriendo al uso de estos recursos, el enfermero debe mantener una escucha activa, tomar descansos y dar tiempo a que el adulto mayor brinde datos confiables, exprese sus sentimientos / percepciones sobre la situación de encierro y colabore con la planificación de metas e intervenciones.



### **Principales indicadores obtenidos en la recolección de los datos**

La recopilación de datos implica obtener información que indique la existencia de un problema, o una oportunidad para promover y prevenir/posponer posibles problemas de salud mental de los adultos mayores en una situación de confinamiento. Dado que la salud mental puede tener repercusiones fisiológicas y psicológicas en el desempeño de las actividades de la vida diaria, el enfermero debe realizar una valoración completa del adulto mayor.

Ante la imposibilidad de realizar la exploración física, el enfermero debe preguntar si ha observado aumento de la sudoración, episodios de temblores, tensión facial, palpitaciones, respiraciones rápidas / sibilancias. Si el adulto mayor tiene la costumbre de controlarse la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria, debe preguntar sobre los valores para determinar la presencia de hipertensión y/o taquicardia. Se evalúa el patrón de sueño, alimentación, apetito, función intestinal y urinaria para identificar posibles anomalías. El historial de salud de los adultos mayores puede mostrar insomnio, falta de apetito, náuseas, diarrea, enuresis, urgencia y dificultad para orinar.

La recogida de datos sobre el desarrollo de las actividades de la vida diaria, el ocio y el ejercicio físico son fundamentales para verificar una reducción en la participación o el desempeño en estas actividades de los adultos mayores. Y para realizar una valoración más precisa, la enfermera debe comparar la rutina actual con la anterior.

La información sobre la red de apoyo social, la dinámica y el proceso familiar permite valorar si lo físico (alimentación, vivienda, cuidado personal), psicológico (autoestima, amor, afecto) y/o social (identificación, relación, comunicación, pertenencia a un grupo) de los adultos mayores se está cumpliendo. Es relevante considerar la percepción que estos tienen sobre el apoyo social actual y su disponibilidad.

Es fundamental investigar si el adulto mayor tiene algún interés espiritual. De ser así, conviene plantear preguntas para profundizar en el tema y entender cuál fue la rutina, la importancia y la influencia de la práctica espiritual en su vida.

La enfermera debe evaluar el conocimiento de los adultos mayores sobre la pandemia de COVID-19. Puede ser una oportunidad para identificar qué quiere saber sobre el tema para incrementar el autocuidado en la vida, o para identificar si tiene desconocimiento del mismo, haciéndole sentir miedo, angustia e incertidumbre.

Es importante que el enfermero indague también cómo los adultos mayores experimentan o perciben la condición de confinamiento. Algunos pueden experimentar el evento como amenazante y negativo, y otros pueden percibirlo como un momento de estímulo para el crecimiento y el cambio.

Se pueden obtener otros datos observando la actitud del adulto mayor durante el contacto telefónico o la videollamada.

## Principales diagnósticos identificados

Dada la complejidad de la respuesta humana al confinamiento, son posibles numerosos diagnósticos de enfermería para los adultos mayores en esta condición. En el cuadro 1 se muestran los posibles diagnósticos según la taxonomía NANDA<sup>(15)</sup>.

Cuadro 1. Diagnósticos de enfermería potenciales para los adultos mayores en situaciones de confinamiento, según la taxonomía NANDA.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA		
De promoción de la salud	De riesgo	Focalizado en el problema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para mejorar el bienestar espiritual</li> <li>• Disposición para mejorar el afrontamiento</li> <li>• Disposición para mejorar la esperanza</li> <li>• Disposición para mejorar la resiliencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de soledad</li> <li>• Riesgo de deterioro de la resiliencia</li> <li>• Riesgo de impotencia</li> <li>• Riesgo de síndrome pós-traumático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Afrontamiento defensivo</li> <li>• Afrontamiento ineficaz</li> <li>• Temor</li> <li>• Negación ineficaz</li> <li>• Duelo</li> <li>• Desesperanza</li> <li>• Estrés por sobrecarga</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Deterioro de la resiliencia</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Síndrome pós-traumático</li> </ul>

NANDA 2018 - 2020, 11° edición

## Metas, objetivos, resultados esperados para la resolución y problemas

Los posibles resultados, según la taxonomía NOC<sup>(16)</sup> para los adultos mayores pueden incluir: control del estrés, afrontamiento, autocontrol de la ansiedad; en la adaptación psicosocial: cambio de vida, bienestar personal, apoyo social, participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria, esperanza, resiliencia personal

## Formas de intervención o estrategias de enfermería para el alcance de los resultados / metas propuestas

Las intervenciones, según la taxonomía NIC<sup>(17)</sup>, que deben adoptar las enfermeras para lograr los resultados propuestos se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Intervenciones (NIC) y resultados (NOC) de enfermería para personas mayores en confinamiento.

Intervenciones de Enfermería (NIC)	Actividades	Resultados de Enfermería (NOC)
Mejorar el Afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar a los adultos mayores a resolver problemas de manera constructiva.</li> <li>-Proporcionar un ambiente de aceptación.</li> <li>-Tratar de comprender la perspectiva de los adultos mayores sobre una situación estresante.</li> <li>-Utilizar un enfoque tranquilo.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a identificar la información que más les interesa obtener.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a examinar los recursos disponibles para lograr los objetivos.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a desarrollar objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.</li> </ul>	<p>Afrontamiento Autocontrol de la ansiedad Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal Esperanza</p>
Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar a los adultos mayores a adaptarse al nuevo estilo de vida.</li> <li>-Determinar el lugar más apropiado para la reunión del grupo (por ejemplo, en línea).</li> <li>-Fomentar la expresión y el intercambio de conocimientos con las experiencias en el grupo.</li> </ul>	<p>Apoyo social</p>
Promoviendo la resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar el apoyo familiar.</li> <li>-Fomentar comportamientos positivos en la búsqueda de atención médica.</li> <li>-Facilitar el desarrollo y uso de los recursos locales.</li> </ul>	<p>Afrontamiento Bienestar personal Adaptación psicosocial: cambio de vida</p>
Apoyo Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyar el uso de los mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a reconocer sentimientos como ansiedad, enfado o tristeza.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a expresar sentimientos de ansiedad, enfado o tristeza.</li> <li>-Discutir la (s) experiencia (s) emocional (es) con los adultos mayores.</li> <li>-Hacer declaraciones comprensivas o empáticas.</li> <li>-Explorar con los adultos mayores el desencadenamiento de emociones.</li> </ul>	<p>Afrontamiento Autocontrol de la ansiedad Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal</p>

Reducción de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Definir claramente las expectativas del comportamiento de los adultos mayores.</li> <li>-Escuchar cuidadosamente.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a hacer una descripción realista del próximo evento.</li> <li>-Orientar a los adultos mayores sobre métodos para reducir la ansiedad (por ejemplo, distracción, escuchar música suave)</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a identificar situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>-Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.</li> </ul>	<p>Conocimiento: control del estrés Afrontamiento Autocontrol de la ansiedad Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal</p>
Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>-Demostrar amabilidad, calidez y autenticidad.</li> <li>-Fomentar la expresión de sentimientos.</li> <li>-Ayudar al adulto mayor a identificar el problema o situación que provoca la enfermedad.</li> <li>-Proporcionar información objetiva según sea necesario y apropiado.</li> <li>-Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</li> <li>-Ayudar a los adultos mayores a identificar las fortalezas y reforzarlas.</li> </ul>	<p>Afrontamiento Autocontrol de la ansiedad Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal</p>
Facilitación de la responsabilidad propia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar sobre las consecuencias de no asumir sus responsabilidades.</li> <li>-Animar a los adultos mayores a asumir la mayor responsabilidad posible de su propio autocuidado.</li> <li>-Determinar si el adulto mayor tiene un conocimiento adecuado sobre el estado de su atención médica.</li> </ul>	<p>Participación en decisiones de atención médica</p>
Facilitación de visitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar el uso del teléfono para mantenerse en contacto con personas importantes</li> </ul>	<p>Afrontamiento Autocontrol de la ansiedad Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal</p>
Estímulo a Rituales Religiosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorar alternativas para la adoración (a través de redes sociales, aplicación de mensajería, televisión, plataforma de video)</li> </ul>	<p>Adaptación psicosocial: cambio de vida Bienestar personal</p>

Mejora del sistema de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</li> <li>-Determinar la adecuación de las redes sociales existentes.</li> <li>-Determinar el nivel de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>-Enviar a un grupo de autoayuda o recurso basado en Internet, según corresponda.</li> <li>-Identificar las fortalezas y debilidades del recurso de la comunidad y abogar por cambios (por ejemplo, creación de un proyecto comunitario para el apoyo intergeneracional).</li> </ul>	<p>Afrontamiento Adaptación psicosocial: cambio de vida Apoyo social</p>
Fortalecimiento de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitar hacer críticas negativas.</li> <li>-Reforzar los puntos positivos personales reconocidos por los adultos mayores.</li> <li>-Animar a los adultos mayores a hablar consigo mismos y verbalizar declaraciones positivas sobre sí mismos a diario.</li> <li>-Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de otras personas.</li> </ul>	<p>Resiliencia personal Bienestar personal</p>

### Evaluación

Los enfermeros deben describir las respuestas de los adultos mayores, a las intervenciones de enfermería e indicar si los resultados fueron alcanzados.

A partir de las intervenciones listadas en el cuadro 2, los enfermeros esperan que el adulto mayor:

1. Presente una respuesta psicosocial de la adaptación a un cambio de vida significativo: a) exprese satisfacción con las condiciones de vida; b) relate sentirse empoderado; c) mantenga la productividad.
2. Reciba asistencia confiable de otras personas: a) tenga asistencia ofrecida por otras personas; b) reciba información proporcionada por otras personas; c) cuente con grupos de apoyo social.
3. Presente percepción positiva de su actual estado de salud: a) desempeñe las actividades de la vida diaria y roles habituales; b) exprese una buena salud psicológica.
4. Realice acciones personales para controlar los factores estresantes que sobrecargan los recursos: a) identifique padrones de enfrentamiento eficaz; b) relate disminución de pensamientos negativos y de estrés; c) relate disminución de los síntomas físicos del estrés; d) relate aumento del confort psicológico.
5. Realice acciones personales para eliminar y/o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o malestar de una fuente no identificable: a) elimine los precursores de la ansiedad; b) utilice técnicas de relajamiento para reducir la ansiedad; c) mantenga el sueño adecuado; d) utilice estrategias eficientes para el enfrentamiento.

6. Entienda el proceso estresante y las estrategias para reducir o lidiar con el estrés: a) identifique factores que causan/ aumentan el estrés; b) utilice técnicas efectivas de relajamiento y reducción del estrés.

## CONSIDERACIONES FINALES

Los adultos mayores son el grupo de mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2. Aunque las medidas de confinamiento son esenciales para reducir la propagación del COVID-19, el aislamiento y la consiguiente soledad obligada tienen impactos significativos en su salud mental.

Esta reflexión podrá contribuir al planeamiento y a los cuidados de enfermería, en particular en el contexto de la atención primaria.

Los diagnósticos de enfermería potenciales identificados para los adultos mayores en confinamiento, así como los resultados y las intervenciones de enfermería seleccionados, constituyen una importante base de trabajo; que puede servir como manual de intervención en este contexto particular, con vistas a la prevención, la promoción y la recuperación de la salud y del autocuidado de los adultos y sus familias.

Atender el impacto de la pandemia en la salud mental es importante no sólo para mejorar la salud, sino también para evitar otros problemas sociales, tales como la estigmatización de las personas, la falta de adherencia a las medidas de prevención y el duelo frente a la pérdida de seres queridos. En definitiva, estos factores tienen un rol fundamental para afrontar la pandemia de manera integral.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia Regional de Salud Mental [Internet]. Washington D.C.: OPS-OMS; 2011. [cited 2020 Jul. 20]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1>
2. Organización Panamericana de la Salud. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). [Internet]. Washington, D.C.; OPS-OMA 2020. [cited 2020 Aug. 11]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [cited 2020 Jul. 20]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=D36E9B13C44830AF74ABEBAD69C6C088?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D36E9B13C44830AF74ABEBAD69C6C088?sequence=1)
4. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2020. [cited 2020 Aug. 13]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
5. Huarcaya VJ. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(2):327-334. [cited 2020 Sep. 9]. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
6. Ministerio de Salud de la Nación (OMS). COVID-19 Recomendaciones para la asistencia y continuidad de

- de la atención ambulatoria en salud mental durante la pandemia. [Internet]. Buenos Aires: 2020 [cited 2020 Aug. 16]; Available from: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001885cnt-covid19\\_recomendaciones-asistencia-y-continuidad-atencion-ambulatoria-en-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001885cnt-covid19_recomendaciones-asistencia-y-continuidad-atencion-ambulatoria-en-salud-mental.pdf)
7. Ramirez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consequences of the Covid-19 Pandemic in Mental Health Associated With Social Isolation. Scientific Electronic Library Online [Internet]. Bogotá. Colombian Journal of Anesthesiology, 2020;48(4):e930.[cited 2020 Aug. 16]. DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
  8. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. [Internet]. Washington, D.C.: OPS-OMS; 2016. [cited 2020 Aug. 18]. Available from: [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&view=download&cat-egory\\_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&cat-egory_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en)
  9. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et. al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav. Immun. 2020;87:172-176. [cited 2020 Sep. 1];. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
  10. Ministerio de Salud Argentina. Materiales para equipos de salud. [Internet]. Buenos Aires: 2020. [cited 2020 Aug. 10]. Available from: [http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com\\_bes\\_contenidos](http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos)
  11. Ministerio de Salud Argentina. Materiales para equipos de salud. [Internet]. Buenos Aires: 2020. [cited 2020 Aug. 19]. Available from: [http://www.msal.gov.ar/index.php/component/bes\\_contenidos/?filter\\_problematika=28&filter\\_soporte=0](http://www.msal.gov.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=28&filter_soporte=0)
  12. Blay R. Reflexiones y actitud positiva ante el confinamiento. RED CENIT; 2020; [cited 2020 Sep. 3]. Available from: <https://www.redcenit.com/reflexiones-y-actitud-positiva-ante-el-confinamiento>
  13. Yáñez A. Integración de cuidados de salud mental en la atención primaria de salud. Lanús: UNLA; 2009.
  14. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Washington, D.C.: 2015 [cited 2020 Aug. 22]. Available from: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
  15. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11 th. NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018.
  16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. Barcelona: Elsevier; 2014.
  17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2014.

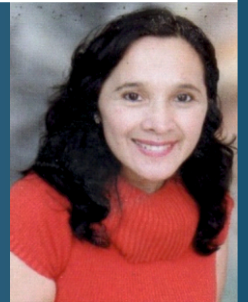
# 12

## CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: VISIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



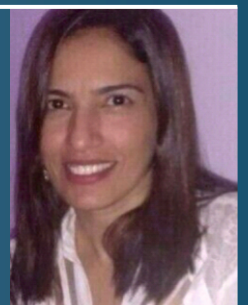
Elizabeth Fajardo Ramos  
Colombia

Carmen del Rocío Parra Perez  
Ecuador



Emilce Salamanca Ramos  
Colombia

Edilene Araújo Monteiro  
Brasil



Sandra Arely Martínez de Diaz  
El Salvador



## 12 - CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: VISIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Elizabeth Fajardo Ramos

ORCID: 0000-0002-3484-1620

Carmen del Rocío Parra Pérez

ORCID: 0000-0003-1521-4733

Edilene Araújo Monteiro

ORCID: 0000-0002-3312-868X

Emilce Salamanca Ramos

ORCID: 0000-0002-3549-7067

Sandra Arely Martínez de Díaz

ORCID: 0000-0001-7710-6784

### RESUMEN

**Introducción:** La intervención de enfermería enfocada al cuidador del adulto mayor en el contexto de COVID-19; se basa en la identificación de sus problemas y necesidades para mejorar su salud y bienestar. **Objetivo:** Desarrollar un plan de atención de enfermería para los cuidadores de Atención Primaria en Salud en tiempos de pandemia por Covid-19, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores de los adultos mayores en América Latina. **Desarrollo del tema:** En América Latina, los Sistemas de Salud se basan en la Atención Primaria en Salud para responder de manera eficiente a las necesidades de salud de los ciudadanos. Bajo este contexto, la promoción de la salud y la participación comunitaria es fundamental al considerar el rol de los cuidadores del adulto mayor. Los cuales ~~que~~ ha aumentado en el contexto de la pandemia, provocando una sobrecarga de ansiedad, síntomas depresivos, temor, entre otros. Realizar un seguimiento de los problemas y necesidades del cuidador es necesario para contribuir con su autocuidado y la calidad de la atención que ofrecen. **Consideraciones finales:** Un plan de cuidado es una guía para aplicar una intervención con resultados en beneficio del cuidador; entre los diagnósticos de enfermería centrados en los cuidadores del adulto mayor en tiempos de pandemia se proponen: Cansancio del rol de cuidador; Desempeño ineficaz del rol; Riesgo de cansancio del rol del cuidador; Riesgo de intolerancia a la actividad; Disposición para mejorar el autocuidado; Disposición para mejorar el bienestar; Disposición para mejorar la toma de decisiones y Disposición para mejorar la alfabetización en salud.

**Descriptores:** Cuidador de familia; Enfermería; Adultos mayores; Atención primaria en salud; Infecciones por coronavirus.

# Introducción

El envejecimiento es el resultado de un proceso universal, dinámico, acumulativo, e irreversible, con componentes físicos, psíquicos y sociales, que conducen a una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales que conllevan a enfermar y morir. El envejecimiento está también asociado con situaciones tales como la jubilación, la transferencia a hogares más adecuados, la muerte de amigos y del cónyuge. En la formulación de una respuesta de salud pública con el envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también aquellos que pueden fortalecer la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial<sup>(1,2)</sup>. Los adultos mayores son uno de los grupos vulnerables de la sociedad debido a sus condiciones físicas, psicológicas, funcionales y sociales, necesitan el cuidado de otras personas que por lo general se centran en sus familias o algún cuidador formal o informal.

Los cambios de una sociedad global en tiempos de pandemia tuvieron importantes repercusiones en aspectos económicos, culturales y sociales hasta el punto de modificar la funcionalidad familiar. De esa manera, las personas que cuidan de los adultos mayores han sufrido un proceso de sobrecarga, debido al efecto dominó que provocó la pandemia a nivel mundial. Este sentimiento de sobrecarga se ha extendido como un factor importante tanto en el uso de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores<sup>(1)</sup>.

Una persona de edad avanzada sufre pérdida de audición, cataratas, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia, que a menudo vienen adjuntos. Son los llamados *síndromes geriátricos*, causados por múltiples factores subyacentes que incluyen: debilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y lesión por presión; condiciones que un cuidador debe enfrentar.

Asimismo, se identificaron los siguientes tipos de cuidadores: **a)** El cuidador principal; **b)** El cuidador secundario; **c)** El cuidador formal no profesional; **d)** El cuidador formal.

**a)** El cuidador principal: \_ suele ser un familiar de la persona que cuida, lo cual no tiene una formación específica para el desempeño de dicha función, tampoco recibe una remuneración económica. Su compromiso es limitado, pero con un alto grado de cariño y responsabilidad<sup>(5)</sup>.

**b)** El cuidador secundario: \_ suele ser otro miembro de la familia, su apoyo es instrumental y emocional, incluso cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad del cuidado, claramente ayudan al cuidador principal<sup>(5)</sup>.

**c)** El cuidador formal no profesional: \_ es aquel que, sin tener una formación específica, presta sus servicios, recibiendo una retribución económica, realiza las mismas funciones que el cuidador familiar y constituye un recurso de apoyo, ayuda o sustituye al cuidador principal.

**d)** El cuidador formal: \_ es el quien tiene un nivel mínimo de formación en el cuidado de adultos mayores, recibe una retribución por el trabajo realizado, tiene una jornada laboral definida por horas, actividades y es dependiente<sup>(6)</sup>.

En tiempos de pandemia, es importante que el profesional de enfermería identifique los problemas y necesidades que generan angustia, ansiedad, incertidumbre, temor, entre otros. Aquellas informaciones, son fundamentales para auxiliar en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería capaz de contribuir para la salud y bienestar del cuidador, teniendo en cuenta la alta probabilidad de contagio por coronavirus, tanto para él como para el adulto mayor que recibe el cuidado<sup>(2)</sup>.

## OBJETIVO

Desarrollar un plan de atención de enfermería para los cuidadores de Atención Primaria en Salud en tiempos de pandemia por Covid-19, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores de los adultos mayores en América Latina.

# Desarrollo del tema

## **Papel de los cuidadores del adulto mayor en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS) en América Latina:**

Con el envejecimiento gradual y aumento de supervivencia de personas con enfermedades crónicas y deficiencias, aumenta el número de casos de adultos mayores que necesitan cuidados y el nivel de exigencia en la prestación de servicios de salud. El cuidador brinda asistencia en actividades básicas a otra persona que no es capaz de satisfacer las necesidades de autocuidado por sí mismo.

Las funciones que realiza el cuidador incluyen la ayuda en las actividades domésticas de enfermería, transporte fuera del hogar, visitas de seguimiento al médico y relacionadas con los servicios de salud; además, apoyan en la alimentación, la movilidad, la higiene y el bienestar personal, etc. Algunas veces, intervienen en la resolución de las situaciones de conflicto, en la comunicación con otros, en la administración de bienes, decisiones complejas de carácter ético y moral relacionadas con violencia, exageración terapéutica y “una muerte digna”<sup>(5)</sup>.

Para el profesional de enfermería es de vital importancia identificar las situaciones que afectan la atención del adulto mayor, incluyendo las características de los cuidadores y el entorno familiar para ejecutar un plan de cuidados, fortaleciendo sus habilidades, asegurando una atención sin riesgos y promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Diferentes estudios realizados en América Latina<sup>(3,4)</sup> sobre las características sociodemográficas de los cuidadores del adulto mayor, identificaron puntos en común; en los que se destaca a la mujer, con una edad media de 54 años, con relaciones estables, casadas o en unión libre; ellas suelen ser hijas o esposas de la persona que recibe el cuidado. La mayoría de los cuidadores tiene una escolaridad baja o media, correspondiente a una escuela primaria incompleta. A menudo encontramos al cuidador principal como único cuidador, la mitad suele cuidar de su familiar durante más de siete horas al día sin ningún

tipo de apoyo; inclusive las relacionadas a la de salud pública. El dato más alarmante es que más de la mitad (53%) de los cuidadores de la familia manifiestan enfermedades típicamente relacionadas a la esfera psíquica, como el estrés, la ansiedad, la depresión y síntomas tales como trastornos del sueño, apatía o irritabilidad; enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, enfermedades osteoarticulares, problemas de salud a las que se suma el riesgo de contagio por el nuevo coronavirus COVID-19. Además, los estudios se refirieron a situaciones adversas que tuvieron un impacto devastador sobre la salud física, emocional y económica de los cuidadores debido a las consecuencias socioeconómicas que ha provocado la pandemia a nivel mundial.

### **Sobrecarga del cuidador de adultos mayores en Atención Primaria de la Salud durante la pandemia:**

Estudios nacionales e internacionales muestran que la familia ha sido protagonista en el cuidado de los adultos mayores<sup>(1,7,8,9)</sup>. La demanda de atención puede caracterizarse según la frecuencia, la duración, el tiempo empleado durante el día y la noche, ininterrumpida o intermitente, por el esfuerzo físico, la complejidad, los gastos financieros y la motivación requerida<sup>(8,9)</sup>. El cuidado puede ser comprendido como una reacción de donación, a una relación de ayuda al otro; que se expresa a través de actitudes, preocupaciones, responsabilidades y participación<sup>(8)</sup>. Cuando el cuidado de los adultos mayores se realiza de modo integral e intensiva, principalmente por un solo cuidador, puede determinar una sobrecarga física, emocional y representar una amenaza para su salud<sup>(8,9)</sup>.

Además, la continuidad del cuidado de una persona dependiente requiere un esfuerzo psicológico<sup>(7,8,9)</sup>. El término inglés "*burden*" (carga) se traduce como "*overload*" (sobrecarga) o "*stress*" (estrés) e implica una reacción biológica/hormonal extensa, también conocida en la literatura como "fatiga e impacto"<sup>(9)</sup>. Se refiere a las dificultades que comprometen la vida de las personas que son responsables del cuidado de otros<sup>(8)</sup>. La sobrecarga se ha definido específicamente como la resistencia a los cuidados, causada por la inclusión o expansión de las actividades realizadas durante los cuidados<sup>(8,9)</sup>.

La sobrecarga comprende dos dimensiones: **1) La objetiva y 2) La subjetiva.**

**1) La objetiva:** se refiere a las actividades realizadas en la prestación y supervisión de la atención, a las perturbaciones y limitaciones impuestas a la vida social y profesional del miembro de la familia y a las dificultades financieras.

**2) La sobrecarga subjetiva:** se refiere a la comprensión y el afecto de los miembros de la familia, las aprehensiones sobre el paciente, la sensación de llevar una carga y la incomodidad en el ejercicio de la atención<sup>(1,8)</sup>.

En este mismo sentido, la sobrecarga se entiende como una suma de las implicaciones causadas por el acercamiento al paciente, adulto mayor dependiente con o sin diagnóstico de demencia<sup>(7,8)</sup>. En cuanto a la sobrecarga objetiva resulta de las necesidades y peculiaridades del cuidador, debido a los signos y síntomas en el cuerpo y la mente, la sobrecarga subjetiva se refiere a la comprensión del cuidador respecto de las repercusiones del cuidado.

Así, la sobrecarga objetiva se ocupa de las consecuencias negativas observables y verificables que se

derivan de la función de cuidador, y la sobrecarga subjetiva se demuestra a través del sufrimiento y la preocupación que se atribuyen a la función del cuidador<sup>(8,9)</sup>. El impacto de la atención está directamente relacionado con la proximidad del grado de parentesco entre el cuidador y los adultos mayores y con el tiempo de ejercicio de la función de cuidador<sup>(9)</sup>.

El estrés asociado al cuidado es un evento multidimensional, por lo que el cuidador puede sentirse sobrecargado cuando en el ejercicio del cuidado se le exigen necesidades que no tiene y cuando el tiempo de cuidado se prolonga, principalmente en el caso de personas mayores dependientes, discapacitadas o con enfermedades crónicas<sup>(7,8)</sup>.

El proceso de cuidado de los adultos mayores en el hogar puede determinar limitaciones en la vida del cuidador que se manifiestan en las repercusiones en el ámbito: profesional, incluido el abandono del empleo; la falta de tiempo para cuidar de sí mismo; en los conflictos matrimoniales; en la fatiga permanente; en la percepción de una salud frágil; en el largo tiempo de dedicación al cuidado y en el hecho de no recibir ayuda para desempeñar esta función<sup>(7,8,9)</sup>.

Particularmente durante la pandemia de COVID-19, los cuidadores se enfrentan a una mayor carga de trabajo debido a las actividades relacionadas con el cuidado de los adultos mayores, porque son personas vulnerables del grupo de riesgo; porque necesitan ayudar a los miembros de la familia que han caído enfermos; porque tienen niños en casa debido al cierre de las escuelas, o porque trabajan en servicios considerados esenciales, por lo tanto, necesitan permanecer más tiempo fuera de casa. Asimismo, debido a la distancia social, el cuidador tiene que hacer frente a la imposibilidad de contar con la ayuda de familiares y amigos, al mismo tiempo que necesita lidiar con la reducción temporal de los servicios de atención domiciliaria, ambulatoria y de asistencia social<sup>(10,11)</sup>.

Además de cuidar de los adultos mayores, el cuidador vive con el temor de adquirir el COVID-19 y transmitirlo a quien está sobre sus cuidados<sup>(10)</sup>. La pandemia también ha provocado privaciones financieras, desempleo y un aumento del costo de vida, específicamente en relación con los alimentos<sup>(10,11)</sup>. El cuidador vive con el sufrimiento del familiar, que en general presenta comorbilidades, y esto lo lleva a un estado de fatiga, angustia por las dificultades de acceso a: atención médica, transporte para viajar, información sobre la enfermedad y cuidado de los adultos mayores<sup>(9)</sup>. En el entorno familiar, generalmente las relaciones de afecto, comprensión y reciprocidad suelen darse entre los adultos mayores y sus miembros<sup>(8)</sup>. Aun así, los conflictos familiares surgen por varias razones, como el desacuerdo de opiniones y la dependencia de los adultos mayores<sup>(9)</sup>.

De la misma manera, la no aceptación de las directrices por parte de los adultos mayores induce al cuidador a un desgaste físico, emocional y psíquico<sup>(8)</sup>. Como consecuencia de la pandemia, los cuidadores añadieron horas dedicadas al cuidado de los adultos mayores y realizan funciones que no estaban calificadas o capacitadas; y dado que algunos adultos mayores utilizan sondas, catéteres diversos, bolsas de colostomía y se suspendieron las visitas a domicilio de los profesionales de la salud. Todo aquello provocó estrés, trastornos de ansiedad y depresión, comprometiendo la salud del cuidador<sup>(10,11)</sup>.

Con el aumento de la expectativa de vida; los adultos mayores se han convertido en cuidadores de otros adultos mayores, motivo por el cual muchos presentan enfermedades crónicas y una carga mayor que afecta a su salud y calidad de vida<sup>(7)</sup>. Por lo tanto, se observa entre los cuidadores la prevalencia de enfermedades crónicas como; la hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, osteomusculares y diabetes mellitus, así mismo se ha comprobado que los cuidadores tienen cambios de estado emocional, desequilibrio entre la actividad y el descanso y una confrontación individual comprometida, lo que se evidencia en el bajo desempeño en acciones de cuidado y autocuidado<sup>(7,8)</sup>.

En la pandemia COVID-19 se adoptaron medidas sociales y de salud pública, como el aislamiento social y la reducción de la jornada laboral en muchos servicios; sin embargo, el cuidador tuvo que adaptarse para desempeñar su función a lo largo de la semana, ampliando el tiempo empleado en la dispensación de cuidados<sup>(10)</sup>. Aunque se considera que los cuidadores familiares son socios en el cuidado, lo que alivia la presión sobre los sistemas de atención sanitaria y social, sin embargo, siguen siendo "invisibles"<sup>(10,11)</sup>. Existe una relación de deterioro de la salud y la enfermedad del cuidador, debido a la exposición diaria a situaciones estresantes relacionadas con la actividad de cuidado y los trastornos de comportamiento de los adultos mayores<sup>(8,9)</sup>. A esto se añade el impacto que la soledad y el aislamiento social pueden tener en la salud física y mental de los cuidadores en el momento de la pandemia<sup>(10,11)</sup>.

Otra situación que llama la atención es la relacionada con las dificultades y funciones derivadas del cuidado, principalmente debido a la distancia social. El cuidador debe asumir deberes como: administración de medicamentos, orientación de los profesionales de la salud, búsqueda de recursos públicos en la tarea de cuidado, lo que contribuye a aumentar la sobrecarga<sup>(9,10,11)</sup>. También hay que tener en cuenta que, con el tiempo, la exposición constante a circunstancias estresantes implica una disminución del bienestar del cuidador<sup>(8,9)</sup>. En ese sentido, el apoyo de la familia y de los profesionales de la salud es fundamental para reducir la carga sobre el cuidador<sup>(8)</sup>.

El cuidador familiar también se ocupa de los adultos mayores que están en instituciones de cuidados a largo plazo, los cuales, debido a la propagación del virus COVID-19, han restringido las visitas. De manera general, para los adultos mayores, los cuidadores representan el vínculo con la familia, el apoyo emocional y la confianza; así como, hay adultos mayores en estado de demencia que dependen del cuidador en la toma de decisiones<sup>(10,11)</sup>. Del mismo modo, el cuidador lleva el sentimiento de gratitud hacia los adultos mayores y por esta razón, esta distancia puede causar sufrimiento al cuidador<sup>(8)</sup>. Teniendo en cuenta que algunas de estas instituciones están acompañadas por profesionales de atención primaria de la salud, y es necesario que estos profesionales mantengan informados a los cuidadores sobre los cuidados relacionados con el COVID-19 y faciliten su convivencia con los adultos mayores<sup>(10,11)</sup>.

Los profesionales de la atención primaria de la salud han establecido estrategias para apoyar a las familias y a los cuidadores de los adultos mayores, ya sea a través de contactos telefónico o grupos virtuales, con el fin de escuchar, aconsejar o ayudar en la resolución de problemas; evaluar la situación de estrés del cuidador; para continuar con las actividades asistenciales y el acceso a los recursos de provisiones esenciales<sup>(1,11)</sup>. También se destaca la necesidad de buscar asociaciones con organizaciones que puedan ayudar a los cuidadores en las demandas relacionadas con el cuidado de los adultos

mayores, a fin de crear una red de apoyo social, o proponer intervenciones que tengan por objeto contribuir a reducir al mínimo el impacto de la sobrecarga del cuidador y mejorar su calidad de vida.

### **Necesidades de los cuidadores para disminuir la sobrecarga al brindar cuidado a los adultos mayores durante la pandemia**

Desde la perspectiva de la atención primaria en salud (APS), enumeramos algunas necesidades que se deben abordar para la prevención, diagnóstico y seguimiento de la sobrecarga del cuidador familiar y la familia del adulto mayor:

**1. Vigilancia de la salud del cuidador:** La salud del cuidador se ve afectada por la demanda de cuidados de los adultos mayores en tiempos de pandemia, las afecciones pueden ser de orden físico y emocional. Pero algunos estudios indican que las manifestaciones más frecuentes incluyen; el desarrollo de síntomas psiquiátricos como ansiedad y alteraciones del sueño que repercuten en el agotamiento psíquico y causan un deterioro de la calidad de vida<sup>(12,13)</sup> del cuidador y su entorno familiar.

**2. Apoyo del sistema de salud al cuidador:** Un trabajo coordinado con el sistema de salud del adulto mayor, ayuda a prestar una oportuna atención al cuidador, cuando este lo requiera. Esta es una de las manifestaciones más frecuentes que se presentan y más aún en tiempos de pandemia, cuando los servicios de salud están colapsando<sup>(14)</sup>.

**3. Educación para el cuidado:** Apoyo en la formación de los cuidadores con relación a los cuidados que requieren los adultos mayores. El proceso de formación y capacitación de los cuidadores promueve cambios positivos, significativos al elevar el nivel de conocimientos de los cuidadores, mejorando la atención, la satisfacción del cuidado y la calidad de vida del adulto mayor, de la familia y del cuidador<sup>(15)</sup>. La prioridad en la capacitación se centró en las medidas de protección contra COVID-19, y los cuidados básicos con los adultos mayores. Para esto, el sistema de salud provee programas de formación, asesoramiento y grupos de apoyo, dirigidos por el personal de enfermería para prevenir los riesgos de sobrecarga del cuidador desde las dimensiones física, psicológica y social<sup>(16)</sup>.

**4. Garantizar un mínimo vital económico:** Algunos estudios destacan que la pandemia actual impondrá una carga adicional a las poblaciones vulnerables que enfrentan obstáculos que las predisponen a empeorar su salud y bienestar. Además de eso, situaciones de comorbilidad preexistentes, inseguridad económica, entorno de vida, trabajos con salarios más bajos, resultando en un mayor riesgo de exposición al COVID-19 son factores que influyen negativamente en los resultados de salud durante esta pandemia<sup>(17)</sup>. Es necesario establecer mecanismos para mantener un mínimo vital económico de los cuidadores en lugares donde la economía se ve fuertemente afectada y muchas veces los recursos económicos no alcanzan para cubrir sus necesidades básicas, así como orientación sobre redes sociales y de apoyo, entre otras, como la gestión de los recursos económicos según las posibilidades.

Por último, surgen otras necesidades de los cuidadores del adulto mayor, en una perspectiva formal, pero a partir de la informalidad, poca literatura se encuentra sobre el tema, despertando el interés por realizar algunos estudios en esta área.

### **Intervenciones de enfermería para mejorar las capacidades del cuidador del adulto mayor en el marco de la Atención Primaria en Salud, durante la pandemia por COVID-19:**

Cuidar del cuidador de un adulto mayor con riesgo de infección por COVID-19, requiere un apoyo

continuo de enfermería para el desempeño de su rol. A veces, el cuidar de un adulto mayor puede generar consecuencias negativas como depresión, ansiedad y sobrecarga entre otras. La demanda y complejidad de cuidados que requieren los adultos mayores varían según su grado de dependencia, lo que implica mayor sobrecarga para los servicios de salud públicos y privados, así como para el cuidador, familia y las Instituciones geriátricas entre otros. En muchos casos todo eso generó desigualdad en la atención desde el inicio de la pandemia.

Entre los principales cuidadores de la salud se encuentra la familia, que a menudo carece de los conocimientos y habilidades necesarias para brindar asistencia continua, oportuna y segura a los adultos mayores en el hogar. Esta situación genera en el cuidador altos niveles de estrés y angustia que se suman a la ardua tarea de cuidar, provocando situaciones patológicas en su estado físico, psicológico, emocional, mental, espiritual y social. Dado lo anterior, es necesaria la elaboración de un plan de cuidados de enfermería basado en el uso del lenguaje estandarizado que incluye un cuidado enmarcado en la salud biopsicosocial de la persona que desempeña el rol de cuidador del adulto mayor en el hogar. Por otro lado, ya el profesional de enfermería es capaz de identificar un diagnóstico, intervenir y medir resultados de manera autónoma al utilizar los diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) descritos como un juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, junto a las intervenciones NIC (*Nursing Interventions Classification*) y resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*)<sup>(18)</sup>.

Para esto, es necesario evaluar inicialmente al grupo familiar al que va dirigido el plan de cuidados de enfermería, de ese modo el profesional brinda atención primaria en salud a través de visitas domiciliarias a las familias con personas vulnerables o adultos mayores. Este programa permite reforzar el cuidado tanto al adulto mayor, el cuidador y a su familia, proporcionando herramientas para la evaluación, diagnóstico e intervenciones en su salud y bienestar. Para ello, es fundamental evaluar el funcionamiento familiar y definir el nivel de dependencia y condición biopsicosocial, a través de pautas que identifican factores protectores y de riesgo, esto permite desarrollar cuidados específicos y adecuados con el funcionamiento de las familias<sup>(19)</sup>.

Y de acuerdo con los resultados arrojados en la evaluación el personal de enfermería identificará los problemas y necesidades del cuidador en orden de prioridad; estableciendo diagnósticos reales, de riesgo o de salud y bienestar, teniendo en cuenta a la familia como cuidador primario del adulto mayor en su hogar. Por consecuencia, apoyados en el lenguaje estandarizado a continuación se describirá un plan de cuidados relacionando Diagnósticos, Intervenciones y Resultados con el apoyo de las Taxonomías NANDA, NOC, NIC<sup>(20)</sup>.

### **Plan de cuidados con diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC) dirigidos al cuidador del adulto mayor en tiempo de pandemia**

**Taxonomía NANDA:** Diagnóstico

**Dominio:** ROL / RELACIONES (7)

**Clase:** ROLES DE CUIDADOR (1)

**Diagnóstico NANDA:** Cansancio del Rol del cuidador (00061)



**Definición:** Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia M/C: Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas, preocupación por los cuidados habituales, inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla R/C: Gravedad de la enfermedad, crecientes necesidades de cuidados o dependencia, incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, salud inestable del receptor.

**Taxonomía NOC:** Objetivo y Resultado a obtener

**Dominio:** (VI) Salud familiar

**Clase:** (W) Estado de salud del cuidador familiar

**Resultado:** (02208) Factores estresantes del cuidador familiar: “Definición: Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar, por parte de otro durante un extenso período de tiempo.

- **indicador 1:** (220801) factores estresantes referidos por el cuidador
- **indicador 2:** (220805) alteración de la ejecución del rol habitual
- **indicador 3:** (220811) gravedad de la enfermedad del receptor de los cuidados
- **indicador 4:** (220812) cantidad de cuidados requeridos o descuidos

**Escala de Likert:** 1. Intenso, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Ligero, 5. Ninguno.<sup>(21)</sup>

**Taxonomía NIC:** Intervención y actividades de enfermería

**Campo:** (5) Familia

**Clase:** (X) Cuidados durante la vida

**Intervenciones:** (7040) Apoyo al cuidador principal. Definición: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

**Actividades de enfermería independientes:** Determinar el nivel de conocimientos del cuidador; admitir las dificultades del rol del cuidador principal; reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador según corresponda; proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios; gestionar redes de apoyo (formales) para el cuidador. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental; observar si hay indicios de estrés; enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés; informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios; actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo; informar al personal / centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia. Aclarar, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente respectivamente; identificar con el paciente los objetivos de los cuidados; reconocer el valor y el sistema de creencia del paciente al establecer objetivos; explorar con el paciente distintas formas de conseguir los mejores objetivos; ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos y fijar límites temporales. Además, se deben considerar actividades dependientes e interdependientes relacionadas con protocolos, guías o procedimientos, así como apoyo familiar permanente, controles médicos, consulta con otras disciplinas como evaluación psicológica o nutricional entre otros<sup>(22)</sup>.

La pandemia por COVID-19, expuso las necesidades y problemas de los cuidadores del adulto mayor y el papel que el equipo de enfermería tiene al usar un lenguaje estandarizado que incluye el cuidado al

cuidador. Ya que, debido al colapso de los sistemas de salud, la familia y los cuidadores enfrentan una mayor carga emocional, de responsabilidad social y económica. Para ello, es necesario identificar los problemas reales y de riesgo que se pueden generar debido a la necesidad de atención que demanda esta población, especialmente en tiempos de pandemia.

Por lo expuesto, Se considera pertinente establecer intervenciones insertadas en la Atención Primaria en Salud (APS), que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de complicaciones en el cuidador, con el fin de no afectar la seguridad también de la persona cuidada.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El contexto del cuidado de las personas mayores fue modificado e impregnado por mayores niveles de estrés, como consecuencia de la amenaza de contagio con COVID-19; esta situación transformo a la sociedad y en especial el rol de los cuidadores formales e informales. En este momento de aislamiento social, los servicios de salud han atendido solo casos urgentes, de modo que los cuidadores no cuentan con el apoyo de los servicios de salud, lo que genera inseguridad en el cuidador y en la persona que recibe sus cuidados. Teniendo en cuenta lo agotador de este trabajo y las condiciones de riesgo se han considerado algunos diagnósticos de enfermería frecuentes enfocados a los cuidadores del adulto mayor en época de pandemia, dentro de los cuales se encuentran: cansancio del rol de cuidador; desempeño ineficaz del rol; riesgo de cansancio del rol del cuidador; riesgo de intolerancia a la actividad; disposición para mejorar el autocuidado; disposición para mejorar el bienestar; disposición para mejorar la toma de decisiones y disposición para mejorar la educación en salud.

El presente capítulo propone un plan de cuidados para cuidar del cuidador del adulto mayor, ya que son personas con diversos problemas y necesidades que necesitan ser atendidas, para ejercer control sobre su autocuidado, beneficiando su salud y bienestar.

## **REFERENCIAS**

1. Ramos EF, Morales AMS, Castaño AMH. Overload of the Caregiver of the Elderly Adult in the Neighborhood Tierra Firme de Ibagué (Colombia). *Salud Uninorte*. 2020;35(2):264–76. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.35.2.618.97>
2. Organización mundial de la salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS 2018 [cited 2020 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Arango DC, Cardona AMS, Fernandez DYB, Molina JO, Martinez AA. Demographic and social characteristics of the primary caregiver in older people. *Investig Andin*. 2011;13(22):178–193. DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.257>
4. Rodríguez SV, Bertoni JS. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc y Enferm* 2010;16(2):9-16 [cited 2020 Sep 18];. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
5. Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. [Internet]. Tarragona: Publidisa; 2011 [cited 2020 Sep 18]. Available from: <https://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxius/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>

6. Gutiérrez MTC, Chaparro JMO. Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. *Rev Salud Pública* 2018;20(4):511–517 [cited 2020 Sep. 18]. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.66544>
7. Flesch LD, Batistoni SST, Neri AL, Cachioni M. Factors associated with the quality of life of elderly caregivers of other elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2019;22(3):1–12 [cited 2020 Sep 18];. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180155>
8. Hedler HC, Faleiros VP, Santos MJS, Almeida MAA. Social Representation of Care Recipients and of Family Care Providers for the Elderly. *Rev Katálysis*. 2016;19(1):143–153 [cited 2020 Sep 18];. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>
9. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2018;21(2):194–204. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>
10. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland AM. Elder Abuse in the Time of COVID-19 – Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(8):876–880. DOI: [10.1016/j.jagp.2020.05.017](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017)
11. Phillips D, Paul G, Fahy M, Dowling-Hetherington L, Kroll T, Moloney B, et al. The invisible workforce during the COVID-19 pandemic: Family carers at the frontline. *HRB Open Res* 2020;3(24):1–11. DOI: <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13059.1>
12. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balcı HN, Atmaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci* 2020;80:131–136. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586820314399>
13. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11–17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
14. Miranda DT. Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: ¿Quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan? *América Lat Hoy*. 2015;71:83-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh20157183101>
15. Cánovas LPL, González LAV, Medina KNG, González SOE, Cánovas LBL. Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles. *Univ Médica Pinareña* 2008;15(3):367–77. Available from: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/716>
16. Farley JH, Hines J, Lee NK, Brooks SE, Nair N, Brown CL, et al. Promoting health equity in the era of COVID-19. *Gynecol Oncol*. 2020;158(1):25–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.05.023>
17. Martínez MN, Navascués LJ, Manzanares MCG, Calleja MP, Tobar EB. Alzheimer's patients and their caregivers: nursing interventions. *Gerokomos* 2018;29(2):79–82. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200079&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200079&script=sci_arttext&lng=pt)
18. Pérez JMC, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. The meaning of standardized language nanda-nic-noc intensive care nurses in madrid: a phenomenological approach. *Enfermería Intensiva* 2012;23(2):68–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001>
19. aramillo, RGM, Henríquez, PRC. Biopsychosocial Factors Related to Functioning of Families With Dependiant Patients. *Ciencia y Enfermería* 2017;23(2):57–67. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200057>
20. Educsa. *Interrelaciones Nanda, Nic y Noc*. Elsevier. Barcelona; 2005. 22 p.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de Enfermería NOC: Medición de resultados en salud*. 5th. ed. Barcelona: Elsevier; 2013
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*

(NIC). Barcelo: Elsevier España; 2014. 665 p.

23. Rodríguez MIN, Ramos EF, Castaño AMH. La UT comprometida con la atención integral al adulto mayor. Medios de Comunicación [Internet]. Universidad del Tolima. 2020 [cited 2020 Sep 19]. Available from: <http://medios.ut.edu.co/2020/05/28/la-ut-comprometida-con-la-atencion-integral-al-adulto-mayor/>

24. Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Moral-Fernández L, Palomino-Moral PÁ, López-Martínez C, Del-Pino-Casado R. Motives and perceptions of family care for dependent elderly. *Aten Primaria*. 2019;51(10):637–644. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010>

25. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 10 th ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

# 13

## TECNOLOGÍAS DIGITALES Y ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



**Idiane Rosset**  
Brasil

**Fernando Gómez**  
Argentina



**Lisiane Manganelli Girardi Paskulin**  
Brasil

**Maria de Jesus Jiménez González**  
México



**Rosa Elena Sibrian de Martinez**  
El Salvador

## 13 - TECNOLOGÍAS DIGITALES Y ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Idiane Rosset

ORCID:0000-0003-3651-652x

Fernando Gómez

ORCID: 0000-0002-2363-9419

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

ORCID: 0000-0003-1444-4086

María de Jesús Jiménez González

ORCID:0000-0003-3806-0714

Rosa Elena Sibrian de Martinez

ORCID: 0000-0002-9353-9894

### RESUMEN

**Introducción:** La Atención Primaria de Salud ha sido desafiada por la pandemia de COVID-19, especialmente en la atención a los adultos mayores. Así, las nuevas formas de abordaje de la atención, utilizando tecnologías digitales, se han vuelto imprescindibles. **Objetivo:** Contextualizar las estrategias basadas en la tecnología digital en el cuidado del adulto mayor y sus familias en la Atención Primaria en Salud. **Desarrollo del tema:** los adultos mayores, en comparación con los adultos más jóvenes, tienen menos acceso y menos habilidades para usar dispositivos de tecnología digital para comunicarse; sin embargo, el uso de tecnología digital ha contribuido al acceso de los adultos mayores a los servicios de salud en el contexto de la pandemia. Se presentarán los principales conceptos y políticas públicas relacionadas con la temática, además de experiencias latinoamericanas en el uso de tecnología digital por parte de los adultos mayores, cuidadores y profesionales de la salud. **Consideraciones finales:** La Atención Primaria de Salud tiene un papel importante en la relación entre el servicio de salud y el usuario, considerando su característica de atención integral y longitudinal. Así, se considera que el uso de tecnología digital puede contribuir, además de atender determinadas necesidades y demandas de forma más ágil, a promover una mayor autonomía y seguridad para los adultos mayores y más tranquilidad para sus familias con relación a la atención sanitaria.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Salud del Anciano; COVID-19; Atención de Enfermería; Tecnologías Sanitarias.

# Introducción

Las tecnologías digitales (TD) han impulsado un nuevo escenario mundial en el que el trabajo, la salud, el medio ambiente y la calidad de vida se ven transformados por estos avances. Estos cambios afectan principalmente a los adultos mayores debido a la necesidad de desarrollar diversas habilidades para el uso de estas tecnologías, considerando aspectos socioculturales como la alfabetización digital y el acceso a equipos, y posibles limitaciones físicas, sean auditivas/visuales, cognitivas o de movilidad. Estos aspectos pueden configurarse como barreras a la inclusión digital, privándolos de la participación plena en la vida social, cultural, económica y política<sup>(1)</sup>.

Ante la actual pandemia de COVID-19, fue necesario adoptar medidas de distancia social como forma de reducir la velocidad de transmisión del virus. Se considera que los adultos mayores, especialmente aquellos con alguna condición crónica, están en riesgo de contraer la enfermedad y son más susceptibles a desarrollar la forma severa, requiriendo atención especial para la prevención<sup>(2)</sup>. Estas medidas pueden privarlos de realizar actividades a las que estaban acostumbrados, como participar en grupos o reuniones, comprar y acceder a los servicios de salud. En América Latina, donde predominan las familias extensas y los adultos mayores conviven con sus familias, es necesario que también se realicen medidas preventivas reorganizando la dinámica familiar.

La pandemia también ha representado un desafío sin precedentes para los servicios de salud, por eso todos los niveles de los sistemas de salud son importantes para superarla<sup>(2)</sup>. Para que la Atención Primaria de Salud (APS) mantuviera sus características de primer contacto, integridad, longitudinalidad y coordinación de la atención durante la pandemia, fue necesario buscar rápidamente estrategias que favorezcan la comunicación entre profesionales y usuarios. Las acciones de APS comenzaron a enfocarse tanto en la perspectiva de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionados con COVID-19, como en la promoción de la salud y el seguimiento de enfermedades preexistentes. Se han desarrollado y aplicado varias estrategias que priorizan y amplían el uso de TD en este nivel de atención en varios países para implementar la atención en el contexto de la pandemia<sup>(1,2)</sup>. Aun así, para los adultos mayores, el uso de estos recursos presenta restricciones de uso y acceso tanto desde una perspectiva individual como colectiva. Los TD también pueden incorporar nuevas formas de trabajo y acceso a servicios después de controlar la pandemia.

Las TD pueden ayudar a las enfermeras a realizar sus funciones y enfrentar los desafíos de la APS en el cuidado de los adultos mayores en el contexto de la pandemia. La aplicación e intermediación de la DT en salud incorpora tres aspectos: la demanda de los usuarios, presentada a través de sus necesidades de salud y atención; la prestación de atención por parte del profesional, incluida la evaluación, la toma de decisiones y la orientación; y el producto o resultado, evidenciado por el *e-learning*, el autocuidado y la resolución de problemas en salud.

## OBJETIVO

Contextualizar las estrategias basadas en la tecnología digital en el cuidado del adulto mayor y sus familias en la Atención Primaria en Salud.

# Desarrollo del tema

## Tecnologías digitales: conceptos de uso

Cuando se refiere a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) son varios los conceptos que existen, y la mayoría de ellos convergen en definirlos como recursos, herramientas y programas utilizados para captar, procesar, administrar y compartir la información a través de medios digitales. Este último punto hace referencia a las Tecnologías Digitales de la Información y Comunicación (TDIC), es decir, se refiere a los medios que utiliza la tecnología digital para hacer la difusión, lo que los convierte en una particularidad de las TIC's.

Los dispositivos utilizados para el acceso a las tecnologías digitales son variados: computadoras, tabletas pizarras digitales, mesas/camas interactivas, *smartphone*, brazaletes y relojes inteligentes, sensores, entre muchos otros. Para los profesionales de enfermería la capacidad de utilizar las TICs en la toma de decisiones asertivas y en la gestión de los recursos para el cuidado de la salud se identificó como una competencia básica a partir de su propuesta en el proyecto Tuning América Latina en 2011<sup>(3)</sup>.

El uso de las TIC's en el entorno sanitario y en la atención para la salud distingue varios términos, aunque ninguno de ellos resulta excluyente entre sí y cada uno se define en función de su aplicación o alcance ([Infográfico 1](#)).

Además de los dispositivos y modos utilizados, es importante considerar que los métodos de conexión o comunicación pueden variar según el tiempo y espacio utilizados. Se llama método sincrónico cuando el emisor y receptor operan en el mismo tiempo y espacio virtual, aunque ello no requiera el mismo espacio geográfico. Por otro lado, la comunicación asincrónica se establece cuando la comunicación entre las personas se da de manera diferida<sup>(4)</sup>.

Las TD utilizadas en la APS se pueden analizar a la luz de las intervenciones propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), y pueden organizarse en tres grupos: el relacionado a las demandas del usuario, a la prestación del cuidado, y a la eficacia de la intervención; siendo las primeras las más comunes ([Flujograma 1](#)).

Todavía se considera la existencia de otro tipo de apoyos técnicos, también conocidas como tecnologías asistidas, que incorporan sistemas de control ambiental y robots, entre otros. No obstante, muchos de estos todavía se consideran una alternativa de alto costo y apenas disponibles para la mayoría de la población mundial que envejece en sus hogares.



## Políticas públicas en los países de América Latina y la inclusión digital de los adultos mayores

La era de la información y del conocimiento ha generado en el mundo y en América Latina y el Caribe, una variedad de políticas públicas asociadas con el desarrollo de las naciones en la economía global; estas políticas públicas de inclusión digital son consideradas como un derecho humano y definidas por la UNESCO como “... *políticas de estado que buscan disminuir la brecha de acceso, uso y aprovechamiento de la información, y que al mismo tiempo establecen acciones para asegurar el acceso y preservación de la misma, ya sean públicas o privadas...*”<sup>(5)</sup>

Para los países de la región llevar a cabo políticas públicas en este ámbito ha constituido un proceso de aprendizaje, implicando maduración y reformulación de políticas tradicionalmente concebidas, en la que las agendas digitales evidenciaron como sus principales objetivos la disminución de la brecha digital, el uso por parte del estado en el sector educativo, y la mejora en la infraestructura de las comunicaciones.

Estas políticas públicas se ponen en marcha de acuerdo con los marcos normativos, planes de desarrollo o programas públicos que consagran el derecho de acceso a las TIC. Por ejemplo, la Carta de San José sobre los Derechos de los Adultos Mayores de América Latina y el Caribe, referencia la necesidad de “*impulsar acciones para garantizar el acceso de las personas mayores a las tecnologías de la información y las comunicaciones, a fin de reducir la brecha tecnológica*”<sup>(6)</sup>; y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>(7)</sup>, menciona al acceso a las TIC en relación con el derecho a la educación y el derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.

Algunas políticas y programas que se están aplicando en algunos países latinoamericanos donde se hace una mención específica a las personas mayores, son: Plan Nacional de Desarrollo de las Telecomunicaciones 2015- 2021; “Costa Rica: Una sociedad conectada” (Costa Rica); Agenda Digital 2020 (Chile); Plan Nacional de Inclusión Digital (2015-2019) (Argentina); Estrategia Digital Nacional (2013- 2018) (México); Agenda Nacional de la Sociedad de la Información y el Conocimiento (Guatemala); Plan para el Desarrollo de la Sociedad de la Información y el Conocimiento - Agenda Digital 2.0 (Perú); Agenda Digital de Honduras (2014- 2018) (Honduras); Programa *Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável (Brasil)*. Estos planes son inclusivos para adultos mayores, promueven el uso de las TICs, y contemplan mejoras en la conectividad, entre otros beneficios.

Estas estrategias de inclusión digital existen en el marco de leyes que reconocen explícitamente los derechos de las personas mayores a las TIC y, en particular, a Internet. Por ejemplo: en Argentina, la Ley Argentina Digital N° 27.078 (2014); en Costa Rica, la Ley General de Telecomunicaciones N° 8642 (2008); en Brasil, la Ordenanza N° 16 (2012); en Bolivia la Ley General N° 164, sobre Telecomunicaciones y tecnologías de la información y las comunicaciones (2011); en Colombia, la Ley N° 1221 (2008). Estas leyes tienen en común la necesidad de que se garantice el acceso a los servicios digitales de las personas más vulnerables, como de los adultos mayores. Sin embargo, no es suficiente para garantizar el derecho de los adultos mayores a las TIC.

Son muchas las experiencias y propuestas que encontramos en los países de América Latina y el Caribe<sup>(8)</sup>, entre ellos: Programa Postas Digitales (Argentina); Proyecto Plaza digital: “Adultos mayores a

tono con las nuevas tecnologías” y Programa “Tecnología al alcance de adultos mayores” (Chile), Programa de inclusión digital Accesa SP (Brasil); Medellín Ciudad Inteligente con los programas “ABC TIC”, “Conexiones con sentido” “Fábrica de soluciones”, “TIC para todos” (Colombia); Programa “Universidad Intergeneracional” (Bolivia); Cursos de educación digital de la Universidad Autónoma de Nueva León (México) y Cursos de informática básica (Costa Rica), entre otros.

### **Indicadores de uso de tecnologías digitales y salud de los adultos mayores**

Se observan importantes desigualdades con respecto al acceso a tecnologías vinculadas a internet en diferentes regiones o países, especialmente en los grupos de edad de los adultos mayores dada la mayor prevalencia de limitaciones físicas y cognitivas, además del contexto socioeconómico y cultural en el que viven cuando comparados con los más jóvenes. También se observan diferencias en el uso de Internet por sexo en diferentes regiones, donde los hombres en general tienen mayor acceso que las mujeres<sup>(9)</sup>. Con todo, se observa que tanto el uso de internet como los TD se ha incrementado a lo largo de los años entre los diferentes grupos de edad.

Aproximadamente el 54% de la población mundial utilizó Internet en 2019; mientras que en los países desarrollados ese porcentaje fue del 87%, en los países en desarrollo llegó al 47%. Cuando se analiza por grupos de edad, la diferencia es aún mayor, es decir, solo el 7% de este acceso lo realizan personas de 65 o más años, reflejando una importante exclusión de este grupo de la era digital. A nivel mundial, WhatsApp ha sido la aplicación en dispositivos móviles para la comunicación más utilizada en 2020, y el tiempo promedio per cápita de uso diario de Internet fue de 170 minutos principalmente con un teléfono móvil, dispositivo preferido en todos los grupos de edad<sup>(9)</sup>.

En general, las nuevas tecnologías se adoptan primero en los países más ricos y, a medida que se vuelven más populares y el costo se va reduciendo, pueden proliferar en otras partes del mundo. Aun así, se considera que las restricciones a la movilidad y el aislamiento social no deberían aumentar proporcionalmente al envejecimiento, ya que las innovaciones en TD tienen un potencial importante para mantener la salud física, mental y la independencia de los adultos mayores<sup>(1)</sup>.

### **Experiencias en el uso de Tecnologías Digitales por adultos mayores, cuidadores y profesionales: desafíos y legados**

En los países de América Latina la incorporación de las TIC's ha sido paulatina y heterogénea, sobre todo en aspectos relacionados con la atención a la salud. Los recursos disponibles han permitido la creación de *software* para la gestión de expedientes clínicos y notificaciones epidemiológicas, y se han desarrollado aplicaciones para dispositivos móviles dirigidos a agendar consultas, realizar valoraciones, identificar niveles de riesgo, hacer consultas de información, y mejorar la alimentación y la condición física.

Entre las tecnologías de comunicación disponibles, el uso del teléfono celular, incluso antes del advenimiento de la pandemia, fue uno de los principales medios utilizados por los adultos mayores para mantener el contacto por voz y / o video con sus familias que vivían lejos. Y con el COVID-19 esta alternativa se convirtió también en parte de la vida cotidiana de las personas que viven cerca.

El teléfono celular también es una herramienta muy utilizada por los profesionales de la salud. En una Unidad de APS en el sur de Brasil, los enfermeros experimentaron durante la pandemia, la asistencia a los adultos mayores por teléfono celular vía WhatsApp (con audio o audio y video) o llamadas directas para tele consultas, para resultados de pruebas, y para pautas de autocuidado. Se observó que la mayoría de los adultos mayores y/o familiares poseen y utilizan dispositivos telefónicos, indicando que el dispositivo es de más fácil acceso en la comunicación a distancia. Un desafío identificado es la necesidad de conocer el estado cognitivo y la capacidad de usar el teléfono por parte de los adultos mayores y brindarles ayuda para acercarse a ellos. Otra estrategia adoptada recientemente a través de teléfonos celulares fue la de grupos de adultos mayores en línea a través de Google Meet.

Las aplicaciones móviles son alternativas que permiten el aprendizaje, el autocuidado de los usuarios y también el acompañamiento del daño crónico por parte de los profesionales. Su uso también se amplió en este período de distanciamiento social. Un estudio de revisión identificó 25 aplicaciones dirigidas a este grupo de edad, siendo la mayoría gratis o de bajo costo<sup>(10)</sup> y abordando la práctica de ejercicios físicos, la prevención de caídas y la estimulación cognitiva. Solo cuatro aplicaciones están destinadas a cuidadores informales, con instrucciones sobre cómo cuidar a los adultos mayores en el hogar, con un calendario de citas para los adultos mayores, una lista de contactos con los servicios de salud, y el intercambio de experiencias de los cuidadores. Las aplicaciones dirigidas a los profesionales sanitarios proporcionan escalas para la evaluación geriátrica y la rápida identificación y tratamiento de los síndromes geriátricos. En Brasil se lanzó recientemente la aplicación Salud de los Adultos Mayores, la cual proporciona herramientas que apoyan a los profesionales en las decisiones relacionadas con los pacientes y sus familias, incluida una escala de vulnerabilidad de personas mayores, una escala de vulnerabilidad familiar, un índice de masa corporal y una escala de Zarit para evaluar la sobrecarga del cuidador.

En cuanto a las posibilidades del *e-learning*, existe una gran cantidad de información disponible en las redes sociales sobre el autocuidado y el cuidado que los cuidadores brindan a los adultos mayores, muy importante en esta época de distanciamiento. Pero es fundamental que los profesionales de la salud que trabajan en la APS estén atentos a las noticias falsas y orienten a los usuarios sobre sitios de búsqueda conocidos.

El aprendizaje virtual se ha vivido en Argentina con el Programa Integrado de la Universidad de Adultos Maduros (UPAMI), que ofrece capacitación a personas mayores en alfabetización tecnológica y digital para la vida cotidiana. Estas capacitaciones se llevan a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, donde los profesores de enfermería, fisioterapia y medicina formados en APS realizaron encuentros presenciales con los adultos mayores de clubes, centros comunitarios y otros de la misma comunidad.

Las oportunidades de aprendizaje virtual realizadas por enfermeras y dirigidas a los cuidadores tanto en el autocuidado como en el cuidado de los adultos mayores parecen ser menos frecuentes. Una revisión del alcance identificó que los estudios sobre DT y enfermería se orientan esencialmente hacia el cuidado formal<sup>(11)</sup>. Solo el 8% de las investigaciones analizadas estuvieron dirigidas a cuidadores informales, y se enfocaron principalmente en sistemas específicos de monitoreo remoto para brindar información sobre el proceso de atención.

También se han puesto a disposición tecnologías que permiten el aprendizaje y la agilidad de la comunicación entre los profesionales de la salud, ya que esta se ha intensificado en el escenario de la pandemia. Entre ellas se identifican el acceso digital para la calificación y apoyo a los profesionales que trabajan en la APS, a través de acciones de tele consulta, tele diagnóstico y teleeducación, como el Programa *Telessaúde* en Brasil, además de los cursos y plataformas de capacitación que ofrecen la Universidad Abierta, el Sistema Único de Salud (UNA-SUS) y la Biblioteca Virtual en Salud de la APS. La formación para profesionales a través de la Plataforma Google también ha sido ofrecida en México por el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) orientada al envejecimiento saludable, y ofreciendo cursos y diplomas a las personas que brindan atención y servicios a las personas adultas mayores.

### **Beneficios y limitaciones del uso de Tecnologías Digitales**

Para los adultos mayores el uso del teléfono móvil e internet, entre otras, podría jugar un rol importante para un envejecimiento saludable gracias a la posibilidad de interactuar y comunicarse con otros entornos, acceder a información, aumentar su nivel de autoestima, obtener ayuda para la superación del miedo a la soledad y al aislamiento de sus familiares, y aumentar la posibilidad de interactuar y fomentar las relaciones intergeneracionales<sup>(12)</sup>.

El uso de las diferentes tecnologías puede mejorar la calidad de vida, la salud física y la independencia de los adultos mayores. En este contexto es importante “ceñirse a los planes de medicación, dieta y ejercicio, mientras que otros puedan identificar y alertar a los profesionales sobre posibles problemas de salud. Por ejemplo, los dispositivos que controlan el comportamiento del sueño y el uso del baño pueden proporcionar a los cuidadores señales de advertencia tempranas de infecciones del tracto urinario” ya que por su edad son más vulnerables a este tipo de infecciones<sup>(2)</sup>.

Los dispositivos digitales pueden convertirse en elementos importantes para ayudar a los adultos mayores a mantenerse seguros, especialmente los que viven solos, siempre y cuando exista la buena disposición de parte de ellos de participar en las actividades sociales. Los sensores de movimiento y vibración pueden detectar caídas —una causa común de discapacidad y muerte entre los adultos mayores— y solicitar ayuda. Otros dispositivos pueden controlar el uso de la cocina y activar las alarmas en caso de que el adulto mayor se olvide de apagarla<sup>(2)</sup>.

La competencia digital hace referencia a las habilidades básicas y esenciales que necesita una persona para usar de manera correcta la tecnología digital. Dicha competencia digital incluye una serie de barreras, especialmente en los adultos mayores, en la cual se manifiesta que el auge y desarrollo de las TIC no ha permitido un contacto continuo hacia este colectivo, ya que a veces se les niega su uso o simplemente no se encuentran lo suficientemente capacitados para hacer frente a su utilización personal. Esta capacidad la irá adquiriendo a medida que tenga más contacto con ellas. El solo hecho de estar en las redes y recibir y compartir información contribuye para que participe de la esfera pública mitigue el sentimiento de aislamiento, y se motive a conocer más sobre las TIC<sup>(13)</sup>.

Las desigualdades en este campo aparecen en forma conjunta con el surgimiento y expansión de las tecnologías digitales. En un nivel más elemental, estas desigualdades serían originadas en la brecha

digital entre quienes acceden y quienes no acceden a las tecnologías. Los antecedentes muestran los evidentes obstáculos a que se enfrentan los adultos mayores para el uso de las tecnologías digitales, siendo el más relevante — la situación económica. Otros factores que interfieren en su uso son la experiencia profesional, los lazos sociales y relación familiar, los intereses personales, el entorno vital, e incluso la organización espacial del hogar.

La falta de control de la información publicada en internet y difundida a través de las tecnologías digitales, se convirtió en un riesgo para la salud de muchas personas, pues durante la pandemia se publicaron muchos *fake news* relacionados con los productos médicos falsificados o de calidad deficiente que pretendían prevenir, detectar, tratar o curar el COVID-19. Esta situación puso en alerta a los sistemas de salud en todo el mundo, exigiendo medidas para implementar el control de la información transmitida en los medios de información.<sup>(14)</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Con la pandemia, las nuevas formas de cuidado y autocuidado se han vuelto obligatorias, especialmente cuando se dirigen a los adultos mayores. En este contexto, la APS viene experimentando cambios sustanciales en la forma de organizar su atención y relacionarse con los demás puntos de la red de servicios de salud.

El uso de TD se ha asociado a la atención a distancia; como una forma de evitar contactos innecesarios y, en consecuencia, adquirir nuevas infecciones, manteniendo la longitudinalidad de la atención en la APS. No obstante, es fundamental prestar atención al riesgo y complejidad de la necesidad sanitaria, adaptando la focalización de los adultos mayores dentro de la red de salud, y promoviendo el acceso a los servicios, adaptándose a las nuevas tecnologías en términos de coste y complejidad, y a las particularidades de este grupo de edad.

Si bien se reconocen importantes desigualdades en la región latinoamericana, las innovaciones tecnológicas pueden contribuir para ayudar a los adultos mayores a mantener su salud, independencia y autonomía durante el mayor tiempo posible. En este sentido, la efectividad de las políticas públicas de inclusión digital se hace fundamental para el desarrollo de habilidades y un mayor acceso en lo que respecta a la salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

El enfermero de la APS tiene un papel importante en la conservación del primer contacto, la integridad, la longitudinalidad y la coordinación del cuidado del adulto mayor y su familia, tanto con relación al COVID-19 como a las condiciones crónicas y a la dependencia funcional, común en este grupo de edad. Teniendo en cuenta que incluso con el control de la pandemia el uso de TD se mantendrá por su característica de practicidad y agilidad, es fundamental que los profesionales alienten a los adultos mayores y su familia a utilizarlo, así como a valorar aspectos relacionados con el acceso y alfabetización digital. Así siendo, existe un desafío con respecto a la disponibilidad de hardware y software para la APS en la implementación de la atención en una red de servicios de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

## REFERENCIAS

1. United Nations. Why are digital skills critical for older persons? 56th Commission for Social Development; 2018 Feb. 2; New York (US): WASEDA University; 2018. Available from: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/01/CSocD56-SpecialEvent-DigitalSkills-OlderPersons-2Feb2018.pdf>
2. World Health Organization. Connecting and caring: innovations for healthy ageing. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. Geneva 2012;90(3):p.157-244 [cited 2020 Sep. 21]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/en/>
3. Tuning América Latina. Competencias específicas de enfermería: 2011-2013 Innovación Educativa y Social [Internet]. Educación Superior en América Latina: Reflexiones y perspectivas en enfermería; c2020 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: [http://www.tuningal.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=181&Itemid=190](http://www.tuningal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=181&Itemid=190)
4. Herrera CR, Espinoza ME, Ludeña BA, Michay GC. Las TICs como herramienta de interacción y colaboración en el área de Biología. Rev Espacios 2019;40(41):1-10 [citado em 2020 Set. 21];. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a19v40n41/19404101.html>
5. IPE UNESCO Buenos Aires. Políticas públicas para la inclusión de las TIC en los sistemas educativos de América Latina [Internet]. Buenos Aires (ARG): UNESCO; 2007 [cited 2020 Sep. 21]. Available from: <https://www.buenosaires.iiep.unesco.org/pt/publicaciones/politicas-publicas-para-inclusao-das-tic-nos-sistemas-educacionais-da-america-latina>
6. CEPAL. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. México (DF): CEPAL, Gobierno de la Ciudad de México; 2012.
7. OEA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington DC.: OEA; 2015.
8. Martínez SL, Amado SJ, Mauro M. Inclusión digital en Argentina y el Cono Sur: un acercamiento a las políticas públicas. Editorial Teseo 2015 [cited 2020 Set. 21]. Available from: <https://www.teseopress.com/universidadyciencia/chapter/inclusion-digital-en-argentina-y-el-cono-sur-un-acercamiento-a-las-politicas-publicas/>
9. Statista: Internet Usage Worldwide. Statista dossier about internet usage worldwide, 2020. Available from: <https://www.statista.com/study/12322/global-internet-usage-statista-dossier/>
10. Amorim DNP, Sampaio LVP, Carvalho GA, Vilaça KHC. Aplicativos móveis para os idosos. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude. 2018;12(1):58-71. [cited 2020 Jun. 01];. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1365>.
11. Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. BMC Health Services Research. 2019;19(400):1-15 [cited 2020 Aug. 30]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-019-4238-3.pdf>
12. Procuraduría Federal del Consumidor. Tecnologías de la información y comunicación. Que la edad no sea un obstáculo [Internet]. Ciudad de México (MEX): PROFECO. 2019 [cited 2020 Sep. 10]. Available from: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-que-la-edad-no-sea-u>
13. Heredia NM, Rodríguez-García AM. Literacy and digital competence in elderly people: the case of the open training classroom of University of Granada. Rev Espacios. 2018;39(10):1-37 [cited 2020 Sep. 14]. Available from: <https://revistaespacios.com/a18v39n10/a18v39n10p37.pdf>
14. Organización de las Naciones Unidas (MEX). Incremento en el tráfico de productos médicos falsificados debido al COVID-19, afirma investigación de la UNODC [Internet]. México: 2020 [cited 2020 Sep. 8]. Available from: <https://coronavirus.onu.org.mx/incremento-en-el-trafico-de-productos-medicos-falsificados-debido-al-covid-19-afirma-investigacion-de-la-unodcn-obstaculo?state=published>

# 14

## CUIDADO SEGURO DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



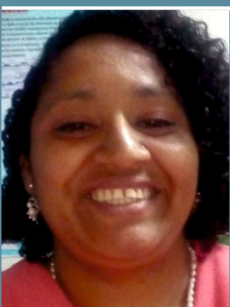
Fernanda Raphael Escobar Gimenes  
Brasil

Ana Maria Ribeiro dos Santos  
Brasil



Miriam Gladis Martinez de Marroquin  
El Salvador

Orfelina Arpasi Quispe  
Perú



Rina Vanessa Quijije Diaz  
Ecuador

## 14 - CUIDADO SEGURO DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Fernanda Raphael Escobar Gimenes

ORCID: 0000-0002-5174-112X

Ana Maria Ribeiro dos Santos

ORCID: 0000-0002-5825-5335

Miriam Gladis Martinez de Marroquin

ORCID: 0000.0003.4089.2640

Orfelina Arpasi Quispe

ORCID: 0000.0002.0495.6128

Rina Vanessa Quijije Diaz

ORCID: 0000.0001.6581.5604

### RESUMEN

**Introducción:** El enfermero se encuentra al frente del combate contra el COVID-19 y es considerado piedra angular y fundamental en el enfrentamiento contra la crisis. **Objetivos:** Reflexionar sobre el cuidado seguro de los adultos mayores en la Atención Primaria de la Salud durante la pandemia de COVID-19, considerando los riesgos de incidentes y eventos adversos en la asistencia de la salud en dicha población; Demostrar la aplicación de las taxonomías de enfermería en el manejo de riesgos relacionados a las caídas y a los eventos adversos por medicamentos relacionados a la polifarmacia en adultos mayores de la comunidad, y disertar sobre la importancia de los indicadores de calidad en el manejo de riesgos relacionados a las caídas y a los eventos adversos por medicamentos relacionados a la polifarmacia en adultos mayores de la comunidad. **Desarrollo del tema:** Los adultos mayores enfrentan desafíos aún más grandes y están en desventaja afectados por el COVID-19. Dicho así, las etapas del Proceso de Enfermería deben ser utilizadas por el enfermero de la APS con la finalidad de minimizar la exposición de los adultos mayores a los riesgos de eventos adversos, como de auxiliar al enfermero al dar prioridad a las necesidades de salud de dicha población. Asimismo, los Sistemas de Lenguajes Estandarizados en Enfermería tienen potencial para mejorar la seguridad de los adultos mayores en la comunidad y estandarizar los conceptos utilizados por los enfermeros en la práctica, favoreciendo la comunicación precisa de los cuidados prestados. **Consideraciones finales:** En el contexto de la APS, el enfermero debe estar preparado para responder mejor a la enfermedad y tomar medidas más asertivas en favor de la calidad de la asistencia y de la seguridad de los usuarios.

**Descriptores:** Accidentes por caídas, Atención primaria de la salud, Coronavirus, Efectos colaterales y reacción adversas relacionados a medicamentos; Anciano



# Introducción

La pandemia de COVID-19 ha desafiado los Sistemas de Asistencia de Salud (SAS) a escala global por lo que se tuvo que responder a la crisis inmediatamente<sup>(1)</sup>. En América Latina, este escenario exigió que los SAS también se adaptaran para el enfrentamiento contra la crisis. Pero la resiliencia de los SAS puede ser comprometida en caso de que la epidemia dure muchos meses y el número de las personas que necesiten atención aumente<sup>(2)</sup>.

Las estadísticas señalaron que el 81% de los casos con COVID-19 podrían ser manejados a nivel de la Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>(3)</sup>; además manifestaron que, el 14% necesitará internación hospitalaria, y que el 5% demandará lechos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)<sup>(4)</sup>.

Cabe señalar que, con la pandemia, los esfuerzos se concentraron en el tratamiento de pacientes afectados por la enfermedad y en la protección de otras personas contra infecciones. Mientras tanto, en muchos países, los adultos mayores enfrentan desafíos mucho más grandes, y son desproporcionalmente más afectados por el COVID-19. Por ejemplo, el relato del caso de una mujer de 70 años con factores de riesgo cardíaco, que presentó presión en el pecho y falta de aire. Debido a la pandemia, la mujer recibió tratamiento tardío, lo que evolucionó en un choque cardiogénico y posterior muerte<sup>(5)</sup>.

Personas que dejan de buscar el servicio de salud por miedo al contagio por COVID-19, particularmente adultos mayores, son expuestos a mayor riesgo de eventos adversos graves y potencialmente fatales debido al atraso en el tratamiento. Por consiguiente, es fundamental que estas personas tengan acceso a los servicios de salud durante la pandemia, tanto para la atención de emergencia como para la atención primaria. Los profesionales de salud, asistentes sociales, familiares y miembros de la comunidad que prestan asistencia a adultos mayores, deben recibir apoyo, por un lado, y los recursos necesarios<sup>(6)</sup> por otro, para reducir los incidentes y los eventos adversos relacionados a la asistencia de la salud. Para informaciones sobre las definiciones de estos y de otros términos relacionados a la seguridad del paciente, acceda [aquí](#).

## OBJETIVO

Reflexionar sobre el cuidado seguro de los adultos mayores en la Atención Primaria de la Salud durante la pandemia de COVID-19, considerando los riesgos de incidentes y eventos adversos en la asistencia de la salud en dicha población; Demostrar la aplicación de las taxonomías de enfermería en el manejo de riesgos relacionados a las caídas y a los eventos adversos por medicamentos relacionados a la polifarmacia en adultos mayores de la comunidad, y disertar sobre la importancia de los indicadores de calidad en el manejo de riesgos relacionados a las caídas y a los eventos adversos por medicamentos relacionados a la polifarmacia en adultos mayores de la comunidad.

# Desarrollo del tema

## **Cuidado seguro del adulto mayor en tiempos de pandemia de COVID-19**

Garantizar el cuidado seguro de las personas sin COVID-19, particularmente adultos mayores, debe ser una de las prioridades de los profesionales actuales en la APS. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el cuidado primario como un aspecto fundamental de la salud y bienestar enfocado en las necesidades y circunstancias de las personas, familias y comunidades, con garantía de recibir un tratamiento integral, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos, lo más próximo posible al ambiente cotidiano <sup>(7)</sup>.

La misma organización define la práctica segura como una intervención tecnológica y científica y/o administrativa en el proceso de atención de la salud, que contribuye garantizando resultados exitosos porque minimiza la probabilidad de la ocurrencia de un evento adverso.

Mientras tanto, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (en inglés, *Organisation for Economic Cooperation and Development* – OECD) afirmó que cerca de la mitad de la carga global de eventos adversos es originada en la APS. Según esa Organización, cuatro de cada 10 personas son afectadas por incidentes de seguridad, y que tales incidentes frecuentemente acaban en hospitalizaciones y en mayor demanda de necesidad de cuidado. También afirmó que los principales eventos adversos se centran en errores de diagnóstico y diagnóstico tardío, falla en el acompañamiento, errores de medicación en personas que hacen uso de polifarmacia, eventos adversos por medicamentos (EAM), y caídas. Además, indica que las personas con necesidad de salud o socialmente complejas y en edad bien avanzada son las más vulnerables. Para informaciones sobre los factores que contribuyen para la ocurrencia de eventos adversos en la APS, acceda [aquí](#).

En este escenario, la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor – REDESAM, al reconocer las características del envejecimiento y la importancia de la APS como base indispensable para responder a la pandemia, propone reflexiones sobre el cuidado seguro al adulto mayor para que se permita el adecuado y positivo enfrentamiento del fenómeno de COVID-19.

En este capítulo serán analizados dos incidentes que pueden ocurrir con los adultos mayores en la APS, por examinar el potencial riesgo para eventos adversos graves en el ambiente domiciliario, así como el impacto social, económico y de salud, que pueden representar en la vida de estas personas. Ellos son: caídas en adultos mayores de la comunidad, y eventos adversos por el uso de medicamentos relacionados a polifarmacia.

La mitad de los adultos mayores que se caen, lo hacen repetidamente. Por lo tanto, un antecedente de caídas es un factor de riesgo para nuevas ocurrencias pues lesiones ocasionadas por este evento pueden ser fatales. Para más información sobre las consecuencias de las caídas en los ancianos, acceda [aquí](#).

La mayoría de las caídas tienen causas multifactoriales y están relacionadas con la postura y la marcha. Además, las caídas están influenciadas por el envejecimiento normal y patológico; y el impacto psicológico que estas provocan es un aspecto importante para observar en los adultos mayores. Por lo tanto, existe una interacción entre factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos que contribuyen al riesgo de caídas están relacionados con enfermedades crónicas o cambios asociados a la edad. Para clasificarlos, es importante identificar la principal causa de caída relacionada con la pérdida del control postural, como: disminución de las señales sensoriales, cambios en el sistema nervioso central o reducción de la respuesta motora. No obstante, otros factores intrínsecos pueden estar presentes temporalmente, como una enfermedad aguda o cambios en el régimen terapéutico. Los factores extrínsecos incluyen riesgos ambientales y actividades de la vida diaria<sup>(9)</sup>.

En estudios realizados en Perú y Brasil, la edad, el sexo y la dificultad para caminar fueron identificados como factores de riesgo intrínsecos para la ocurrencia de caídas en los adultos mayores<sup>(10-11)</sup>, así como cambios en el equilibrio y debilidad muscular. En cuanto a las causas extrínsecas, se observó el uso de calzado inadecuado y la presencia de pisos resbalosos<sup>(10)</sup>.

Así, en la evaluación clínica del adulto mayor víctima de una caída, el primer aspecto a considerar es evaluar y tratar las lesiones ocasionadas por el evento, enfocándose en los problemas específicos del adulto mayor. El segundo aspecto consiste en evaluar el entorno y los múltiples factores de riesgo, con el objetivo de resolverse —siempre que sea posible— a fin de evitar nuevas ocurrencias<sup>(9)</sup>.

Los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros, deben identificar los riesgos relevantes para planificar y desarrollar acciones preventivas eficaces, de los adultos mayores, lo que contribuirá también para la reducción de los costos en salud<sup>(11)</sup>.

En este sentido, las medidas para prevenir caídas deben incluir la evaluación sistemática de los factores de riesgo conocidos e intervenciones adecuadas y asertivas en los factores identificados. Las intervenciones consideradas más efectivas para prevenir este importante incidente de seguridad, pueden ser accedidas [aquí](#).

Otras medidas pueden incluir el reemplazo de vitamina D, cirugía de corrección de cataratas, evaluación del uso de lentes multifocales durante la deambulaci3n, entre otras. Además, la educaci3n continua y la comunicaci3n de los adultos mayores con sus familias son importantes, no solo en la 3poca de la pandemia, sino tambi3n en la etapa post pand3mica al COVID-19, porque ayudan a los enfermeros a identificar los riesgos reales y planificar la atenci3n individualizada. Estas medidas tambi3n son importantes para el mantenimiento y preservaci3n de la autonomía e independencia funcional de los adultos mayores, así como su perspectiva de vida<sup>(10)</sup>.

Teniendo esto en cuenta, parece que el acompa1amiento de un adulto mayor en riesgo o con antecedente de caídas demanda un abordaje interdisciplinario que envuelve a diferentes profesionales, tales como: enfermería, terapia física u ocupacional, trabajo social y especialidades médicas, entre otras cosas. Por a1adidura, el 3xito de un plan terapéutico tambi3n depende de cu1nto se involucran los

familiares y/o cuidadores, así como el propio adulto mayor<sup>(9)</sup>.

Cabe recordar también que, si bien es posible reducir el riesgo de caídas en la población adulta mayor, es imposible evitarlas, por eso se debe priorizar la autonomía funcional y la calidad de vida de estas personas para preservar el placer de vivir, aunque con algún riesgo inevitable.<sup>(9)</sup>

### **Polifarmacia y eventos adversos por medicamentos en adultos mayores en Atención Primaria en Salud**

Aunque los medicamentos son beneficiosos para la prevención y el tratamiento de enfermedades, estos productos son cada vez más complejos. Aun así, factores sociales como el bajo nivel educativo y la vida en zonas rurales, son factores importantes que interfieren con el uso correcto y seguro de los medicamentos. El resultado es una mayor exposición de las personas a errores de medicación y evento adversos por medicamentos (EAM).

La prevención de EAM sigue siendo una prioridad de seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria porque los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños prevenibles en todo el mundo. Se estima que entre el 5% y el 6% de las hospitalizaciones son causadas por el uso de drogas<sup>(12)</sup> y que las tasas y la naturaleza del daño difieren entre países. A nivel mundial, el costo asociado con los errores de medicación se representó en US\$ 42 mil millones por año, lo que corresponde a aproximadamente el 1% del gasto mundial total en salud<sup>(13)</sup>.

Ante este escenario, en 2017, la OMS lanzó el 3° Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente con el tema “Medicamentos sin daño”. El objetivo es reducir los daños graves y evitables relacionados con el consumo de drogas en un 50% en cinco años. La iniciativa tiene como objetivo promover mejoras en cada etapa del proceso en relación con el uso de la medicación para reducir los riesgos y el impacto de los errores de prescripción en los resultados de salud.

Además, la OMS ha desarrollado una herramienta para apoyar la implementación de este desafío denominada “5 Momentos para una Medicación Segura” con el objetivo de que los usuarios sean incluidos y capacitados en su propia atención. Esta herramienta debe utilizarse en colaboración con los profesionales de la salud, y debe permanecer con los usuarios y sus familias o cuidadores. Es una herramienta de participación ya que se enfoca en cinco momentos clave en los que la acción de la persona o del cuidador puede reducir el riesgo de EAM, es decir: al iniciar un medicamento, al usar el medicamento, al introducir un medicamento, al revisar el medicamento y al suspender el medicamento. La polifarmacia también es un aspecto importante para considerar en el manejo de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos, y en la prevención de EAM, porque aumenta la probabilidad de efectos secundarios, así como el riesgo de interacciones medicamentosas, particularmente en los adultos mayores<sup>(14)</sup>.

En la población en general, la polifarmacia tiene una prevalencia del 9,4% entre los consumidores de drogas y del 18,1% en los adultos mayores de 65 años<sup>(14)</sup>. Además, las personas de 70 a 74 años consumen una mayor cantidad de medicamentos, en especial las mujeres, porque presentan más

enfermedades crónicas que los hombres<sup>(15)</sup>.

Debido al riesgo potencial de EAM, tanto la estandarización de políticas como los procedimientos y protocolos, son fundamentales para el manejo de la polifarmacia, que incluyen la prescripción racional y la revisión sistemática de medicamentos recetados, conocida como conciliación de medicamentos.

Los usuarios de múltiples medicamentos pueden desempeñar un papel importante en este proceso cuando se les proporciona información, herramientas y recursos adecuados que los ayuden a tomar decisiones sobre el uso seguro de los medicamentos<sup>(13)</sup>.

El involucramiento del usuario y del cuidador en su propia seguridad fue reconocida como un componente clave en los procesos asistenciales. La OMS estableció el programa Paciente para la seguridad del paciente (en inglés, *Patient for Patient Safety*) con el fin de dar voz al usuario, la familia y la comunidad, en todos los niveles de la atención médica, a través del compromiso y el empoderamiento. El Programa también tiene como objetivo animar a las personas a ser corresponsables de su propia seguridad en la prestación de cuidados. Por tanto, parece que identificar la naturaleza de los errores de medicación y sus causas para prevenirlos es de fundamental importancia.

Cabe precisar que no todos los errores de medicación resultan en eventos adversos. Aun así, algunos errores pueden tener consecuencias desastrosas para los pacientes, especialmente cuando se trata de un fármaco potencialmente peligroso (MPP), también conocido como fármaco de alta vigilancia. Dichos medicamentos incluyen: insulinas, anticoagulantes, agentes quimioterapéuticos y sedantes. En cuanto al tipo de daño asociado al uso de MPP, los más frecuentes son hipotensión, hemorragia, hipoglucemia, delirio, letargo y bradicardia. Por lo tanto, las prácticas seguras en el proceso de uso de medicamentos pueden reducir los eventos adversos asociados con el uso de MPP. Para obtener más información sobre MPP para pacientes ambulatorios, acceda [aquí](#).

En el contexto de la APS, la adopción de algunas estrategias en las diferentes etapas del proceso de uso de la medicación puede mejorar la seguridad de los adultos mayores utilizando la polifarmacia en el domicilio<sup>(16)</sup>.

Es de destacar que los adultos mayores institucionalizados también utilizan la polifarmacia provocando más vulnerabilidad a EAM porque, en general, tienen un peor estado de salud y porque son más dependientes de los cuidados. Además, las casas de reposo o geriátricos tienen particularidades que favorecen los errores de medicación. Para obtener más información sobre los riesgos potenciales de EAM en ILDAM, acceda [aquí](#).

### **Gestión del riesgo de caídas y EAM relacionados con la polifarmacia**

Reducir los daños asociados con la atención médica, especialmente en tiempos de pandemia, es uno de los deberes y responsabilidades de los enfermeros. Las etapas del Proceso de Enfermería (PE) pueden coadyuvar en la minimización de la exposición del adulto mayor a riesgos pues ayuda a los enfermeros a priorizar las necesidades de salud, así como a planificar la atención de enfermería enfocada a resultados. Además, el PN, como expresión del método clínico de nuestra profesión, apoya la toma de decisiones

y permite la comunicación efectiva entre enfermeras y otros miembros del equipo multidisciplinar.

En este sentido, los Sistemas de Lenguaje Estandarizado en Enfermería (SLP) también tienen el potencial de mejorar la seguridad de las personas mayores en tiempos de la pandemia COVID-19 y puede permitir la estandarización de los conceptos utilizados por las enfermeras en la práctica clínica y favorecen la comunicación precisa de la atención brindada. Es preciso destacar que las fallas en la comunicación en los puntos de transición en la atención son una de las principales causas de eventos adversos en los servicios de salud porque derivan en pérdida de continuidad de la atención y el tratamiento inadecuado. Para obtener más información sobre el impacto de las fallas de comunicación en los puntos de transición de atención, acceda [aquí](#).

Actualmente, el uso de las taxonomías NANDA-I <sup>(17)</sup>, para la descripción de los diagnósticos de enfermería, ya está divulgado entre las escuelas de enfermería de América Latina; NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) <sup>(18)</sup> y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) <sup>(19)</sup> para el desarrollo de la planificación del cuidado de enfermería y, en la evaluación, nuevamente el NOC <sup>(18)</sup>. Dichos SLP serán utilizados de esta forma positiva en el presente capítulo.

Consideremos ahora el siguiente caso, elaborado a partir de una situación ficticia, para ser utilizado como ejercicio de razonamiento clínico para el manejo de riesgos relacionados con caídas, los EAM, y para la aplicación de taxonomías de enfermería NANDA-I <sup>(17)</sup>, NOC <sup>(18)</sup> y NIC <sup>(19)</sup> a un adulto mayor de la comunidad, en el contexto de la pandemia COVID-19.

La Sra. M. R., 73 años, casada, jubilada, con cuatro años de escolaridad, hipertensa por más de 20 años y diabética por 13 años, tiene antecedentes de infarto agudo de miocardio a los 70 años, siendo fumadora hasta la época del infarto. Hace uso habitual de glibenclamida 10 mg, isosorbida mononitrato 80 mg, espirolactona 100 mg, digoxina 0,25 mg, furosemida 120 mg, captopril 100 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg por día. Presenta períodos de confusión y agitación mental, sueño discontinuo, se despierta varias veces durante la noche, con dificultad para respirar, disminución de la fuerza muscular, fácil desequilibrio al caminar, tambaleo, necesita ayuda del cuidador y / o profesional de la salud para caminar, sin embargo, la Sra. MR dice que no necesita ayuda. En los últimos 12 meses, la paciente registró dos caídas desde su propia altura, sin trauma, pero mencionó miedo a caer. En la valoración del riesgo de caídas por la *Morse Fall Scale*, la paciente alcanzó los 75 puntos (alto riesgo). Su glucemia capilar, en el momento de la consulta, era de 94 miligramos por decilitro (mg / dl).

Con base en los datos recolectados, la enfermera pudo identificar el diagnóstico de enfermería **Riesgo de caídas** (00155), del Dominio 11. Seguridad / Protección, Clase 2. Lesión física, que fue definida por NANDA-I como “mayor susceptibilidad a caídas que puede causar daño físico y comprometer la salud” <sup>(17)</sup>. Los factores de riesgo incluyen dificultades para caminar y reducción de la fuerza en la extremidad inferior. Además, los adultos mayores forman parte de poblaciones de riesgo (antecedentes de caídas y edad  $\geq$  65 años) y tienen afecciones asociadas (agente farmacéutico [glibenclamida], deterioro de la función cognitiva y deterioro del equilibrio) <sup>(17)</sup>. Cabe señalar que la Sra. M. R. usa medicamentos que aumentan el riesgo de caídas, especialmente en los adultos mayores. Estos medicamentos incluyen:

- Mononitrato de Isossorbida (Riesgo mediano)
- Captopril (Riesgo mediano)
- Digoxina (Riesgo mediano)
- Espironolactona (riesgo bajo)
- Furosemida (riesgo bajo)

Además, la Sra. M. R. también usa regularmente glibenclamida, un medicamento potencialmente inapropiado para adultos mayores debido al riesgo pronunciado de hipoglucemia prolongada.

La siguiente etapa del PE consiste en planificar los cuidados de enfermería. Considerando el caso en cuestión, el enfermero podría establecer el resultado del NOC <sup>(18)</sup> **Comportamiento de prevención de caídas** (1909) del Dominio IV. Conocimientos y comportamiento en salud, Clase T. Control de riesgos y seguridad. Este resultado tiene un puntaje que va desde “Nunca demostrado” (puntaje 1) hasta “Demostrado de manera consistente” (puntaje 5) y tiene 20 indicadores de resultado. Considerando el caso en cuestión, el enfermero podría seleccionar lo siguiente: solicita asistencia (190923), usa procedimiento de traslado seguro (190919), controla la inquietud (190916) y toma precauciones al tomar medicamentos que aumentan el riesgo de caídas (190917) <sup>(18)</sup>.

El siguiente paso es identificar las intervenciones apropiadas para lograr el resultado deseado para la Sra. M. R. La intervención del NIC de **Prevención de caídas** (6490) del Dominio 4. Seguridad, Clase V. Control de riesgos <sup>(19)</sup>, es un ejemplo. Esta intervención cuenta con 65 actividades que otorgarán subsidios para recetas de enfermería. Por tanto, el enfermero debe seleccionar los más relevantes para el adulto mayor a su cargo. Se puede acceder a un ejemplo de planificación de cuidados de enfermería para la Sra. M. R. [aquí](#).

En el contexto de prevención de EAM relacionado con la polifarmacia, el NIC <sup>(19)</sup> sugiere intervenciones dirigidas en la administración segura de medicamentos, así como medidas de confort que ayuden al individuo a afrontar efectos terapéuticos y/o eventos adversos. También incluye intervenciones que promuevan la educación en salud de la persona, la familia y/o el cuidador, a favor de la mejor respuesta terapéutica. Por ejemplo, la intervención de enfermería de **Control de medicamentos** (2380) del Dominio 2. Fisiológico: Complejo, Clase H. Control de medicamentos, proporciona una lista de actividades que facilitan el uso seguro y eficaz de medicamentos recetados y no recetados.

En este mismo Dominio y Clase, existen otras intervenciones de enfermería relacionadas con la seguridad en el uso de medicamentos que pueden ser utilizadas por las enfermeras para reducir los riesgos relacionados con la polifarmacia, tales como:

- 2300 – Administración de medicamentos
- 2395 – Reconciliación de medicamentos
- 5616 – Enseñanza: Medicamentos prescritos

La planificación, además debe incluir la identificación de las dosis recomendadas y las vías de

administración, la planificación de los tiempos de administración (horarios), la educación del adulto mayor en cuestión, así como a sus familiares y/o cuidadores sobre la importancia de mantener registros de las respuestas a la terapia con medicamentos y la educación de los adultos mayores sobre la autoadministración de medicamentos, cuando corresponda<sup>(20)</sup>.

Luego, el enfermero implementa el plan de cuidados y documenta las actividades realizadas. La implementación consta de la cuarta etapa del PE y está vinculada a la planificación de los cuidados de enfermería<sup>(21)</sup>. Por ejemplo, en el caso de la señora M. R., el enfermo investiga el estado de salud para asegurarse de que no ha cambiado con el tiempo y verificar que las intervenciones de enfermería siguen siendo adecuadas.

Finalmente, el enfermero realiza la evaluación, que consta de la quinta etapa del PE. Este paso se realiza para determinar el avance de la Sra. M. R. con relación al logro de los resultados deseados, por lo que vuelve a utilizar el NOC<sup>(18)</sup>. Además, el enfermero identifica y monitorea las respuestas de la Sra. M. R. con relación a las intervenciones de enfermería, con el fin de cambiar el plan de cuidados, si es necesario. Para ello, la enfermera realiza una entrevista, exploración física, revisa la historia clínica<sup>(22)</sup> y verifica el logro de los resultados esperados.

Se enfatiza que la aplicación del PE, sustentada en una teoría de enfermería, mejora la calidad del cuidado brindado, humaniza el cuidado, define el rol del enfermero, da autonomía a la profesión, dirige el equipo de enfermería y facilita la medición de costos en Salud.

Para gestionar los riesgos relacionados con la atención de la salud, los enfermeros también deben realizar una evaluación sistemática de las intervenciones para mejorar la calidad y seguridad de la atención brindada en todos los niveles de la atención de salud. Por lo tanto, el enfermero debe medir y comprender los riesgos y las causas de los daños para desarrollar soluciones que prevengan, reduzcan o mitiguen los efectos de las caídas y de los EAM en los adultos mayores.

Medir es un concepto abstracto que requiere operacionalización cuantitativa para permitir comparaciones en el tiempo y el espacio, así como para ayudar a las enfermeras a determinar estándares que consideren la identificación de errores y aciertos. A tal efecto, la medida cuantitativa considerada patrón oro es el indicador<sup>(23)</sup>.

El indicador es una medida o señal que contiene información relevante sobre ciertos atributos y dimensiones del estado de salud del paciente, así como el desempeño del sistema de salud. Es una herramienta que le permite monitorear, evaluar acciones y apoyar decisiones. Además, el indicador debe estar estructurado e incluir los siguientes componentes<sup>(24)</sup>:

- Nombre
- Definición
- Objetivo
- Descripción de términos



- Fórmula
- Tipo
- Meta
- Fuente de datos
- Frecuencia de medición
- Presentación de los resultados

Considerando a los adultos mayores de la comunidad en riesgo de caídas y/o EAM relacionados con la polifarmacia, el enfermero puede considerar los siguientes indicadores:

- Porcentaje de adultos mayores con evaluación de riesgo de caídas
- Porcentaje de acciones de prácticas seguras en la prevención de caídas
- Porcentaje de caídas en adultos mayores
- Porcentaje de acciones de prácticas seguras en la administración de medicamentos
- Porcentaje de aplicación de los nueve correctos en la administración de medicamentos

Ejemplo de cómo desarrollar indicadores para el seguimiento del riesgo de caídas y EAM relacionados con la polifarmacia en la APS, acceda [aquí](#).

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Es fundamental considerar que en la formación de los futuros enfermeros se cree un pensamiento crítico, potencializando con mayor fuerza la cultura de la seguridad del cuidado a las personas adultas mayores en el hogar, familia y comunidad.

El enfermero necesita desarrollar habilidades y competencias en el razonamiento clínico y el diagnóstico, así como en la planificación del cuidado enfermero, para reducir las tasas de eventos adversos relacionados con el cuidado de la salud y mejorar los resultados de los adultos mayores de la comunidad, especialmente en tiempos de pandemia. En este contexto, el PE y los SLP en Enfermería permiten reflexionar sobre el papel y la responsabilidad del enfermero en la seguridad de los ancianos en riesgo de caídas y EAM relacionados con la polifarmacia.

Sin embargo, existen desafíos que superar:

A menudo vemos una dicotomía entre la enseñanza y la práctica clínica. Por lo tanto, es necesario trazar estrategias para reducir esta brecha y está relacionada con la falta de transversalidad de la asignatura en el currículo formal del enfermero, estrategia de enseñanza para el desarrollo del razonamiento clínico y crítico de los estudiantes, además, es necesario en el equipo de salud integre acciones el PE como son la valoración y diagnóstico, teniendo en cuenta como método sistemático debe conllevar a brindar una atención de calidad, segura y centrada en la persona y la familia, sin sobrecarga del trabajo de los profesionales y cultura organizacional óptima. Se destaca la relación entre la calidad de la formación de enfermeros y menores tasas de eventos adversos y muertes. Por lo tanto, la formación en enfermería

puede verse como uno de los principales pilares de la mejora de la calidad, con una clara necesidad de enfoques innovadores en la enseñanza de PE y de los SLP en los cursos de pregrado.

Es fundamental el diseño y propuestas de políticas a los gobiernos de turno, estandarizando procedimientos y protocolos, para el manejo de la polifarmacia y la prevención de caídas, que implica la prescripción racional y la revisión sistemática de medicamentos recetados, también conocida como conciliación de medicamentos, para ello se hace necesario implementar estándares de calidad con la medición de los indicadores trazados relacionados a prevención de eventos adversos. Para gestionar los riesgos relacionados con la atención de la salud, los enfermeros también deben realizar una evaluación sistemática de las intervenciones para mejorar la calidad y seguridad de la atención brindada en todos los niveles de la atención de salud. Por lo tanto, el enfermero debe medir y comprender los riesgos y las causas de los daños para desarrollar soluciones que prevengan, reduzcan o mitiguen los efectos de las caídas y de los EAM en adultos mayores. Es necesario involucrar al usuario, cuidador en su propia seguridad, según la fue reconocida como un componente clave en los procesos asistenciales.

## REFERENCIAS

1. Staines A, Amalberti R, Berwick DM, Braithwaite J, Lachman P, Vincent CA. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int J Qual Health C.* 2020;50. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa050>.
2. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet.* 2020;395(10227):848-850. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1).
3. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open.* 2020;4(1):bjgpopen20X101041. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
4. Brasil. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2th. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; 2020.
5. Rosenbaum L. The untold toll - the pandemic's effects on patients without Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(24):2368-71. DOI: 10.1056/NEJMms2009984.
6. World Health Organization (WHO) [Internet]. Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic>.
7. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Primary health care, 2019 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
8. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Caídas - datos y cifras. Ginebra: OPAS; 2018 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
9. Paixão-Júnior C, Heckman M. Distúrbio de posturas, marcha e quedas. In: Freitas E, Py L, editors. Tratado de geriatría e gerontología. 4th. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 2339-64.
10. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm univ.* 2019;16:31-40. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>.
11. Cruz DT, Cruz FM, Chaoubah A, Leite ICG. Factors associated with recurrent falls in a cohort of elderly

- people. *Cad Saude Colet*. 2017;25:475-482. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040081>.
12. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*. 2018;8(5):e019101. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019101.
  13. World Health Organization (WHO) [Internet]. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.id=23E3E58293025B546A38236B7882AFC7?sequence=1>.
  14. Rosa M, Cândido R, Nascimento R. O uso seguro de medicamentos no Brasil. *Consensus*. 2018;Ano VIII(26):36-45. Available from: <https://www.conass.org.br/consensus/o-uso-seguro-de-medicamentos-brasil/>
  15. Silva MB, Parra LV, Carro LAA, Deyá DA. El médico y la enfermera en la prevención de la polifarmacia de la tercera edad. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 2013;(2013\_04). Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2013/04/medico-enfermera.html>
  16. World Health Organization (WHO) [Internet]. Medication errors. Technical series on safer primary care. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?utm\\_medium=email&utm\\_source=transaction](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?utm_medium=email&utm_source=transaction).
  17. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2018/2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
  18. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC classificação dos resultados de enfermagem. 5th. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2015.
  19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC classificação das intervenções de enfermagem. 6th. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016.
  20. Gimenes FRE, Motta APG, Rigobello MCG. Processo de enfermagem na administração segura de medicamentos. In: NANDA International, Inc., Heather HT, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VMd, editors. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo 4. 4. 1 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 103-132.
  21. Alfaro-LeFevre R, Thorell A. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7th. Porto Alegre: Artmed; 2010.
  22. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's Pocket Guide: diagnoses, prioritized interventions and rationales. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
  23. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2013;25(1):26-33. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/260546750\\_El\\_contexto\\_actual\\_de\\_la\\_calidad\\_en\\_salud\\_y\\_sus\\_indicadores](https://www.researchgate.net/publication/260546750_El_contexto_actual_de_la_calidad_en_salud_y_sus_indicadores)
  24. Ortega, Lejía, Puntunet S. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Medica PANAMERICANA; 2014.

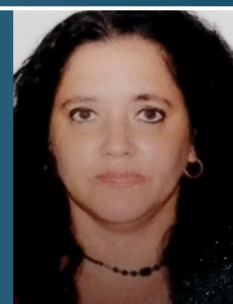
# 15

## LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



**Maria José D'Elboux**  
Brasil

**Edith Nieves Alvarez Pérez**  
Cuba



**Maria José Sanches Marin**  
Brasil

**Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez**  
Ecuador



## 15 - LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Maria José D'Elboux

ORCID: 0000-0002-7973-3439

Edith Nieves Alvarez Pérez

ORCID:0000-0001696-9122

Maria José Sanches Marin

ORCID: 0000-0001-6210-6941

Ruth Jakeline Oviedo Rodriguez

ORCID: 0000-0002-3584-7928

### RESUMEN

**Introducción:** La Atención Primaria de Salud (APS) es uno de los puntos de entrada preferidos por la población adulta mayor para enfrentar la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, enfermedad denominada COVID-19. Es importante identificar signos de violencia contra los adultos mayores en este tiempo de encierro domiciliario que puedan hacerlas más vulnerables. **Objetivo:** Describir el contexto del adulto mayor y la atención de enfermería a víctimas de violencia durante la pandemia COVID-19 en el contexto de la Atención Primaria de Salud. **Desarrollo del tema:** el capítulo aborda el escenario de violencia contra las personas adultas mayores, describe los diferentes tipos contextos en los que puede ocurrir, el perfil de las víctimas, sus agresores y describe el desempeño del enfermero en el contexto del Proceso de Enfermería y la pandemia. **Consideraciones finales:** La atención de enfermería debe estar fundamentalmente enfocada a la detección del problema, a través de la anamnesis y exploración clínica, notificación de violencia, la adopción de medidas acordes a cada situación, con la participación de un equipo interdisciplinario.

**Descriptores:** Maltrato al adulto mayor; Envejecimiento; Violencia; Atención Primaria en Salud; Contagios por Coronavirus.

# Introducción

Las transformaciones en el curso del COVID-19 post pandémico serán intensas. En este contexto, la atención gerontológica calificada se torna imprescindible en la práctica asistencial y se destaca frente a las necesidades de la población adulta mayor, por ser la principal víctima de esta enfermedad<sup>(1)</sup>.

Inicialmente, hay que considerar que los datos han demostrado que la COVID-19 es potencialmente mortal y particularmente peligroso para los adultos mayores especialmente aquellos con comorbilidades, incluyendo diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, que afectan a esta población. En Brasil, el 69,3% de las muertes se dio entre las personas mayores de 60 años<sup>(2)</sup>.

Por tratarse de una enfermedad altamente contagiosa, con el objetivo de reducir su propagación, se han instituido políticas de salud pública, que incluyen distanciamiento social y la “orden” de permanecer en casa, que, aunque tiene un carácter de prevención del contagio; la verdad es que constituye un potencial factor de riesgo para la violencia contra los adultos mayores, por lo que es necesario y urgente prestar más atención a esta población de riesgo.

En situaciones catastróficas, los adultos mayores son más vulnerables a la violencia, especialmente la violencia doméstica o familiar. La COVID-19 y la respuesta al virus representan un tipo de desastre con consecuencias potenciales muy diferentes, incluido un aumento de los factores de riesgo de maltrato a los adultos mayores<sup>(3)</sup>.

El confinamiento en el hogar, la presencia de una familia desestructurada y no competente para el cuidado de los adultos mayores, convivencia con familiares con antecedentes de agresión, uso de drogas ilícitas y alcohol, el grado de dependencia funcional y cognitiva del adulto mayor, contribuyen a diferentes tipos de violencia.

Así, la Atención Primaria de Salud (APS) es el tipo de atención de salud que más se acerca al día a día de las personas, de las familias y de la comunidad. Por ese motivo, asume una gran responsabilidad frente a la violencia contra los adultos mayores en situaciones de confinamiento durante la pandemia denominada Covid-19<sup>(3)</sup>, considerando que el 80% de los afectados son pacientes domiciliarios<sup>(4)</sup>.

En este contexto, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, deben utilizar los recursos que tienen para la detección temprana y trabajar con el equipo multidisciplinarios para coordinar la atención integral a los adultos mayores en caso de maltrato<sup>(5)</sup>.

## OBJETIVO

Describir el contexto del adulto mayor y la atención de enfermería a víctimas de violencia durante la pandemia COVID-19 en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

# Desarrollo del tema

## Aspectos epidemiológicos

Ante el aumento acelerado de los adultos mayores, se ha identificado que este grupo de personas vienen sufriendo violencias de distintos tipos, ya que la sociedad no está preparada para atender los problemas que demandan los adultos mayores<sup>(6)</sup>.

La violencia es un proceso con múltiples causas, a nivel mundial y están presente en la sociedad desde sus inicios, en diferentes ámbitos culturales, económicos, sociales, y representa un problema de salud colectivo, en constante evolución<sup>(7)</sup>.

Los adultos mayores son un grupo de la población con alta vulnerabilidad al maltrato, especialmente cuando son mujeres, solteras, ancianas, con baja escolaridad, tienen alguna dependencia física o psicológica y conviven con hijos, nueras y nietos. En un estudio que se analizó los casos de denuncias de violencia contra la mujer, Se observó que la letalidad fue mayor entre aquellas con más de 80 años<sup>(8)</sup>.

En Brasil, los datos del Sistema de Vigilancia de Violencia y Accidentes (SVVA) muestran que en 2014 se notificaron 12.297 casos de violencia contra los adultos mayores, de los cuales el 43,7% son casos de repetición y el 70,4% fueron denuncias realizadas dentro de la residencia de la víctima, la mayoría practicados por los hijos de las víctimas. También se analizó que en el 11,3% de los casos se encontraron lesiones autoinfligidos, existiendo incluso, situaciones de angustia emocional; provocando este flagelo. En cuanto al sexo, el 54,7% de los casos de violencia fueron contra la mujer<sup>(9)</sup>.

Una de cada cuatro personas adultas mayores se encuentra en riesgo de violencia doméstica. Por ende, un pequeño porcentaje de casos son notificados, sobre todo por medio de represalias o prejuicios sociales, además de un estado de culpa, vergüenza, impotencia y desamparo. A menudo, existe una falta de comprensión del significado de la violencia por parte de la persona adulta mayor o simplemente ella no admite la existencia de dicha violencia, debido a creencias religiosas, culturales o incluso, debido a las normas de su contexto social<sup>(10,11)</sup>.

Es de mencionar que muchos delitos de agresión contra los adultos mayores no se denuncian por falta de evidencia concreta, ya que ocurren en el contexto familiar y no cuentan con testigos. La violencia familiar es una de las más preocupantes ya que es más difícil de controlar porque involucra vínculos afectivos, siendo así una violencia sufrida en silencio<sup>(11)</sup>.

## Conceptos / Tipos

La violencia contra los adultos mayores puede ser definida como cualquier acción única o repetida; o incluso la falta de prevención adecuada ocurrida dentro de una relación en la que existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona adulta mayor<sup>(12)</sup>.

La Red Internacional para la Prevención del Maltrato a los Adultos mayores y la Organización Mundial de la Salud (OMS) enumeraron siete tipos de violencia: **1)** abuso físico o maltratos físicos, en el que se usa la fuerza física causando lesiones, dolor, discapacidades o muerte; **2)** abuso psicológico o maltrato que corresponde a maltrato verbal como intimidación con gritos y amenazas, humillación y maltrato no verbal, como aislamiento, desprecio y hostilidad<sup>(13)</sup>; **3)** negligencia, en la que el responsable se niega u omite el cuidado de los adultos mayores; **4)** auto negligencia, cuando hay una negación o falta de atención adecuada a si misma; **5)** abandono, que consiste en la ausencia de asistencia de la persona responsable; **6)** abuso financiero, en el que se produce la explotación ilegal o no autorizada de recursos por parte del adulto mayor y; **7)** abuso sexual<sup>(14)</sup>.

En estos tipos de violencia, el Centro Nacional para el Abuso del Adulto Mayor, en Estados Unidos, incluye la violencia médica que se refiere a tratamientos o procedimientos médicos innecesarios por la edad, como, por ejemplo, la realización de mamografía en los mayores de 85 años<sup>(15)</sup>.

### **Especificidad del tema en la pandemia**

Dada la alta frecuencia y repercusión de la violencia presentes en las condiciones de vida y salud de los adultos mayores, resultan especialmente preocupantes las de la vulnerabilidad física, mental y social, presente entre ellos, en la invisibilidad del problema, y por el hecho de que se da en el hogar y por las personas cercanas a la víctima. Además de estar asociado a las condiciones impuestas por la pandemia de COVID-19 agrava aún más las preocupaciones y la necesidad de reflexionar sobre el tema, con miras a plantear las posibilidades de intervenciones.

A nivel mundial, la COVID-19 se ha convertido en la pandemia del siglo XXI; aún no se sabe con certeza como es la biología y transmisión de este virus, solo se observa que la mortalidad está sujeta a una estimación aproximada, la cual ha variado entre diferentes poblaciones, sin aclaraciones sobre los microorganismos y sus enfermedades asociadas<sup>(16)</sup>.

El enfermero, en su rol de cuidador, debe velar por la salud de la población y la propia, siendo la educación y la formación las mejores herramientas para cuidar de los demás y de sí mismo. En algunos países se observa una mala preparación de los sistemas de salud para esta pandemia, debido a la falta de financiamiento público en salud, falta de elementos de protección individual, escasez de personal, así como limitaciones en espacios y camas para la atención de pacientes sospechosos o confirmados por COVID-19<sup>(16)</sup>.

### **Principales problemas identificados en las políticas públicas en los países de Latinoamérica**

La atención primaria o comunitaria es una prioridad para la población mundial, donde los sistemas de salud deben orientar sus acciones para lograrlo<sup>(17)</sup>.

La cobertura universal de salud significa que todo el mundo debería tener acceso a sistemas y servicios de calidad. Sin embargo, en el contexto actual de precariedad, donde las diferencias socioeconómicas van en aumento, y donde la epidemia de COVID-19 ha sido un ejemplo severo y devastador se pueden vislumbrar diferentes tipos de violencia contra los adultos mayores.



Dichas desigualdades sociales revelan la violencia presente en la dificultad del acceso a alimentos, medicamentos y servicios de salud.

América Latina y el Caribe se han convertido en uno de los focos de COVID-19, exacerbado por sus estructuras de protección social débiles; sistemas de salud fragmentados y profundas desigualdades. La pandemia provocará la peor recesión de los últimos 100 años en la región y se estima que generará una contracción del producto interno bruto (PIB) regional de 9.1% en 2020. Eso puede hacer que el número de personas que viven en la pobreza en América Latina aumente a 45 millones (alcanzando un total de 230 millones de personas) y el de personas en pobreza extrema a 28 millones (alcanzando un total de 96 millones) exponiéndolos de esa manera al riesgo de desnutrición<sup>(17,18)</sup>.

Antes de la pandemia, el modelo de desarrollo de la región ya enfrentaba serias limitaciones estructurales: altos niveles de desigualdad, limitaciones en la balanza de pagos y exportaciones, concentradas en sectores de baja tecnología, que se manifestaban en recurrentes crisis monetarias y de deuda externa. Existía también: bajo crecimiento, altos niveles de informalidad y pobreza, vulnerabilidad al cambio climático y desastres naturales y pérdida de biodiversidad. Los indicadores sociales negativos se vieron y continúan agravándose por las tasas extremadamente altas de homicidio y violencia<sup>(18)</sup>.

La recuperación post pandémica debe ser una oportunidad para transformar el modelo de desarrollo de América Latina y el Caribe, de acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>(18)</sup>.

El Informe de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantean la necesidad de vincular las políticas de salud con las políticas económicas y sociales, de los cuales las primeras deben ir acompañadas de una '*Renta Básica de Emergencia*', un '*Bono Contra el Hambre*' y '*Protección del Sector Productivo*'. Aún más, afirma que durante la realización de ellas, deben incluirse la consolidación de fórmulas de protección social universal e integrales, además de un gasto público suficiente, eficiente, efectivo y equitativo<sup>(19)</sup>.

### **Principales indicadores de violencia a obtener en la recolección de datos**

La acción de enfermería para identificar signos de violencia debe estar dirigida al adulto mayor y la familia, tanto en el contexto del hogar como al ingresar al servicio de salud<sup>(20,21)</sup>. Especialmente cuando el adulto mayor sufre violencia psicológica, él se muestra cabizbajo, apático, se limita a responder pocas preguntas o prefiere que su acompañante o cuidador les responda.

Dadas las diferentes formas de practicar la violencia contra los adultos mayores, a veces, es difícil reconocer sus signos, ya que algunos de estos pueden confundirse con enfermedades y traumas comunes en la vejez, como caídas, fracturas, entre otros. Además, la presencia de una máscara en el rostro, que es obligatoria, también puede dificultar la visualización de las expresiones faciales tanto del adulto mayor como de su acompañante.

Uno de los indicadores esenciales de violencia es la comunicación no verbal. Ya que los adultos mayores pueden mostrar miedo, debido a su cuidador; como, comunicarse visualmente con él antes de responder

cualquier pregunta, mostrando señales de depresión. Inclusive, es común el sentimiento de culpa, la percepción de la sobrecarga laboral para la familia y considerarse un obstáculo para sus familiares. Es por ello, que se debe prestar especial atención cuando el familiar o el cuidador se niegan a que el adulto mayor esté a solas con el profesional de la salud.

Así mismo, en un momento privado, la persona puede pasar por situaciones de violencia económica, como la presión o condiciones forzadas que sufren de algunos familiares para firmar documentos, realizar préstamos bancarios, canjear solicitudes financieras, utilizar la tarjeta electrónica para retirar la jubilación sin entregarla, robo o desaparición de dinero y joyas. Tal escenario puede comprometer su calidad de vida, llevando a los adultos mayores a condiciones por debajo de sus recursos monetarios reales, impidiéndoles comprar ropa y alimentos a su gusto, materiales para su propio consumo e incluso medicamentos<sup>(22)</sup>.

Se pueden observar ambientes negligentes por medio de la falta de higiene corporal, ropa sucia o rota, presencia de olor a orina, lesiones por presión, somnolencia por exceso de medicación. El peso corporal puede estar por debajo de lo normal, con signos y síntomas de desnutrición y deshidratación<sup>(20)</sup>.

La violencia física más notoria se evidencia por la existencia de hematomas en diferentes fases y en diferentes partes del cuerpo, marcas de quemaduras de cigarrillo, lesiones de la piel por la fuerza manual del agresor, caídas sucesivas, lesiones del músculo esquelético como fracturas, dislocaciones o esguinces, signos de movilidad restringida, como marcas de cuerdas en las muñecas para contención, búsqueda frecuente de servicios de salud, anteojos o prótesis rotas<sup>(13)</sup>.

Aunque las caídas son eventos comunes entre los adultos mayores, la verdadera razón es que, la mayoría de las veces son utilizadas como justificaciones del acompañante para la presencia de hematomas en el adulto mayor; lesiones en el pecho, párpados, cuello y abdomen generalmente no son el resultado de caídas. Así, la enfermera debe interrogar al adulto mayor y al familiar sobre las circunstancias en las que ocurrieron las lesiones y evaluar la consistencia de las respuestas<sup>(13)</sup>.

Otra situación que requiere especial atención son los adultos mayores con demencia, alteraciones cognitivas y dependencia para las actividades diarias. Estas condiciones pueden dificultar la identificación de signos de violencia. Los cambios cognitivos; por ejemplo, limitan la comunicación y la expresión del adulto mayor y, estos le impiden tomar la iniciativa de denunciar. Ya la dependencia física, por su parte, puede generar dependencia conductual, es decir, miedo a las represalias y de denunciar al familiar. La autocensura y la vergüenza pueden llevarlo a aceptar la situación como algo normal o, es más, a no aceptar la situación como: maltratos domésticos.

La literatura sobre el tema presenta diferentes instrumentos de identificación de la violencia contra los adultos mayores dirigidos a cuidadores y profesionales de la salud y a pesar de la diferencia entre ellos; son considerados un medio útil para verificar los maltratos, las circunstancias en las que ocurren y ayudan a identificar el tipo de violencia, sus signos y agresiones<sup>(23)</sup>.

Entre los instrumentos aplicados a las personas mayores, destaca «La Prueba de Cribado de Abuso

de Adultos mayores **Hwalek-Sengstock»** (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test —H-S/EAST*), que busca identificar signos de presencia o sospecha de abuso; ya la «Escala de Detección de Vulnerabilidad al Abuso» (*Vulnerability to Abuse Screening Scale —VASS*), verifica el riesgo de que la persona adulta mayor sufra violencia doméstica basada en los dominios físico, psicológico, negligencia y financiero; ahora, el instrumento «*Caregiver Abuse Screen (CASE)*», es lo autocompletado por el cuidador. Es decir, un instrumento simplificado para sospechar violencia y cuenta con preguntas sobre situaciones que se refieren a diferentes tipos de violencia. Sin embargo, no evalúa abandono, auto negligencia y violencia sexual. Todos estos instrumentos están adaptados al portugués brasileño<sup>(23)</sup>.

### **Principales problemas identificados e intervenciones de enfermería**

Ante la situación actual, el enfermero debe estar capacitado para identificar y prescribir estrategias que reduzcan el riesgo de nuevos contagios y situaciones de violencia contra los adultos mayores, a través de la atención primaria, con el fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad asociada.

**ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO:** particularidades en la identificación de situaciones de violencia.

> En la entrevista:

- Proporcionar un momento privado con el adulto mayor, sin la presencia de su acompañante, donde pueda describir sus verdaderos sentimientos. Observe su postura y actitudes, su comunicación verbal y no verbal.
- Identificar factores de riesgo como reportes de infección, sangrado intestinal, desequilibrio hidroelectrolítico, uso de sedantes, diuréticos, presencia de estreñimiento intestinal y control de enfermedades crónicas.
- A través de las respuestas, identificar el tipo de violencia o los tipos de violencias que vive el adulto mayor.
- Averiguar el tiempo que el adulto mayor permanece solo en casa, el contacto con los hijos o familiares.
- Evaluar los medicamentos en uso y su adecuación a la prescripción médica, verificar si hay indicios de negligencia por medicamentos.
- Evaluar la ingesta de alimentos y agua: horarios, calidad y cantidad de alimentos y líquidos.
- Brindar condiciones para que la persona mayor revele situaciones de violencia financiera.
- Estar atento a las señales que pueden generar sospechas y, posteriormente, confirmar o no un caso de violencia. Estos signos incluyen: miedo, inseguridad al responder preguntas, baja autoestima, depresión o nerviosismo, citas perdidas; visitas frecuentes al servicio de urgencias y otros indicios sugestivos de violencia.

Realizar una evaluación geriátrica integral o amplia, indicada si el adulto mayor tiene multimorbilidades o vulnerabilidad. Se deberá evaluar los siguientes ámbitos:

- Funcionalidad
- Cognición
- Estado de ánimo y depresión
- El sensorial
- Movilidad / Caídas
- El estado nutricional
- Apoyo social

> En el examen físico del adulto mayor:

- Evalúe las condiciones físicas y de higiene de la ropa, el olor o el mal olor de la orina.
- Busque signos de deshidratación.
- Especial atención a la presencia de lesiones cutáneas en el cuello, cabeza o zona cubital del antebrazo, que son zonas habituales de traumatismo físico, ya que corresponden a las zonas más accesibles.
- Verificar la presencia de manchas de sangre en la ropa interior, lesiones y hematomas en las regiones genitales y cambios bruscos en el comportamiento del adulto mayor, que pueden denotar violencia sexual;

### **En situaciones de probable o confirmada de violencia contra los adultos mayores<sup>(5)</sup>:**

- Entrevistar al cuidador, confirmar la existencia de maltrato. Observar la posición del compañero / familiar y su relato sobre el día a día de la familia en busca de signos de descuido y abandono.
- Comuníquese con el agente de salud comunitario para obtener información adicional. Los agentes comunitarios son las personas que tienen más información sobre los casos de violencia, ya que están en mayor contacto con la comunidad, pudiendo identificar situaciones conflictivas.
- Ofrecer apoyo al cuidador mediante asistencia psicológica, programas de cuidador sustituto, visitas domiciliarias y seguimiento.
- Brindar orientación a los adultos mayores, familiares y cuidadores a través de acciones educativas.
- Ante la confirmación de la situación de violencia, realizar notificación para el seguimiento del caso junto con el médico, psicólogo y otros profesionales del equipo.
- Realizar visitas domiciliarias y entrevistar a otros residentes. Esta estrategia asistencial permite al enfermero y al resto de miembros del equipo acercarse y conocer la realidad que viven los adultos mayores en sus hogares. También permite reconocer la dinámica familiar, el entorno y especialmente los factores de riesgo que hacen que el adulto mayor sea más vulnerable a la situación de violencia. Además, favorece la identificación de recursos desde el hogar y la comunidad, que puedan ayudar a enfermeras y personal en el desarrollo de estrategias de identificación e intervención que atiendan la salud del adulto mayor en sus diferentes dimensiones.

En el caso de los adultos mayores con infección por COVID-19, se deben dar pautas para reducir el riesgo de transmisión a otros familiares y personal del equipo de salud, considerando las medidas de bioseguridad indicadas (implementar lavado de manos, el uso de alcohol en gel y evitar espacios con mucha gente).

En presencia de familiares o personas cercanas infectadas con COVID 19, es necesario establecer estrategias de aislamiento para evitar que el adulto mayor tenga contacto con la persona infectada. Establecer protocolos de prevención acordes a la realidad local, con el fin de reducir los contagios, especialmente en las poblaciones más vulnerables, donde se incluyen los adultos mayores.

Los lugares que dependen del agente comunitario de salud se debe mantenerlos como vínculo entre las familias y el equipo. En este caso ellos deben ser orientados a realizar visitas periódicas manteniendo la

distancia necesaria de cuidados, uso de mascarillas y si es necesario guantes de procedimiento.

La atención de enfermería, por tanto, debe estar orientada fundamentalmente a la detección del problema, a través de la anamnesis y el examen clínico, bien sea para la notificación de la violencia, la adopción de medidas acordes a cada situación, con la participación de un equipo interdisciplinario.

Las intervenciones de enfermería son continuas ya que, luego de la intervención y evaluación de los resultados, los cambios de planificación y los comportamientos y estrategias se modifican de acuerdo con las necesidades del adulto mayor y la familia. Se trata de un proceso secuencial e individual, en el que las enfermeras se encargan de la detección e intervención precoz, así como de la educación sanitaria para las personas mayores y sus familias.

La actuación del enfermero de atención primaria es necesaria en la planificación y ejecución de las medidas de prevención, control y tratamiento para minimizar la carga de la enfermedad en el sistema de hospitalización, considerando que el 80% de los afectados por COVID-19 fueron pacientes con tratamiento domiciliario, así como de, un alto riesgo de malos tratos<sup>(19)</sup>.

De esa forma, se busca que las enfermeras y otros miembros del equipo de salud realicen la atención domiciliar de manera oportuna, así como la elaboración de protocolos ante problemas, apoyados en programas dirigidos a los adultos mayores y sus familias.

Finalmente, se hace énfasis en la formación profesional permanente del personal de enfermería y se hace un llamado a los gobiernos nacionales y locales para incrementar los recursos destinados a la salud pública.

La atención a los adultos mayores que son víctimas de violencia en tiempos de pandemia es muy compleja, ya que la violencia la cometen con mayor frecuencia miembros de la familia. Y ante la situación actual, los conflictos tienen a aumentar por la necesidad de quedarse en casa.

Los elementos que desencadenan situaciones de violencia son complejos y su comprensión requiere una atención continua, especialmente en el momento de la pandemia. La mayoría de las veces se trata de motivos interpersonales, pero como consecuencia de factores macroestructurales (desempleo), comunitarios (aislamiento social prolongado) e individuales (alcoholismo, sobrecarga laboral, dependencia funcional), que interactúan y se retroalimentan<sup>(5)</sup>.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La población adulta mayor es vulnerable al COVID-19 y a la violencia. En este caso, el confinamiento domiciliar puede ser un detonante de discrepancias interpersonales, especialmente cuando está relacionado a factores de riesgo que puede presentar el adulto mayor, tales como dependencia funcional, cognitiva y estrés del cuidador.

El momento de la atención de enfermería en la atención primaria es fundamental para las enfermeras,

pues permite que, los profesionales de la salud detecten signos de violencia y realicen procedimientos de planificación e intervenciones de enfermería orientadas a cambios beneficiosos y eviten el agravamiento de la situación.

## REFERENCIAS

1. Hammerschmidt KSA, Bonatelli LCS, Carvalho AA. Path of Hope in Relationships Involving the Elderly: Look at Complexity Under Covid-19 Pandemic. *Texto & Contexto Enfermagem* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.281>
2. Elman A, Breckman R, Clark S, et al. Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. *J Appl Gerontol.* 2020;39(7):690-699. DOI: [10.1177/0733464820924853](https://doi.org/10.1177/0733464820924853)
3. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. *Observatório Covid-19 (Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde)*. Fiocruz, maio 2020. Available from: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>
4. World Health Organization [Internet]. Washington DC. 2020. Centre for disease control (2020). COVID-19 Resources for Schools, Students, and Families. Available from: <http://www.ed.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-orevention/olderadults>
5. Almeida CAPL, Silva Neto MC, Carvalho FMFD, Lago EC. The aspects related to violence against elderly: nurse's perception from the family health strategy. *Rev Fund Care Online.* 2019;11(n.esp):404-410. DOI: [10.9789/2175-5361.2019.v11i2.404-410](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.404-410)
6. Bittencourt P, Silva MA. Violência verbal contra idosos: palavras e silêncio marcados pela dominação. *Rev Pretextos.* 2018;3(6):622-640. [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15938>
7. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. *Rev. Latinoam. Enferm. Ribeirão Preto,* 2014;22(1):85-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3186.2388>.
8. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Older adults' emotional reactions to elder victimisation determinants. *Health and Social Care in the community.* 2018;27(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12673>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2017 Jun. 10]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf)
10. International Network For The Prevention Of Elder Abuse (INPEA). Reports on elder abuse prevention from around the world 2009. Worcester: INPEA, 2009. Available from: <https://sites.google.com/a/nicenet.ca/weaad2009/inspiration-stories>
11. Dias I, Lopes A, Lemos R. O Abuso de Pessoas Idosas: Definições e Controvérsias. In: Paulino M, Costa D. (coords.). *Maus-Tratos a Pessoas Idosas*. Lisboa: Pactor; 2019. p.19-34.
12. World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. 24p. Available from: [https://www.who.int/ageing/publications/missing\\_voices/en/](https://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/)

13. Almeida IFS, Santos CL dos, Vieira DN. Abuso de idosos e o papel dos profissionais de saúde. Rev Port Med Geral Fam 2020;36:24-34. DOI: <https://orcid.org/0000-0003-0948-8754>
14. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. Rev. Gaúcha Enferm. 2018;39:e57462 [cited 2020 May 15]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>  
[U.S. Department of Health and Human Services](#)  
[Administration for Community Living](#). La clasificación diseñada por el National Center on Elder Abuse [Internet]. Washington DC. 2020. National Center on Elder Abuse (NCEA). [cited 2020 Jul 14]. Available from: <https://ncea.acl.gov/>
15. Rodríguez MP. COVID-19: La urdimbre del cuidado. Rev. Rupturas. Costa Rica. 2020;10:27-32. Available from: <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/rupturas/article/view/2920>
16. Equipe Forbes [Internet]. Republica Dominicana 2020. World Health Organization. La pandemia disparará pobreza y desigualdad en Latinoamérica: ONU. [cited 2020 Jun 24]. Available from: <https://forbescentroamerica.com/2020/07/09/la-pandemia-disparara-pobreza-y-desigualdad-en-latinoamerica-onu/>
17. World Health Organization [Internet]. Geneva. 2020. Informe: Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean. [cited 2020 Jun 24]. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/informe-el-impacto-del-covid-19-en-am-rica-latina-y-el-caribe-julio-2020>
18. Informe: COVID-19 CEPAL-OPS 30 de Julio de 2020 Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Orbe. Prensa Latina Agenda Informativa Latinoamericana S.A. ISSN1608-1838. La salud es lo primero por Rafael Calcines. p. 3.
19. Almeida CAPL, Neto MCS, Carvalho FMFD, et al. The Aspects Related to Violence Against Elderly: Nurse's Perception from the Family Health Strategy. Rev Fund Care. 2019;11(n.esp):404-410. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.404-410>.
20. Mendes NCS, Gonçalves MCS, Vinha ECM. Assistência de enfermagem frente as vítimas de violência doméstica na cidade de João Pinheiro – MG: estudo de caso em um hospital público. Scientia Generalis. 2020;1(3):20-36, [cited 2020 Sep. 3]. Available from: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/v1n3a2>
21. Azevedo CO, Silva TASM. Cuidados de Enfermagem para detecção de violência contra idosos. Revista Pró-Universus.. 2019;10(1):55-59. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1651>
22. Freitas MGC, Araújo KR, Costa KAF, Santana RP. Análise de instrumentos quantitativos na investigação da violência doméstica contra os idosos: uma revisão bibliográfica. Braz. J. Hea. Rev. 2019;2(4):2386-2396. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1745>
23. São Paulo. Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

# 16

## EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON VIH EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19



Renata Karina Reis  
Brasil

Aliete Cristina Gomes Dias  
Pedrosa da Cunha-Oliveira  
Portugal



Elucir Gir  
Brasil

Gessyca Cavalcante  
de Melo  
Brasil



Marli Teresinha  
Gimenez Galvão  
Brasil

Patrícia Mardy Ruiz Pizarro  
Perú





## 16 – EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON VIH EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19

Renata Karina Reis

ORCID: 0000-0002-0681-4721

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha-Oliveira

ORCID: 0000-0001-8399-8619

Elucir Gir

ORCID: 0000-0002-3757-4900

Gessyca Cavalcante de Melo

ORCID: 0000-0002-6774-857X

Marli Teresinha Gimenez Galvão

ORCID: 0000-0003-3995-9107

Patrícia Mardy Ruiz Pizarro

ORCID:0000-0003-3689-044X

### RESUMEN

**Introducción:** El número de adultos mayores viviendo con VIH, cuyo diagnóstico y atención de salud precoz permiten una mayor supervivencia como resultado de un seguimiento mejor dirigido. **Objetivo:** Posibilitar el conocimiento sobre el sistema de atención de enfermería para los adultos mayores con VIH durante el COVID-19.

**Desarrollo del tema:** Se incluyó la epidemiología y diferentes aspectos del adulto mayor con VIH para orientar la comprensión de la necesidad del enfermero de desarrollar una asistencia basada en la sistematización del cuidado que permita validar los hallazgos de la anamnesis; identificar problemas; definir el diagnóstico de enfermería; planificar e implementar acciones de enfermería y monitorear la evolución del paciente en el servicio. Las acciones gerenciales de la enfermera, como el uso de las nuevas tecnologías sanitarias, para obtener información y ofrecer ayuda son medidas rápidas y decisivas para que los adultos mayores reduzcan la visita al servicio o permanezcan el menor tiempo posible en la unidad de salud, además de adecuar el entorno reduciendo el riesgo de propagación del SARS-COV-2. **Consideraciones finales:** La enfermera que trabaja en la atención primaria de salud tiene un rol fundamental en el enfrentamiento del VIH/COVID-19, ya sea implementando acciones gerenciales, preventivas o asistenciales a las personas mayores viviendo con VIH.

**Descriptores:** SARS-COV-2; Adulto Mayor; EL Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; EL Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Proceso de Enfermería.

# Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un desafío mundial. En 2018 la prevalencia del VIH y el sida en el mundo fue de 37,9 millones, la incidencia de 1,7 millones y la mortalidad de 770 mil. En el mismo período, la epidemia de SIDA ha cambiado en las poblaciones, con más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en poblaciones clave (trabajadores sexuales, consumidores de drogas, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero y presos) y sus asociaciones. En general, la incidencia entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años disminuyó en un 25% entre los años 2010 a 2018<sup>(1)</sup>.

La respuesta al VIH en América Latina se basa principalmente en recursos financieros nacionales. Sin embargo, esta inversión no ha sido suficiente con los programas dirigidos a grupos de población clave, entre ellas la expansión de servicios de prevención para HSH, trabajadoras sexuales y personas transgénero. En estos países existe una importante dependencia de las donaciones internacionales, lo que amenaza la sostenibilidad de los programas cuando estos fondos disminuyen<sup>(1)</sup>.

Latinoamérica enfrenta otro tipo de desafíos, incluido el dramático aumento de la migración resultante de la incertidumbre sociopolítica. La cobertura y el tratamiento de la infección por el VIH ha disminuido drásticamente en Venezuela y las personas que viven con el VIH(PVVIH) están migrando a otros países en busca de tratamiento.

La proporción de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico en esta región se estima en 1,9 millones (1,6 a 2,4 millones). Esta cifra representa un aumento del 80% (62 a 95%) en 2018, pasando de 75% (58 a 95%) en 2017 y 70% (53 a 89%) en 2015<sup>(1)</sup>.

Se estima que, en América Latina, en 2018, 100 mil personas (79 mil a 130 mil) contrajeron el VIH, lo que representa un aumento del 7% en comparación con el año 2010. Aproximadamente la mitad de los países de la región tuvieron un aumento en la incidencia entre los años 2010 y 2018, registrando los mayores incrementos en Brasil (21%), Costa Rica (21%), Bolivia (22%) y Chile (34%). En el mismo período, hubo caídas significativas en El Salvador (-48%), Nicaragua (-29%) y Colombia (-22%)<sup>(1)</sup>.

De manera General, el número anual de muertes relacionadas con el SIDA en la región disminuyó en un 14% entre los años 2010 y 2018, con una pérdida estimada de 35 mil (25 a 46 mil) vidas en 2018, debido a causas relacionadas con el SIDA. La razón incidencia-prevalencia en la región continúa disminuyendo, alcanzando el 5,4% (4,1% al 6,8%) en 2018<sup>(1)</sup>.

Existen diferencias significativas entre países en cuanto a la disponibilidad de datos con respecto al tamaño de la población clave. Dada la alta prevalencia e incidencia del VIH en HSH y personas transgéneros, se deben fortalecer y ampliar los sistemas nacionales de información en salud para

para obtener datos globales fidedignos sobre esta población<sup>(1)</sup>.

Existen numerosos obstáculos para el logro de las metas 90-90-90 en la región, algunos relacionados con la prestación de atención después del diagnóstico. Cabe mencionar que el diagnóstico tardío también sigue siendo un desafío en América Latina, identificado en aproximadamente 40% de las personas diagnosticadas con un recuento de CD4 <350 / mm<sup>3</sup> en 12 de 14 países<sup>(1)</sup>.

## OBJETIVO

Posibilitar el conocimiento sobre el sistema de atención de enfermería para los adultos mayores con VIH durante el COVID-19.

# Desarrollo del tema

Con los avances obtenidos con la terapia antirretroviral (TARV), fue posible transformar la infección por VIH en una enfermedad crónica controlable. Así, las personas diagnosticadas comenzaron a tener una mayor expectativa de vida y mejor calidad debido a la capacidad de mantener la carga viral plasmática a niveles indetectables y la posibilidad de control inmunológico<sup>(2)</sup>.

El número de adultos mayores que viven con el VIH/SIDA también está creciendo, debido a las mayores facilidades y acceso a nuevos diagnósticos, así como por el aumento de la supervivencia gracias a un mejor control de la enfermedad<sup>(2)</sup>. También se sabe que en actualidad existen 4,2 millones de personas entre 50 y más años que viven con el VIH en el mundo, cerca del 13% al 15% de ellas en América Latina y el Caribe<sup>(3)</sup>. Esta región fue la que tuvo una de las tasas más altas y rápidas de crecimiento del VIH en este grupo de edad. Lo que trae importantes implicaciones para el cuidado de la salud de esta población.

Con la adquisición de la infección por VIH (PVVIH) en los adultos mayores y el aumento de la longevidad de las personas que viven con la enfermedad, hay una mayor prevalencia crónica de comorbilidades y condiciones geriátricas<sup>(4)</sup> que parecen desarrollarse de manera precoz en comparación con la población del mismo grupo de edad que no tiene el virus<sup>(5)</sup>.

Así, el aumento de multimorbilidad como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades renales, disfunción cognitiva, depresión y osteopenia son más frecuentes entre las PVVIH. Y algunas de estas comorbilidades pueden ser inducidas o empeoradas por TARV<sup>(6)</sup>. El síndrome de fragilidad, caracterizado por una mayor vulnerabilidad a los factores ambientales y una menor reserva fisiológica, común en las personas mayores, también está asociada frecuentemente con las PVVIH<sup>(6)</sup>.

Estas comorbilidades indican que las personas con PVHIV sufren de envejecimiento acelerado, siendo —la senescencia celular— causada en respuesta al estrés un posible contribuyente a este fenómeno<sup>(7)</sup>.

A su vez, los factores de estrés asociados a la infección por VIH pueden explicarse por la activación constante del sistema inmunológico provocada por la propia actividad viral en el organismo y los efectos provocados por el uso de antirretrovirales (ARV) a largo plazo<sup>(8)</sup>. Lo que conlleva un mayor riesgo de resultados adversos para la salud, que incluyen caídas, movilidad reducida, menor independencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, menor calidad de vida, hospitalización, discapacidad y muerte<sup>(9)</sup>.

Las PVVIH también desarrollan síndromes geriátricos antes que las personas no infectadas<sup>(10)</sup>. Estos síndromes geriátricos incluyen una amplia variedad de procesos patológicos que incluyen caídas, incontinencia urinaria, dificultad con las actividades de la vida diaria, marcha lenta, déficits sensoriales como pérdida de audición y visión y deterioro neurocognitivo<sup>(10)</sup>.

### **Infección por VIH y sus impactos en la salud física y mental**

Las personas de 50 años o más que viven con el VIH tienen un proceso inflamatorio crónico en su organismo debido al virus, con activación inmunológica. Además de eso, existen traslocaciones microbianas intestinales y cambios funcionales que las hacen más susceptibles a la aparición de otras patologías, provocando la aceleración del envejecimiento de estas personas frente a otros individuos no infectados por el VIH, y por consecuencia, serios efectos en su calidad de vida.

La infección por VIH, al ser una enfermedad crónica, requiere muchos ajustes en la vida para el autocuidado de las PVVIH. Particularmente entre las personas mayores que viven con el VIH, estos cambios y adaptaciones pueden afectar su calidad de vida, además del aumento de discapacidades físicas y morbilidades como enfermedades psiquiátricas, pérdida de la pareja y los amigos, aislamiento social y estigma<sup>(10)</sup>.

### **Adultos mayores que viven con el HIV durante la pandemia de COVID-19**

Además de estos factores estresantes que experimentan los adultos mayores que viven con el VIH, en diciembre de 2019 surgió una enfermedad causada por el coronavirus (COVID-19), que trajo impactos y desafíos al sector de la salud mundial<sup>(11)</sup>.

La pandemia de COVID-19 ha surgido rápidamente como una amenaza significativa para la salud pública, con el mayor grado de morbilidad y mortalidad entre los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas subyacentes, incluidas las personas con sistemas inmunitarios comprometidos<sup>(12)</sup>.

Si bien se están investigando los factores y las combinaciones de factores subyacentes que determinan la gravedad de COVID-19, la disfunción del sistema inmunológico y otras enfermedades crónicas concomitantes plantean preocupaciones sobre la gravedad de COVID-19<sup>(12)</sup>. Las PVVIH pueden adquirir COVID-19 y verse ampliamente afectadas con un riesgo de enfermedad y progresión similar a las personas con VIH negativas. La presencia de multimorbilidad y la edad avanzada parecen ser factores importantes de morbilidad y mortalidad graves con la coinfección por COVID-19-HIV<sup>(13)</sup>.

Con el advenimiento de la pandemia COVID-19 en América Latina, los servicios de salud tuvieron que orientar sus esfuerzos para atender una demanda creciente de pacientes con sospecha o infección por SARS-CoV 2, alterando o hasta interrumpiendo la atención de rutina de los pacientes, incluidos los que viven con el VIH. Aun así, las medidas de prevención de COVID-19, como la distancia física o el aislamiento social recomendadas por la OMS, que son fundamentales para prevenir y contener la propagación del SARS-CoV-2, pueden generar dificultades potenciales para que las PVVIH accedan al TARV y mantengan la adherencia al tratamiento<sup>(14)</sup>.

Además, tales medidas pueden agregar una carga para las PVVIH, especialmente las mujeres mayores que ya experimentan altos índices de soledad y aislamiento social, comprometiendo su bienestar social. Estas condiciones de salud que se refuerzan mutuamente constituyen una unión para las PVVIH (cuando dos o más epidemias interactúan sinérgicamente produciendo una mayor carga de enfermedad en una determinada población)<sup>(15)</sup>.

### **Proceso de atención al adulto mayor con VIH en Atención Primaria de Salud**

Este escenario presenta algunos desafíos y se requiere atención específica para prevenir el desarrollo o progresión de estas comorbilidades y otros problemas psicosociales de salud a medida que el individuo con VIH envejece.

El proceso de enfermería (PE) es una herramienta metodológica que orienta el cuidado profesional de enfermería. Dichas herramientas se basan en un marco teórico y consta de cinco pasos interrelacionados: **1) Historia, 2) Diagnóstico, 3) Planificación, 4) Implementación y 5) Evaluación**. El rigor para realizar todas las etapas depende de las buenas habilidades de la enfermera y de datos fácticos, relevantes y completos<sup>(16)</sup>.

En las instituciones de salud en servicios ambulatorios, el PE corresponde a la Consulta de Enfermería<sup>(17)</sup>; por lo que el enfermero puede diagnosticar las necesidades del paciente, proceder con la prescripción de cuidados y posteriormente evaluar las intervenciones con el adulto mayor, teniendo la oportunidad de desarrollar intervenciones que involucren el autocuidado y la mejora de la calidad de vida de las PVVIH<sup>(17)</sup>. En el cuidado de las PVVIH, la Teoría de Dorothea Orem, también conocida como la “*Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado*”, es un referente válido que puede ser adoptado en la sistematización del cuidado de enfermería, siendo utilizada en un estudio con PVVIH<sup>(17)</sup>. Esta teoría tiene como objetivo identificar el déficit de autocuidado del individuo, que es fundamental para mantener la salud de las personas mayores viviendo con VIH/SIDA.

Considerando que los adultos mayores que viven con VIH tienen multimorbilidades crónicas que aumentan su vulnerabilidad y amplían sus posibilidades de mayor discapacidad funcional. Se enfatiza la necesidad de brindar atención en salud a esta población, con miras a mantener la funcionalidad, la independencia y la autonomía en la mayor medida posible<sup>(18)</sup>.

El enfermero con respecto a las acciones relacionadas con la salud del adulto mayor en la atención primaria de salud tiene un amplio campo de desarrollo para su desempeño profesional, ya sea a través

de la consulta de enfermería, en el consultorio o en el hogar, así como a través de las actividades de enfermería en educación para la salud, que puede realizarse a nivel individual o colectivo<sup>(18)</sup>.

Entre sus beneficios, la consulta de enfermería puede favorecer el diagnóstico oportuno de la infección por el VIH ya que su diagnóstico suele ser tardío en las personas mayores en comparación con las más jóvenes, ya que los síntomas de la infección por el VIH pueden confundirse con los de otras enfermedades comunes entre los adultos mayores, y también porque los profesionales de la salud no consideran que esta población tenga un alto riesgo de infección por el VIH<sup>(19)</sup>.

La enfermera también puede aprovechar la consulta de enfermería para manejar las multimorbididades que experimentan las PVVIH, a fin de implementar intervenciones enfocadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y el mantenimiento o restablecimiento del autocuidado dirigido a sus necesidades, incluyendo aspectos relevantes que involucran la prevención, diagnóstico y manejo de COVID-19.

### **Recolección de datos**

La recolección de datos de los adultos mayores que viven con el VIH debe comenzar con la realización eficiente e integral de la anamnesis, que incluya el cribado de hipertensión, obesidad, síntomas respiratorios y otros aspectos relevantes para la atención integral; tales como, antecedentes sexuales, relaciones afectivo-sexuales, métodos de prevención contra *Infecciones de Transmisión Sexual* (ITS), tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias. Así como datos de asistencia social recibido por la familia y la red de apoyo.

El uso de instrumentos y escalas válidos también son muy útiles para ayudar a las enfermeras en la identificación de posibles problemas de enfermería, por ejemplo, se puede utilizar la Escala de Depresión Geriátrica, <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/GeriaticDepression-es.htm>

Otro aspecto relevante para la evaluación se refiere a la investigación de los medicamentos utilizados por los adultos mayores. La presencia de múltiples comorbilidades favorece el uso de muchos medicamentos, lo que puede incrementar el riesgo de reacciones adversas e impactar negativamente en la adherencia.

La adherencia —de la terapia— a los antirretrovirales también es un aspecto relevante y central en la atención a esta población. Por ejemplo: La adherencia a la TARV mejora constantemente los resultados de salud a largo plazo, pero es vulnerable si se producen interrupciones del tratamiento debido a la pandemia de COVID-19<sup>(15)</sup>. De esta forma, el seguimiento de la adherencia a la TARV es muy recomendable por parte de las organizaciones sanitarias y los principales métodos son: autoinforme por entrevista, recuento de pastillas, recarga en farmacia y sistema de seguimiento de eventos de medicación. Monitorear la adherencia a la TARV en los adultos mayores es una forma desafiante pero crítica de identificar a aquellos con baja adherencia.

Si bien existen importantes diferencias en las características socioculturales entre los países de América

Latina y el Caribe, aún perduran desigualdades similares que actúan como barreras para el tratamiento del VIH. Por tanto, la evaluación de la adherencia es un proceso fundamental para las enfermeras.

Durante la recolección de datos, la enfermera debe realizar el examen físico que es de gran valor para la atención; ya que permite verificar los hallazgos de la anamnesis, identificar problemas, definir diagnósticos de enfermería, planificar e implementar acciones de enfermería y monitorear la evolución del paciente<sup>(20)</sup>.

El examen físico, que consiste en las maniobras Semiotécnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación; permite la identificación de anomalías, signos objetivos y verificables que pueden contener información sobre problemas de salud significativos para la identificación de diagnósticos de enfermería. En ese sentido, las Semiotécnicas brindan subsidios imprescindibles para la planificación de asistencia<sup>(20)</sup>.

En la recolección de datos, las enfermeras deben conocer el patrón normal de funcionamiento físico, psicológico y social, considerando las diferencias en el desarrollo, cambios y manifestaciones de la enfermedad en diferentes grupos de edad. Por lo tanto, es necesario reconocer las particularidades de la evaluación clínica del adulto mayor.

De modo fundamental, la enfermera también debe conocer los cambios fisiológicos y emocionales del envejecimiento. Sobre todo, debe saber diferenciarlos de los patológicos, entendiendo que muchas veces la presentación de signos y síntomas se da de forma atípica en los adultos mayores, es decir, diferente a lo que se observa en los adultos.

Como ocurre con cualquier enfermedad incurable pero manejable, vivir con el VIH/SIDA requiere ajustes a lo largo de la vida para el cuidado personal. Idealmente, esto incluye la toma de medicamentos de forma ininterrumpida; visitas regulares a los servicios de salud para realizar pruebas de seguimiento y consultas con un equipo multidisciplinario; adoptar hábitos alimentarios saludables; practicar ejercicios físicos; afrontar los impactos emocionales y sociales provocados por el estigma de condición y cambios de comportamiento para prevenir otras infecciones. Teniendo en cuenta estos aspectos, podemos elaborar los siguientes diagnósticos de enfermería, según la NANDA-I<sup>(21)</sup>.

Diagnóstico de enfermería	Definición
Ansiedad	Sensación vaga e incómoda de incomodidad o miedo, acompañada de una respuesta autónoma (la fuente a menudo es inespecífica o desconocida para el individuo); sentimiento de aprensión causado por anticipar el peligro. Es una señal de advertencia que llama la atención sobre un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para hacer frente a la amenaza.
Síndrome del adulto mayor frágil	Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al adulto mayor que pasa por deterioro en uno o más dominios de salud (físico, funcional, psicológico o social) e lleva al aumento de la susceptibilidad a efectos de salud adversos, en particular a incapacidades.

Conocimiento deficiente	Ausencia de información cognitiva o adquisición de información relacionada con un tema específico.
Comportamiento de salud propenso a riesgos	Capacidad alterada para modificar el estilo de vida y / o acciones con el fin de mejorar el nivel de bienestar.
Control sanitario ineficaz	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de enfermedades y sus consecuencias, insatisfactorio para alcanzar metas específicas de salud.
Disposición para mejorar el control de la salud	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de enfermedades y sus secuelas susceptibles de mejora.
Mantenimiento ineficaz de la salud	Incapacidad para identificar, controlar y / o buscar ayuda para mantener el bienestar.
Riesgo de infección	Vulnerable a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.

Después de identificar los diagnósticos de enfermería, la enfermera planifica la asistencia, enumera los resultados esperados y prepara las intervenciones de enfermería. A continuación, enumeramos las intervenciones de enfermería que puede realizar el enfermero, con base en la taxonomía de las Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (NIC)<sup>(22)</sup> y otras referencias.

### Intervenciones de enfermería para personas mayores que viven con el HIV

<b>Evaluación de SALUD (6520)</b>
Obtener un historial médico, según corresponda, que incluya una descripción de los hábitos de salud, los factores de riesgo y medicamentos.
Utilice herramientas de evaluación de la salud válidas y fiables
Realizar examen físico.
Informe al paciente con hallazgos anormales sobre alternativas de tratamiento o la necesidad de otras evaluaciones.
Derivar al paciente a otros proveedores de atención médica, si es necesario.
<b>Reducción de ANSIEDAD (5820)</b>
Identifica cambios en el nivel de ansiedad.
Ayudar a los adultos mayores a identificar situaciones que precipiten la ansiedad.



<p>Guíe a los adultos mayores en el uso de técnicas de reducción de la ansiedad (como relajación, respiración profunda, meditación, disfrutar de la naturaleza).</p>
<p>Ayudar a los adultos mayores a fortalecer las habilidades de resolución de problemas. Resalte las estrategias lógicas que puede utilizar cuando experimente sentimientos de ansiedad.</p>
<p>Instruya a los adultos mayores sobre el uso adecuado de los ansiolíticos recetados.</p>
<p>Animar a los adultos mayores a realizar actividad física, eligiendo alguna actividad de su preferencia.</p>
<p>Ayudar a los adultos mayores a identificar y realizar alguna actividad placentera, que les dé beneficio y que ayuden a hacerle frente a los efectos negativos de la pérdida de funcionalidad como actividades manuales, cultivo de jardín, escuchar música, practicar juegos de mesa (rompecabezas, crucigramas), leer un libro, aprender algo nuevo.</p>
<p>Guiar a los adultos mayores a practicar y ejercitar su fe.</p>
<p><b>Educación sanitaria (5510)</b></p>
<p>Determinar el conocimiento actual sobre la salud, los comportamientos y el estilo de vida de las personas mayores que viven con el VIH.</p>
<p>Desarrollar un plan de educación para la salud con foco en conocimientos, comportamientos y estilos de vida saludables, que se adhieran al tratamiento, preservación del sueño, descanso y alimentación saludable.</p>
<p>Explicar los signos, síntomas y formas de transmisión de COVID -19 <sup>(23)</sup>.</p>
<p>Enseñar cómo lavarse las manos con agua y jabón (durante 40 a 60 segundos) o alcohol en gel (durante 20 a 30 segundos) <sup>(23)</sup></p>
<p>Enseñar a las personas mayores sobre el uso, almacenamiento y limpieza de la mascarilla de tela <sup>(23)</sup></p>
<p>Guiar a los adultos mayores para que realicen una etiqueta respiratoria, cubriendo la boca y la nariz con un codo o un pañuelo flexionado al toser o estornudar <sup>(23)</sup></p>
<p>Guiar a los adultos mayores para que eviten el contacto cercano con cualquier persona que tenga fiebre o tos <sup>(23)</sup>.</p>
<p>Guiar para limpiar y desinfectar objetos y superficies que otras personas tocan con frecuencia con alcohol al 70% <sup>(23)</sup>.</p>
<p>Guiar a los adultos mayores para que mantengan el contacto social con familiares y amigos incluso a distancia <sup>(23)</sup>.</p>
<p>Guiar a los adultos mayores en caso de síntomas de COVID -19 a buscar atención médica, de acuerdo con el protocolo del servicio de salud.</p>
<p>Guiar a los adultos mayores con sospecha leve o diagnóstico de COVID -19 para que realicen aislamiento domiciliario <sup>(23)</sup></p>

<b>Protección contra Infección (6550)</b>
Orientar a los adultos mayores sobre las medidas de prevención de infecciones.
Evaluar la cobertura de vacunas de los adultos mayores.
Garantizar la integridad de las vacunas recomendadas para las personas que viven con el VIH.
Guiar a los adultos mayores para que mantengan un patrón de sueño reparador.
Enseñar sobre la terapia antirretroviral y las estrategias para la adherencia.
Enseñar y controlar la supresión virológica.
Aconsejar sobre reacciones adversas
Enseñar al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de la infección y cuándo informar al profesional de la salud.
Monitorear el uso de terapia preventiva para la tuberculosis.
Monitorear el uso de terapia preventiva para otras infecciones oportunistas.
Enseñar sobre el uso de preservativos y otros métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
Reforzar los riesgos de abandonar la terapia antirretroviral.
Asegurar la continuidad asistencial en las derivaciones y contrarreferencias del paciente que es trasladado a otro servicio de salud

Para aquellas personas adictas que presentan dificultades en sus actividades, el objetivo es disminuir la dependencia y, si es posible, restaurar la independencia. Sugerimos el desarrollo de un plan de cuidados que involucre al adulto mayor, la familia y su cuidador. Para ello, proponemos las siguientes intervenciones, según la NIC<sup>(22)</sup>.

### **Intervenciones de enfermería para adultos mayores dependientes que viven con el HIV**

<b>Asistencia para el cuidado personal (1800)</b>
Evaluar la capacidad de las actividades instrumentales de la vida diaria para identificar el autocuidado.
Orientar al cuidador del adulto mayor para adaptar el entorno y hacerlo más adecuado, como quitar alfombras, que pueden favorecer caídas, la colocación de barras de apoyo, pasamanos, pisos antideslizantes y rampas.
Controlar la necesidad del paciente de utilizar dispositivos de adaptación para la higiene personal, la colocación de la ropa, el cuidado de la apariencia, la higiene íntima y la alimentación.

Orientar al cuidador para prevenir lesiones por presión, con un cambio de decúbito a menudo en la posición, el uso de un colchón de huevo o caja de aire y / o cojín y protección de prominencias óseas con cojines o almohadas suaves y los pies deben estar elevados.

Desarrollar junto con el cuidador la organización de un Plan de Medicación Diaria, utilizando medicamentos en horarios estandarizados cuando sea necesario, como desayuno, almuerzo y cena, y hacer una lista de lo que se puede y no se puede dar en el mismo horario. Para facilitar y evitar, siempre que sea posible administrar medicamentos durante la madrugada.

Enseñar al adulto mayor y / o cuidador sobre estrategias que faciliten la administración de medicamentos, como el uso de cajas divididas en compartimentos que permitan colocar los medicamentos en los horarios respectivos de administración.

### **Acciones de gestión para los servicios de atención primaria de salud**

En tiempos de pandemia, el crecimiento exponencial en la cantidad de usuarios de teléfonos celulares en América Latina ofrece un espacio digital para que las personas y los servicios de salud brinden apoyo psicosocial y mensajes de adherencia al TARV, cumpliendo con las medidas de control social de COVID-19.

De esa forma; Los profesionales de la salud pueden, vía mensajes de texto por celular evaluaciones de salud; orientación y apoyo a los adultos mayores mientras mantienen medidas de distancia social<sup>(15)</sup>. Y al mismo tiempo, reducir la circulación y exposición de las personas en los servicios de salud en el momento de la pandemia COVID-19, sin dejar de respaldar la continuidad de la atención. se trata de una medida especialmente importante para los adultos mayores más vulnerables al SARS-COV-2, que son aquellos con un recuento de linfocitos T-CD4 por debajo de 500 células / ml.

Las consultas presenciales también pueden ser realizadas, siempre que las condiciones clínicas lo permitan, y teniendo en cuenta un historial de seguimiento y tratamiento regular de los pacientes. Los servicios también pueden actuar en la organización para ofrecer esta inmunización pública contra influenza y neumococos, independientemente del recuento de linfocitos TCD4, con el fin de reducir el número de personas con síntomas respiratorios. Medidas rápidas y decisivas deben formar parte del esfuerzo de los equipos para que los adultos mayores permanezcan lo más cortos posible en la unidad de salud. Las demandas de pruebas para diagnosticar y alojar casos recién diagnosticados no deben interrumpirse. El entorno debe estar adaptado para garantizar la reducción de riesgo de propagación del SARS-COV-2.

### **Evaluación**

Luego de la implementación de las intervenciones de enfermería, el enfermero debe realizar la evaluación, lo que consiste en monitorear las respuestas del adulto mayor al cuidado brindado por el enfermero y el equipo de enfermería, a fin de evaluar si se lograron los resultados de las intervenciones implementadas o si existe la necesidad de modificarlos<sup>(18)</sup>. Esta evaluación, debe realizarse en cada encuentro con personas mayores, familiares y cuidadores.

## CONSIDERACIONES FINALES

La epidemia de COVID-19 puede haber provocado interrupciones en la prestación de servicios a las personas que viven con el VIH, con impactos negativos en la adherencia al tratamiento y la atención médica integral para esta población. Vivir con una enfermedad crónica como la infección por VIH requiere adaptaciones importantes en la vida de las PVVIH, requiere una participación regular con el sistema de salud para mantener la evaluación de la salud, el acceso y la adherencia al TARV para lograr la supresión viral, asistencia y apoyo psicosocial. Sin embargo, con la llegada de COVID-19 se adicionó una carga para las PVVIH, especialmente para las mujeres mayores que ya experimentan altos índices de multimorbilidad, soledad y aislamiento social; que comprometen su salud y bienestar imponiendo importantes desafíos a los servicios y profesionales de la salud.

Las personas más vulnerables a COVID-19 pueden ser PVVIH que desconocen su diagnóstico o aún no están recibiendo la TARV. Por lo tanto, mantener los servicios con un enfoque en las pruebas y el tratamiento, es una respuesta importante para hacer frente al COVID-19 pues aquello protege a las PVVIH.

El enfermero que labora en la atención primaria de salud tiene un papel fundamental en el enfrentamiento de esta unión, ya sea implementando acciones de gestión, preventivas o asistenciales a las personas mayores viviendo con VIH/SIDA. La consulta de enfermería garantiza la autonomía del enfermero para brindar una atención individualizada de manera efectiva, enfocada a las necesidades de las personas mayores con VIH.

## REFERENCIAS

- 1- UNAIDS. UNAIDS DATA 2019. [Internet]. Geneva. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [cited 2020 Aug. 3]. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-UNAIDS-data-en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data-en.pdf).
- 2- Epps PV, Kalayjian RC. Human immunodeficiency virus and aging in the era of effective antiretroviral therapy. *Infect Dis Clin North Am.* 2017;31(4):791-810. DOI: [10.1016/j.idc.2017.07.007](https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.007)
- 3- UNAIDS [Internet]. Amsterdã. Human Immunodeficiency Virus and Aging in the Era of Effective Antiretroviral Therapy. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Estatísticas, 2019 [Cited 2020 Aug. 15]. Available from: <https://unaids.org.br/estatisticas/>
- 4- Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med.* 2017;18(4):256-266. DOI: <https://doi.org/10.1111/hiv.12421>
- 5- Engel T, Raffenberg M, Marzolini C, Cavassini M, Kovari H, Hasse B, et al. HIV and aging – perhaps not as dramatic as we feared? *Gerontology* 2018;64(5):446-456. DOI: <https://doi.org/10.1159/000489172>
- 6- Allavena C, Hanf M, Rey D, Duvivier C, BaniSadr F, Poizot-Martin I et al. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. *PLoS ONE* 2018;13(9): e0203895. DOI: [10.1371/journal.pone.0203895](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203895)
- 7- Cohen J, Torres C. HIV-associated cellular senescence: a contributor to accelerated aging. *Ageing Res. Rev.* 2017;2017;36:117-124. DOI: [10.1016/j.arr.2016.12.004](https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.004)

- 8- Levett TJ, Cresswell FV, Malik MA, Fisher M., Wright J. Systematic review of prevalence and predictors of frailty in individuals with Human Immunodeficiency Virus. *J. Am. Ger. Soc.* 2016;64(5):1006-1014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14101>
- 9- Erlandson KM, Perez J, Abdo M, Robertson K, Ellis RJ, Koletar SL, et al. Frailty, neurocognitive impairment, or both in predicting poor health outcomes among adults living with Human Immunodeficiency Virus. *Clin. Infect. Dis.* 2019;68(1):131-138. DOI: [10.1093/cid/ciy430](https://doi.org/10.1093/cid/ciy430)
- 10- Wing EJ. HIV and aging. *Int J Infect Dis.* 2016; 53:61-68. DOI: [10.1016/j.ijid.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.004)
- 11- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727–33. DOI: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>
- 12- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 13- Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. *AIDS Behav* (2020). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02983-2>
- 14- Nyoni T, Okumu M. COVID-19-Compliant Strategies for Supporting Treatment Adherence Among People Living with HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS Behav.* 2020;24:2473–2476. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02888-0>
- 15- Shiau S, Krause KD, Valera P, Swaminathan s, Halkitis PN. The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. *AIDS Behav.* 2020;24:2244–2249 (2020). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9>
- 16- Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 8th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 17- Alencar RA, Parenti ABH, Lopes CC, Ramos FT, Ciosak S I. Aspects that influence the self-care of patients living with human immunodeficiency virus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112>
- 18- Silva KM, Vicente FR, Santos SMA. Nursing consultation to the elderly in primary health care: a literature integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014;17(3):681-687. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12108>
- 19- Cardoso SW, Torres TS, Santini-Oliveira M, Marins LM, Veloso VG, Grinsztejn B. Aging with HIV: A Practical Review. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2013;17:464-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2012.11.007>
- 20- Santos N, Veiga P, Andrade R. Importance of history and physical examination for the care of nurses. *Rev. Bras Enferm.* 2011;64(2):355-358. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>
- 21- Herdman TH, Kamitsuru S (org.). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação* - 2018/2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- 22- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *NIC - classificação das intervenções de enfermagem*. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016.
- 23- World Health Organization (WHO) [Internet]. Brasília. UNAIDS Brasil. O que as pessoas que vivem com HIV precisam saber sobre HIV e COVID-19. [cited 2020 Sep. 12]. Available form: <https://unaid.org.br/2020/04/o-que-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-precisam-saber-sobre-hiv-e-covid-19/>

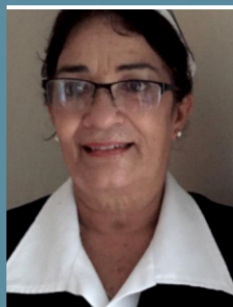
# 17

## EL ADULTO MAYOR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Giovana Paula Rezende Simino  
Brasil

Edvane Birelo Lopes De Domenico  
Brasil



Idalmis Infante Ochoa  
Cuba

Reyna Ysmelia Peralta Gómez  
Perú



## 17 - EL ADULTO MAYOR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Giovana Paula Rezende Simino

ORCID:. 0000-0002-9814-3004

Edvane Birelo Lopes De Domenico

ORCID: 0000-0001-7455-1727

Idalmis Infante Ochoa

ORCID 0000-0003-0120-0218

Reyna Ysmelia Peralta Gómez

ORCID:0000-0001-6673-7513

### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer es un problema de salud pública en todo el mundo. El principal factor de riesgo de las enfermedades neoplásicas malignas es la vejez. Por eso, los adultos mayores se ven más afectados por estas enfermedades y son más propensos a los efectos adversos de los diferentes tratamientos. La pandemia del nuevo coronavirus trajo cambios al tratamiento del cáncer. Se destaca la dificultad de acceso de los pacientes por la posibilidad de contaminación. **Objetivo:** Presentar consideraciones prioritarias para el Proceso de Atención de Enfermería en Oncología por parte de enfermeros de Atención Primaria en Salud a pacientes adultos mayores con cáncer en tiempos de pandemia por COVID-19. **Desarrollo del tema:** Para presentar el Proceso de Enfermería utilizamos grupos con indicios y síntomas más prevalentes en pacientes con cáncer, usando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Los signos y síntomas que desencadenaron nuestro proceso de atención incluyeron necesidades psicobiológicas (dolor, fatiga, integridad tisular, mielo depresión, adelgazamiento, entre otras) y necesidades psicosociales (angustia, insomnio, depresión, etc.). **Consideraciones finales:** De esta manera, este capítulo presenta al enfermero de la APS las posibilidades de intervenciones para los adultos mayores con cáncer en tiempos de pandemia por el nuevo coronavirus, dada la importancia del enfermero en la red de atención oncológica.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Anciano; Neoplasias; Primeros auxilios; Infecciones por Coronavirus.

# Introducción

El cáncer se considera un problema de salud pública importante en el mundo. Actualmente, el aumento de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el cáncer es notable, especialmente antes de los 70 años<sup>(1)</sup>. La Organización Mundial de la Salud estimó que desde 2018 alrededor de 18,1 millones de personas viven con cáncer, y que la mortalidad para este mismo año llegó a 9,6 millones de personas en todo el mundo. También agrega que el aumento de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad está en curvas ascendentes<sup>(2)</sup>. En Brasil, el país más grande de América Latina, las estimaciones pronostican que para el trienio 2020-2022, surjan 625 mil nuevos casos de cáncer a cada año<sup>(1)</sup>.

En el curso del tratamiento del cáncer, las terapias más utilizadas son la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía del cáncer. El tratamiento del cáncer puede tener como objetivo curar, promover la calidad de vida y apoyar la reducción del sufrimiento, y aplicar cuidados paliativos<sup>(3)</sup>. Los adultos mayores representan la mayor frecuencia de personas afectadas por el cáncer, y es de fundamental importancia resaltar que los tratamientos son agresivos y encuentran morbilidades preexistentes en los adultos mayores que exacerbaban los efectos adversos y aportan fragilidad y cuidados específicos a estos pacientes<sup>(4)</sup>.

De esta forma, reflejar la atención a los adultos mayores con cáncer en tiempos de pandemia por COVID-19 en la APS se torna fundamental para la atención en la Red de Salud.

## OBJETIVO

Presentar consideraciones prioritarias para el Proceso de Atención de Enfermería en Oncología por parte de enfermeros de Atención Primaria en Salud a pacientes adultos mayores con cáncer en tiempos de pandemia por COVID-19.

# Desarrollo del tema

## Aspectos epidemiológicos de cáncer en adultos mayores con coronavirus en América Latina.

Según el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCP) de los Estados Unidos, los colectivos vulnerables a ser más afectados por la COVID-19 están integrados por: adultos mayores, personas con comorbilidades, gestantes, discapacitados e inmunocomprometidos, y aquellos que se encuentran en tratamiento oncológico<sup>(5)</sup>. Por tal razón, la implementación de medidas preventivas para disminuir el contagio por SARS-CoV-2 es prioritaria<sup>(6)</sup>, más aún si se trata de personas que padecen de cáncer, ya que son más susceptibles a infecciones debido a la malignidad y la terapia anticancerígena que dan lugar a un estado de inmunosupresión. En Chile el 7.2 % de los casos de infección por coronavirus fue en personas de 60 años a más<sup>(7)</sup>.



En Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC - Perú), informó que el 24.9% de fallecidos por COVID-19 presentaba alguna comorbilidad, siendo en su mayoría por enfermedades no transmisibles entre ellas, solo el 1% tuvo cáncer. La letalidad de pacientes oncológicos con COVID-19 (14.2%) supera a los pacientes con enfermedad cardiovascular (10.8%), diabetes mellitus (9.8%) y a pacientes con enfermedad renal crónica (13.4%)<sup>(8)</sup>. La COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe<sup>(9-10)</sup> se ha convertido en una de las zonas críticas de la pandemia, agravado por estructuras sociales existentes débiles, por sistemas de salud con profundas desigualdades de acceso y poca información de calidad (que son más graves en las zonas rurales y remotas), y por la falta de un enfoque intercultural que incluye los idiomas y las costumbres, que afectan mucho más a los pueblos indígenas<sup>(9)</sup>.

### **Conceptos y tratamiento de las etapas del cáncer, y los efectos adversos**

Los pacientes oncológicos tienen mayor riesgo a ser infectados por SARS-CoV-2, pues se relaciona con el tener que frecuentar el hospital para acceder a sus tratamientos, tales como cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia e incluso consultas por otras enfermedades subyacentes al cáncer. Debido a esta exposición, el manejo de los pacientes con cáncer debe incluir información y educación clara sobre la higiene de manos, medidas de control de infecciones, signos y síntomas de la COVID-19.

Respecto al tratamiento no se aconseja su interrupción, pero sí una buena investigación que incluya exámenes de laboratorio de descarte para SARS-CoV-2, tomografía computarizada de tórax y prueba de RT-PCR. Los tratamientos que causan inmunosupresión deben evitarse o disminuir la dosis; recomendándose aislamiento por 5 a 7 días antes de toda clase de terapia, con un manejo estricto de los protocolos de bioseguridad, no solo del personal de salud, sino de su familia.

La edad y el diagnóstico de cáncer son pronosticadores significativos de los resultados adversos de la infección por COVID-19. Se debe estimar la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación, evaluar los beneficios y riesgos de proporcionar o retener temporalmente los tratamientos, y determinar las preferencias del paciente. En un entorno con recursos limitados, las herramientas de detección geriátrica se pueden administrar de forma remota para identificar a los pacientes que requieren cuidado integral. La telemedicina con médico y/o enfermera ayudan a garantizar la continuidad adecuada de la atención y minimizar el riesgo de exposición a la infección.

Con el aumento de los pacientes con COVID-19, muchos sistemas de salud carecen del personal, del espacio y de los suministros necesarios para ofrecer adecuadamente la atención de rutina. Esos cambios han retrasado los tratamientos para pacientes con cáncer y la diálisis para aquellos con enfermedad renal crónica<sup>(10)</sup>.

Las estrategias para proteger a las personas con condiciones subyacentes, que van desde el autoaislamiento con asistencia hasta la prestación de recursos y sistemas de apoyo adecuados, pueden ayudar a los países a reducir las muertes entre los grupos vulnerables, aplanar la curva y preservar la capacidad de los servicios de salud<sup>(10)</sup>.

## Proceso de cuidado en oncología

El proceso de enfermedad por cáncer está marcado por la sorpresa, la incertidumbre y el miedo al tener una representación social arraigada del sufrimiento, el dolor y la muerte, que puede generar ansiedad, depresión, angustia, entre otros síntomas. Invariablemente, el diagnóstico de cáncer cuando en estado avanzado, significa, clínicamente, un gran volumen de enfermedad asociado a metástasis a distancia; es polisintomático y dependiente de la viabilidad del plan terapéutico, ideal para el diagnóstico histopatológico, de hecho, fatal<sup>(11-12)</sup>.

Sin embargo, en la última década se han producido avances terapéuticos y los pacientes pueden ser conducidos a estados crónicos de enfermedad oncológica, especialmente si la asistencia es interdisciplinaria<sup>(13)</sup>. La edad avanzada tiene un mayor riesgo de efectos contrarios derivados del tratamiento del cáncer y/o la aparición o empeoramiento de otras afecciones, lo que lleva a que la salud empeore, surjan discapacidades funcionales y se produzca aislamiento social<sup>(14,15)</sup>.

De hecho, es necesario obtener subvenciones para la identificación, por parte del equipo profesional de la APS principalmente de enfermeras, de las condiciones clínicas catalogadas como signos y síntomas que pueden ser atendidas en la APS y aquellas que, una vez reconocidas por los profesionales de la APS, necesitan derivación del paciente a atención oncológica especializada o de emergencia.

En este libro usaremos los sistemas de clasificación NANDA-I (*Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería*)<sup>(16)</sup> para el diagnóstico de enfermería, NOC (*Clasificación de resultados de enfermería*)<sup>(17)</sup> para los resultados esperados y NIC (*Nursing Intervention Classification*)<sup>(18)</sup> para las intervenciones de enfermería e Oncology Nursing Society<sup>(19)</sup>.

Los pacientes con cáncer se consideran un grupo de riesgo en la pandemia actual. Muchos pueden estar inmunosuprimidos debido a la quimioterapia antineoplásica y al uso de altas dosis de corticosteroides. También, pueden ser pacientes posquirúrgicos en situación de vulnerabilidad clínica y sometidos a radioterapia. Esta información se vuelve relevante para el manejo de los signos y síntomas de la APS, bien como para la elección de intervenciones en este nivel de atención médica. Para ello, es necesario que el paciente sea contra referenciado desde los centros de tratamiento del cáncer a la APS<sup>(20-21)</sup>.

Elegimos presentar los signos y los síntomas más predominantes en la población adulta / anciana en base a estudios de conglomerados. Los grupos de síntomas (SC) se definen como un grupo estable de síntomas simultáneos que están relacionados entre sí, probablemente debido a su etiología común y distintos de otros grupos de síntomas.

Tabla 1. Razonamiento clínico para el diagnóstico de enfermería, resultados esperados y posibles intervenciones de enfermería basadas en agrupaciones de signos y síntomas en pacientes con cáncer.

Grupo de signos y síntomas (17, 21-23)	Diagnósticos de enfermería (NANDA -I)	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades
<b>Necesidades Psicobiológicas</b>				
Dolor	1. Dolor agudo 2. Dolor crónico	Satisfacción del cliente: control del dolor	Control de dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar integralmente el dolor en términos de ubicación, frecuencia, intensidad, calidad, intensidad.</li> <li>- Valorar el impacto del dolor en la realización de actividades de la vida diaria.</li> <li>- Hacer que los analgésicos prescritos sean compatibles con la Escala de Analgésicos de la OMS.</li> <li>- Asegurar la atención analgésica a los adultos mayores con cáncer.</li> <li>- Guía sobre el uso de técnicas no farmacológicas.</li> <li>- Para orientar la terapia farmacológica: programación, prescripción de medicación según sea necesario entre el momento de los analgésicos.</li> <li>- Valorar las creencias disfuncionales sobre el dolor como "inevitables y tolerables".</li> <li>- Mantener un diálogo afectivo y conciliador para deshacer la creencia y favorecer la adherencia a la medicación.</li> <li>- Solicitar evaluación médica si el dolor no se alivia.</li> <li>- Incorporar al familiar / cuidador en el alivio del dolor.</li> <li>- Monitorear al paciente para comprobar la satisfacción del control del dolor</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de energía</li> <li>- Dificultad para dormir</li> <li>- Dificultad para concentrarse</li> </ul>	3. Fatiga	Nivel de fatiga	Control de poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guiar al paciente y a la persona significativa sobre la fatiga, sus síntomas comunes y recurrencias latentes</li> <li>- Evaluar la condición fisiológica del paciente en busca de deficiencias que resulten en fatiga en el contexto de la edad y el desarrollo.</li> <li>- Identificar y corregir las deficiencias del estado fisiológico del paciente (por ejemplo, anemia inducida por quimioterapia) como una prioridad.</li> <li>- Fomentar la actividad física (por ejemplo, caminar, realizar actividades de la vida diaria) coherente con las reservas de energía del paciente.</li> <li>- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Úlceras de boca</li> <li>- Náuseas</li> <li>- Inapetencia</li> <li>- Pérdida de peso</li> </ul>	<p>4. Náuseas</p> <p>5. Nutrición desequilibrada: menos de necesidades corporales</p> <p>6. Mucosa oral deteriorada</p>	<p>Estado nutricional: ingesta de líquidos y alimentos</p>	<p>Monitoreo nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar las náuseas y los vómitos.</li> <li>- Identificar anomalías en la función intestinal (por ejemplo, diarrea, sangre, moco y eliminación irregular o dolorosa).</li> <li>- Controlar el consumo calórico de los alimentos.</li> <li>- Identificar cambios recientes en el apetito y la actividad.</li> <li>- Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales en el consumo de alimentos.</li> <li>-Determinar los patrones de alimentación (por ejemplo, lo que le gusta y lo que no le gusta).</li> <li>-Identificar anomalías en la cavidad bucal (mucosas retraídas o sangrantes; labios secos y agrietados; heridas; lengua en carne viva, escarlata; hiperemia e hipertrofia de las papilas).</li> <li>- Determinar los factores que inciden en la ingesta nutricional e intervenir con los adultos mayores y sus cuidadores.</li> <li>- Orientar el fraccionamiento de la dieta y el uso de alimentos fríos en caso de náuseas y vómitos.</li> <li>- Verificar y optimizar la sincronización de los medicamentos antieméticos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heridas neoplásicas malignas</li> <li>-estomías</li> <li>- radiodermatitis</li> <li>- lesiones debidas a quimioterapia antineoplásica</li> </ul>	<p>Integridad del tejido deteriorada</p>	<p>Integridad tisular: piel y mucosas</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar e intervenir en la atención de pacientes con heridas neoplásicas malignas (olor, exudado, sangrado, parásitos, dolor, comodidad e higiene e indicación de cubrimientos).</li> <li>- Orientar, monitorear e intervenir para promover el autocuidado de los pacientes con estomas gastrointestinales para alimentación y eliminación (gastrostomía, yeyunostomía, colostomía e ileostomía).</li> <li>-Identificar complicaciones con ostomía e intervenir. Derivar a los pacientes al servicio de hospitalización, si es necesario</li> <li>- Identificar e intervenir en la atención de pacientes con lesiones por radiodermatitis y / o lesiones por extravasación de quimioterapia vesicante. Consultar al servicio de tratamiento del cáncer cuando sea necesario.</li> </ul>
<p>Trombocitopenia</p> <p>Anemia</p> <p>Leucopenia</p>	<p>Protección ineficaz</p>	<p>Detección de riesgos</p>	<p>Protección contra la infección</p> <p>Protección contra hemorragias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Guiar al paciente para restringir el número de visitas y contactos fuera del hogar.</li> <li>-Monitorear a los pacientes de forma remota (teléfono / mensaje)</li> <li>- Reducir el número de visitas al paciente en ausencia de enfermedad activa, así como en ausencia de demandas presentadas.</li> <li>-Para orientar el uso de EPP al salir de casa.</li> <li>-Guiar la higiene de manos con agua y jabón en casa y el uso de gel de alcohol en ambientes que no tengan agua corriente</li> <li>- Controlar la neutropenia y monitorear la temperatura corporal y reportar fiebre;</li> <li>- Evaluar heridas quirúrgicas, si están presentes</li> <li>- Priorizar la evaluación de los adultos mayores con cáncer después de la quimioterapia en los últimos 28 días; pacientes post trasplante de células madre hematopoyéticas; enfermedades autonómicas concomitantes y enfermedades hematológicas neoplásicas.</li> <li>- Observar y orientar los signos de sangrado (petequias, hematomas, hematuria, enterorragia o melena).</li> <li>- Priorizar la atención si el paciente necesita acudir a la unidad de APS; Priorizar la atención domiciliaria.</li> </ul>

Insomnio <i>Angustia</i> Depresión Ansiedad Incertidumbre Preocupación  Incertidumbre	Campo de energía desequilibrado	Conservación de energía	Control de poder	REFERENCIAS: <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-019-04746-9">-doi.org/10.1007/s00520-019-04746-9</a> -DOI: 10.1002 / pon.4912  Fomentar la práctica de actividad física. -Guiarlo para mantener un ciclo constante de sueño-vigilia - Desalentar las siestas durante el día. -Utilizar técnicas de relajación. -Adoptar acciones de higiene del sueño. -Promover la escucha y la verbalización sensibles: permitir la expresión de sentimientos. Fomentar la aceptación para afrontar la situación actual. Concentrarse en lo que es valioso e importante para superar miedos e incertidumbres. -en caso necesario, derivarlos para su posterior evaluación y control a especialistas (por ejemplo, psiquiatría, psicología, medicina del sueño y fisiólogo del ejercicio).
- inmunosupresión Adquirido mediante el uso de medicamentos / enfermedades - vejez -pandemia por el Covid 19	Aislamiento social	Apoyo social	Mejora del sistema de apoyo	-Aliente a los pacientes a mantenerse en contacto virtual con familiares y amigos para evitar los efectos negativos del aislamiento social. -Identificar cuidadores / familiares de la red de apoyo a adultos mayores con cáncer. - Orientar a los cuidadores y familiares de la Red de Apoyo sobre cómo ayudar a las personas mayores de forma segura. -Hacer contacto a distancia disponible en PHC. - Crear grupos de servicios virtuales -Poner a disposición horarios para la recepción de adultos mayores con cáncer con horarios restringidos para otros pacientes de la unidad. -Primar la atención de los adultos mayores en tratamiento oncológico en sus domicilios

Fuente: elaborado por los autores

### Reflexión de los autores

Es importante tener en cuenta que el paciente con cáncer cambia con frecuencia entre los niveles de atención primaria y secundaria. Una de las formas de garantizar la transición de la atención favorable a la seguridad del paciente y la continuidad calificada del tratamiento es mantener una comunicación clara y objetiva entre los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras. Por lo tanto, es muy recomendable que las enfermeras se comuniquen a través de informes que describan sus diagnósticos y prescripciones de atención. En cuanto al cuidado de enfermería al paciente oncológico, la comunicación para las intervenciones de enfermería parece tener una importancia fundamental. Los principios de referencia y contrarreferencia pueden brindar mayor comodidad y reducir la vulnerabilidad de los adultos mayores al tratamiento del cáncer en tiempos de pandemia.

### CONSIDERACIONES FINALES

Los países y sus sistemas de salud se encuentran ante un desafío para responder a la atención de los adultos mayores con cáncer en tiempos de pandemia por el nuevo coronavirus. Considerando la fragilidad de estos adultos mayores, la APS se presenta como un posible gestor de cuidados y la enfermera se convierte en un referente para la búsqueda de atención de signos y síntomas persistentes vinculados al cáncer, en un intento de mantenerlos alejados de las unidades de emergencia, especialmente de los hospitales generales, estructurados para atender las sospechas y casos confirmados de personas sintomáticas por COVID-19.

## REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [cited 2020 Jun. 12]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. World Health Organization (WHO) report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020. [cited 2020 Jun. 20]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
3. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais, 2013. [cited 2020 Jun. 20]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_oncologia\\_14edicao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf)
4. Bergerot CD, Razavi M, Philip EJ, Bergerot PG, Perez-de-Celis ES, De Domenico EBL et. al. Association between chemotherapy toxicity risk scores and physical symptoms among older Brazilian adults with cancer. *J Geriatr Oncol.* 2020;11(2):280-283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.07.006>
5. Aquino-Canchari CR, Quispe-Arrieta RC, Castillon KMH. COVID-19 and its relationship with vulnerable populations. *Rev Haban Cienc Méd.* 2020;19 (Suppl1):e3341. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005)
6. Vela-Ruiz JM, Ramos W, De La Cruz-Vargas JA. Desafíos en la atención de los pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(3). DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5536>
7. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Botero SH, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gomez WE, Méndez CA et al. Preparation and control of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America. *Acta Méd. Peru.* 2020;37(1):3-7. DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
8. Zhang L, Zhu F, Xie L, Wang C, Wang J, Chen R et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol.* 2020;31(7):894-901. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>
10. UNFPA América Latina y el Caribe [Internet]. Lima. Impact of COVID-19 on access to contraceptives in the LAC region. Informe OMS 2020. Available from: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-america-latina-y-el-caribe>
11. Carissa F. Etienne. Informe Organización Panamericana de la Salud (OPS), 27 julio 2020 disponible sitio web <https://www.paho.org.es>
12. Corbett T, Bridges J. Multimorbidity in older adults living with and beyond cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care.* 2019;13(3):220-224. DOI: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000439>
13. Trevino KM, Saracino RM, Roth AJ. Symptomatology, assessment, and treatment of anxiety in older adults with câncer. *Journal of Geriatric Oncology.* 2020;0(0). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.06.011>
14. Lemos BO, Cunha AMR da, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP* 2019; 2(3):237-241. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>
15. Kwekkeboom KL. Cancer Symptom Cluster Management. *Seminars in Oncology Nursing.* 2016;32(4):373-382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.08.004>

16. Peng L, Yang J, Stebbing J. Lessons to Europe from China for cancer treatment during the COVID-19 pandemic. *Br J Cancer*. 2020;123:7-8. <https://doi.org/10.1038/s41416-020-0856-0>
17. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.
18. Moorhed S, Johnson M, MAAS, ML, SWANSON, E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC*. 6th ed. São Paulo: Elsevier, 2016.
20. Oncology Nursing Society [Internet]. Pittsburgh. Symptom Interventions Overview; 2020. [cited 2020 Sep. 14]. Available from: <https://www.ons.org/explore-resources/pep/pep-rating-system-overview?ref=CO>
21. Wang Z, Wang J, He J. Active and Effective Measures for the Care of Patients With Cancer During the COVID-19 Spread in China. *JAMA Oncol*. 2020;6(5):631-632. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.1198>
22. Weinkove R, McQuilten ZK, Adler J, Agar MR, Blyth E, Cheng AC et al. Managing haematology and oncology patients during the COVID-19 pandemic: interim consensus guidance. *Med. J. Aust*. 2020;212:481-489. DOI: <https://doi.org/10.5694/mja2.50607>
- Gregorio SMWD, Marks DR, DeCola J, MAS JP, Probst D, Zaleta A et al. Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*. 2019;28(1):76-84. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4912>
23. Boeira SF, Guimarães RM, Acioli LR, Stipp MAC. Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014;60(4):351-361. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2014v60n4.462>

# 18

## LIMITACIONES DEL ADULTO MAYOR PARA EL DESARROLLO DE LA VIDA DIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA



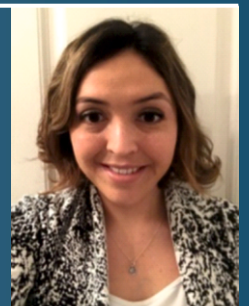
Darlene Mara dos Santos Tavares  
Brasil

Alberto José Barata  
Gonçalves Cavaleiro  
Portugal



Blanca Leticia Martínez Amaya  
El Salvador

Daniela Alexandra  
Torres Fernández  
Chile



Martha Isabel Vivas Chacón  
Colombia

Nayara Gomes Nunes Oliveira  
Brasil





## 18 - LIMITACIONES DEL ADULTO MAYOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Darlene Mara dos Santos Tavares

ORCID: 0000-0001-9565-0476

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

ORCID: A0000-0002-3429-8816

Blanca Leticia Martínez Amaya

ORCID: 0000-0001-8835-5655

Daniela Alexandra Torres Fernández

ORCID: 0000-0002-7989-1058

Martha Isabel Vivas Chacón

ORCID: 0000-0001-9025-9822

Nayara Gomes Nunes Oliveira

ORCID: 0000-0003-4170-8761

### RESUMEN

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 influyó significativamente en la atención de la salud y calidad de vida de los adultos mayores, especialmente aquellos con limitaciones funcionales. Este escenario, refuerza la necesidad de cuidados gerontológicos del profesional de enfermería para prevenir los efectos de esta situación. **Objetivo:** Discutir la atención de enfermería en Atención Primaria en Salud para el cuidado del adulto mayor con limitaciones funcionales, para desarrollar actividades de la vida diaria en el contexto de la pandemia de COVID-19, en América Latina y Portugal. **Desarrollo del tema:** En América Latina y el Caribe, el 12,0% de los adultos mayores es dependiente funcional, con porcentajes más altos para Brasil (31,2%), México (29,2%) y Portugal (34,2%). La independencia funcional es uno de los principales marcadores de salud de la población adulto mayor, y la pandemia de COVID-19 puede agravar las limitaciones; el papel de enfermería es fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad. En esta perspectiva, se proponen acciones de atención primaria al adulto mayor con limitaciones funcionales en el contexto del COVID-19, basado en la Teoría General de Dorothea Orem donde se reconoce al adulto mayor, familia y cuidador como socios en la realización de esta atención. **Consideraciones finales:** La intervención del profesional de enfermería es fundamental en la atención primaria de salud en el contexto de la pandemia COVID-19, para identificar factores de riesgo que puedan acelerar el deterioro funcional, y para proponer acciones dirigidas a los adultos mayores/ familiares/ cuidadores.

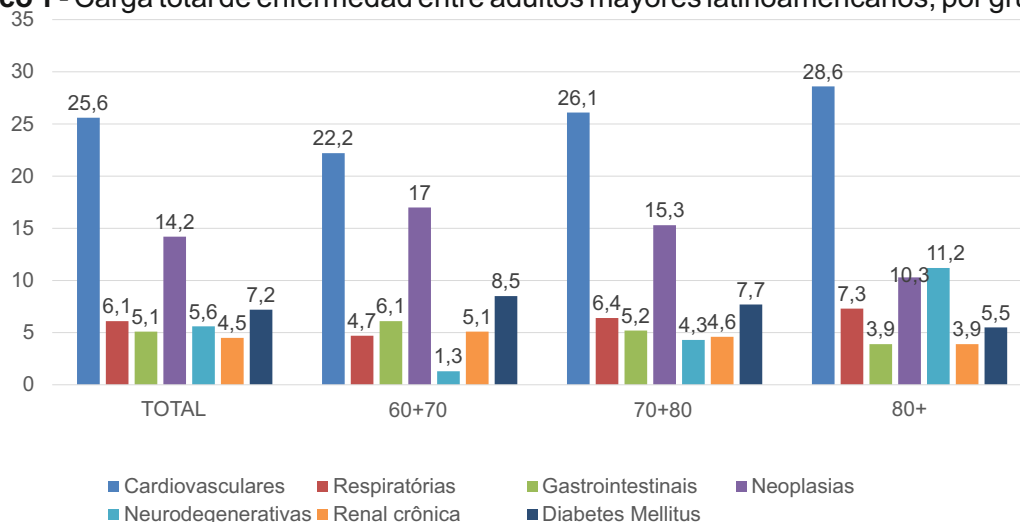
**Descriptor:** Anciano; Salud de los ancianos; Actividades diarias; Infecciones por coronavirus; Enfermería Geriátrica.

# Introducción

El envejecimiento de la población se da a un ritmo acelerado, aunque de forma diferente, entre los países de América Latina; se estima que en 2050 los adultos mayores de 65 años o más representarán el 19% de la población latinoamericana. En Europa este proceso ya se ha producido de forma acelerada y, en la actualidad, de forma lenta y paulatina. En Portugal el porcentaje de adultos mayores representa el 22,8% y en España, el 20% <sup>(1)</sup>.

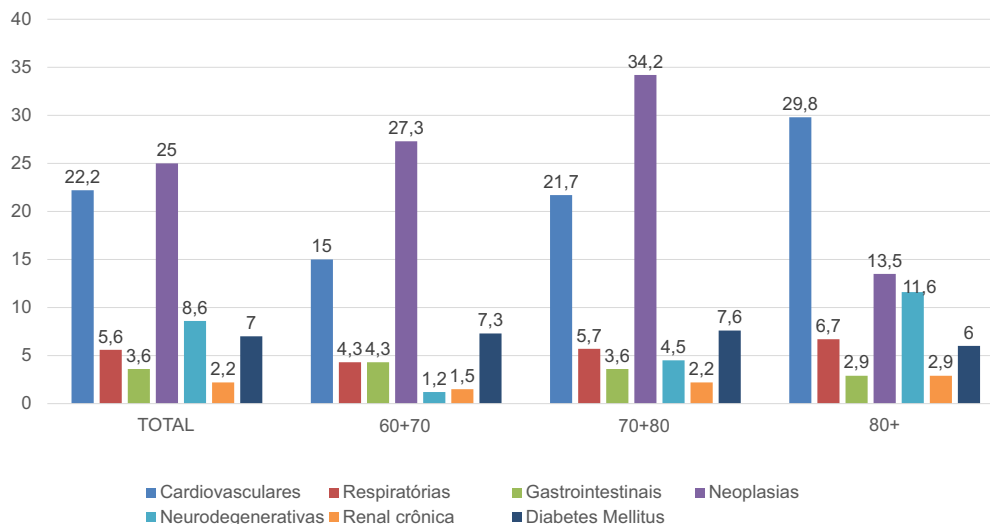
Asociado a este proceso se encuentra la mayor ocurrencia de enfermedades crónicas. El grupo de causas con mayor carga total de morbilidad y mortalidad entre los adultos mayores en América Latina fue el de enfermedades cardiovasculares (25,6%) (Gráfico 1); entre las españolas (23,5%) y portuguesas (25,0%), las neoplasias malignas (Gráfico 2) <sup>(2)</sup>.

**Gráfico 1** - Carga total de enfermedad entre adultos mayores latinoamericanos, por grupo de edad, 2017



**Fuente:** Los autores, 2020. Base de datos: *Global Burden of Disease*, 2017.

**Gráfico 2** - Carga total de enfermedad entre adultos mayores portugueses por grupo de edad, 2017.



**Fuente:** Los autores, 2020. Base de datos: *Global Burden of Disease*, 2017.

Por lo visto, el perfil de morbimortalidad de una población que envejece plantea desafíos para los profesionales de la salud y requiere cuidados constantes, lo que eventualmente ocasiona un deterioro funcional y, en consecuencia, un aumento en el porcentaje de adultos mayores con dependencia física<sup>(3)</sup>. En América Latina y el Caribe se encontró que el 12,0% de las personas de 60 años y más se consideran funcionalmente dependientes, estimándose un incremento para 2050 del 17,0%<sup>(3)</sup>. Son significativas las diferencias entre países como Portugal y Latinoamérica, con mayores porcentajes de adultos mayores dependientes en Portugal (34,2%), Brasil (31,2%) y México (29,2%); y menores en Paraguay (0,30%) y El Salvador (0,34%)<sup>(3-4)</sup>.

La pandemia de COVID-19 y las respectivas medidas adoptadas en todos los ámbitos, influyeron puntualmente en la atención de salud y la calidad de vida de los adultos mayores, así como de otros sectores de la sociedad. El impacto de la pandemia trajo un momento de reflexión y acción, generando desafíos, no necesariamente nuevos, como el abordaje de la atención con foco en la enfermedad para la centralidad de la persona en el sistema de salud; solidaridad en intervenciones que permitan la toma conjunta de decisiones, necesidad de efectividad en la capacidad resolutive de la atención primaria de salud, y desarrollo de acciones que tengan como objetivo favorecer el envejecimiento activo y saludable, por ejemplo. En este contexto es necesaria la labor de los profesionales de atención primaria de salud, especialmente en la atención de enfermería gerontológica, para prevenir los efectos adversos de las limitaciones físicas y promover la salud, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

## OBJETIVO

Discutir la atención de enfermería en Atención Primaria en Salud para el cuidado del adulto mayor con limitaciones funcionales, para desarrollar actividades de la vida diaria en el contexto de la pandemia de COVID-19, en América Latina y Portugal.

# Desarrollo del tema

## Concepto de actividades de la vida diaria y limitación funcional

Al hablar del envejecimiento una de las temáticas más importantes que emergen es la funcionalidad. Un adulto mayor sano funcionalmente es aquel que es capaz de enfrentar y adecuarse a los procesos de cambio tanto a nivel físico, como cognitivo y social, adaptando su funcionalidad a fin de satisfacer sus propias necesidades<sup>(5)</sup>. Así, desde 1982 la Organización Mundial para la Salud (OMS) propone el indicador de independencia funcional como lo más representativo para esta franja etaria<sup>(5)</sup>.

Se evidencia entonces la necesidad de mantener evaluada la funcionalidad de los adultos mayores desde un contexto social y de salud de forma continua, considerando injerencias para este grupo de edad y su entorno, planeando actividades que favorezcan dicha funcionalidad. Para esto se han utilizado diversas pautas de evaluación desde los años setenta en adelante, siendo realizadas principalmente

en salud. A través de estas se busca identificar tempranamente la pérdida de autonomía favoreciendo las intervenciones precoces que permitan revertir o disminuir las pérdidas de funcionalidad en el adulto mayor<sup>(5)</sup>.

La funcionalidad o independencia funcional está definida por la capacidad que tiene una persona de ejecutar acciones que son necesarias en el diario vivir, con el fin de que el individuo sea capaz de mantenerse y subsistir sin ayuda ni apoyo de otros, o sea, realizar actividades de la vida diaria (AVD) en forma independiente<sup>(6)</sup>. Las AVD son definidas como aquellas tareas que el individuo debe ser capaz de llevar a cabo para lograr cuidar de sí mismo en forma independiente, incluyendo la comunicación, el cuidado personal y el desplazamiento<sup>(6)</sup>. Si bien este concepto fue llevado durante algunos años, surgió la necesidad de diferenciar las Actividades de la vida diaria desde un punto de vista de complejidad cognitiva, pudiéndose hacer una clasificación de si las actividades son consideradas instrumentales, básicas o avanzadas<sup>(6)</sup>.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) están ligadas a un concepto de universalidad y de supervivencia, y requieren un mínimo esfuerzo cognitivo para realizarlas<sup>(6)</sup>. Las ABVD incluyen tareas de cuidado personal como: bañarse; vestirse, asearse, trasladarse, contenerse y alimentarse<sup>(7)</sup>. El objetivo de evaluar estas actividades es verificar que los adultos mayores mantengan su independencia y no requieran constantemente el apoyo de terceros<sup>(6)</sup>.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) exigen mayor complejidad cognitiva y motriz por parte del adulto mayor, e implica su interacción con el medio para: hacer compras, preparar comidas, cuidar del hogar, hablar por teléfono, tomar los medicamentos, manejar el dinero y conducir<sup>(6-7)</sup>. Las AIVD son importantes para el envejecimiento ya que permiten las relaciones sociales y el mantenimiento de la red de contactos de la persona<sup>(6)</sup>.

En un tercer eje están las Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), las cuales corresponden a aquellas relacionadas directamente con el desarrollo personal del individuo, a nivel social, familiar y laboral. Estas actividades permiten que el adulto mayor tenga una integración social más satisfactoria<sup>(8)</sup>. Cabe destacar la necesidad de diferenciar el concepto de limitación funcional al de dependencia. El primer término hace referencia a las restricciones que se presentan en la persona para realizar o concretar actividades físicas usuales, en tanto que la dependencia hace referencia más bien a la limitación con dificultad que la persona tiene en desempeñar las funciones en cualquier dominio. La limitación funcional puede ser el primer paso para que los adultos mayores desarrollen la dependencia<sup>(9)</sup>.

### **Los adultos mayores con limitaciones funcionales en el contexto de la pandemia de COVID-19, y necesidad de cuidados de enfermería en atención primaria**

El entorno en el que viven los adultos mayores con limitaciones funcionales puede estar restringido a su hogar, a la familia y a vínculos afectivos que se establecen con los cuidadores. En esta etapa de la vida hay especificidades físicas, psíquicas y sociales, donde la convivencia con la pareja, los hijos o cuidadores supone mas comunicación y donde se los aleja de la soledad que tanto se teme. No obstante, la vivienda puede convertirse en un problema por las barreras que, por casualidad, dificultan la movilidad de los adultos mayores con limitaciones funcionales. Esta situación es más preocupante cuando los

adultos mayores con limitaciones funcionales sufren alteraciones psíquicas, reaccionando con conductas que le impiden decidir, pensar u opinar por sí mismo; impidiendo que por sí solo sea capaz de mantener las necesidades básicas cubiertas<sup>(10)</sup>.

Sumado a esta situación, la emergencia de Salud Pública generada por la pandemia de COVID-19<sup>(11)</sup>, afectó de manera especial a los adultos mayores haciéndolos más propensos a experimentar mayor nivel de severidad, complicación, hospitalización y mortalidad. Bajo la orientación de la OMS los gobiernos tomaron medidas para brindar una atención integral de salud; y es así como mediante la implementación de guías o rutas se pone en marcha la promoción y el mantenimiento de la salud, cuya finalidad es fomentar la salud, prevenir el riesgo, la enfermedad y generar cultura del autocuidado de la salud<sup>(12)</sup>.

La pandemia por COVID-19 ha producido un acontecimiento sobre la población que conlleva un efecto de necesidades en muchos ámbitos. Por eso, el profesional de enfermería puede retomar su papel protagónico en la atención primaria en salud, con estrategias de promoción para la salud que van encaminadas a la adaptación del estilo de vida y satisfacción de necesidades del adulto mayor con limitaciones funcionales en relación a las condiciones que impone la pandemia.

Los adultos mayores con limitaciones funcionales podrán manifestar sus emociones relacionadas a la pandemia de COVID-19, de varias formas, que va desde cambios de humor o de temperamento, hasta alteraciones mentales o de pensamiento. Además, la dependencia funcional, que es cada vez mayor, se ha convertido en un problema desde diversos ángulos, como social, económico, familiar, etc. A esta situación, desde hace años se ha intentado dar respuesta a la problemática existente desde diferentes vertientes<sup>(10)</sup>, convirtiéndose en prioridad en este momento debido a la pandemia por COVID-19.

La atención a adultos mayores con limitaciones funcionales o dependientes necesita otra persona para el desarrollo de actividades imprescindibles. El cuidado no profesional es realizado por los familiares y/o cuidador, quienes deben contribuir a la atención ofrecida, y de manera predominante lograr el vínculo afectivo y la promoción de la salud mental del adulto mayor.

Una de las estrategias con las que el profesional de enfermería puede colaborar para que se cambien actitudes es la educación para la salud dirigida según necesidades específicas. En la pandemia de COVID-19 la población necesitaba cambiar su comportamiento para preservar la salud. De la misma manera, la educación en adultos mayores es un proceso que tiene por finalidad el desarrollo de la persona en comunidad a lo largo de la vida, promoviendo la incorporación y desarrollando competencias que permitan su participación en todas las dimensiones y contextos<sup>(13)</sup>. En esta perspectiva, los profesionales de enfermería, a través de la educación para la salud, incentivan en adulto mayores a aprender una nueva forma de vivir dentro del ámbito de la pandemia, preservando la calidad de vida.

La OMS define la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones<sup>(14)</sup>. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, y aspectos

ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Por tanto, le corresponde al profesional de enfermería implementar intervenciones específicas para mejorar las condiciones existentes en el entorno, en la salud mental y en las relaciones sociales de los adultos mayores, trabajando el autoconcepto y el autocuidado en la atención primaria durante y después de la pandemia de COVID-19. También se considera que la dependencia funcional genera un aumento de las necesidades sociales y de salud, tanto para el adulto mayor y la familia, como para los servicios de salud, siendo fundamental prevenir esta condición, así como su deterioro<sup>(15)</sup>, especialmente en el marco de la pandemia de COVID-19.

Como concepto central de la Enfermería el fenómeno del autocuidado ha sido identificado como un recurso para la promoción de la salud y el manejo exitoso de los procesos salud-enfermedad, a través de acciones consideradas positivas, permitiendo un papel fundamental en la salud de las personas, y teniendo una respuesta directa a resultados sensibles al cuidado de enfermería<sup>(16)</sup>.

Los profesionales de enfermería al enfocar sus acciones terapéuticas en un proceso de interacción entre quienes implementan y quienes reciben cuidados, apoyados en referencias teóricas de enfermería, permiten visibilizar sus acciones, conduciendo a su autonomía profesional, y orientando sus prácticas docentes asistenciales e investigativas, dentro de la profesión.

En esta perspectiva, se propone que el profesional de enfermería, en atención primaria, ofrezca atención gerontológica al adulto mayor con limitaciones físicas, en el contexto de la COVID-19, con base en la Teoría General de Dorothea Orem<sup>(16)</sup>, Diagnósticos de enfermería de NANDA-I<sup>(17)</sup>, Clasificación de resultados de enfermería - NOC<sup>(18)</sup> y Clasificación de intervenciones de enfermería – NIC<sup>(19)</sup>.

La teoría Orem se compone de tres constructos interrelacionados: teoría del autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería<sup>(16)</sup>. El primer constructo aporta el significado del autocuidado y sus factores asociados. El autocuidado puede entenderse como la realización de actividades que las personas realizan en su nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar<sup>(16)</sup>. La capacidad de dedicarse al autocuidado puede verse afectada por factores condicionantes básicos, como: sexo, estado de salud y acceso a recursos sociales y sanitarios. Las acciones de salud tienen como objetivo atender los requerimientos del autocuidado, que se agrupan en tres categorías: universal (desempeño en las actividades cotidianas), de desarrollo (eventos adversos o situaciones nuevas que ocurren durante el proceso de envejecimiento), y desviación de la salud (atención brindada o toma de decisiones con relación al problema de salud)<sup>(16)</sup>.

En la Teoría del Déficit del Autocuidado se especifican las necesidades de las acciones de enfermería en la promoción del autocuidado. El profesional de enfermería podrá desarrollar intervenciones a través de cinco métodos de ayuda: (1) actuar o hacer por el otro, (2) guiar al otro, (3) apoyar al otro, física y/o psicológicamente, (4) proporcionar un entorno que promueva el desarrollo personal, y (5) enseñar al otro<sup>(16)</sup>.

La Teoría de los Sistemas de Enfermería se basa en las necesidades de autocuidado y la capacidad del

individuo para realizarlas, clasificándose en tres tipos de sistemas: (1) totalmente compensatorio (individuo incapaz de autocuidado, con necesidad de ayuda total de enfermería); (2) parcialmente compensatorio (individuos y enfermería desarrollan acciones de autocuidado); (3) apoyo-educación (el individuo es capaz de autocuidado y la enfermería realiza acciones de educación en salud)<sup>(16)</sup>. Entre los adultos mayores dependientes el sistema de educación de apoyo puede dirigirse al cuidador. Para el profesional de enfermería, entre otras acciones asistenciales, es necesario orientar, incentivar, asistir y buscar alternativas que promuevan la salud y el bienestar de los adultos mayores con limitaciones físicas junto a su familia, a fin de contribuir al establecimiento de acciones que denotan autocuidado.

Para redactar el guión rector de la consulta de enfermería gerontológica, se optó por instrumentos adecuados para la valoración de la población anciana, con el objetivo de subsidiar la toma de decisiones clínicas en enfermería. Así, se propone evaluar a los adultos mayores en los siguientes aspectos: características sociodemográficas y económicas, apgar familiar<sup>(20)</sup>, red de apoyo social durante la pandemia por COVID-19, capacidad funcional (ABVD y AIVD)<sup>(21-22)</sup>, signos vitales, morbilidades, indicativas de síntomas depresivos<sup>(23)</sup>, y también identificar los factores de riesgo asociados a la dependencia funcional y transmisibilidad del COVID-19 (Anexo 1).

Cabe destacar que para la realización de la consulta de enfermería gerontológica, se debe reconocer al anciano, a la familia y al cuidador como socios en la prestación de cuidados.

### **Ruta de promoción y mantenimiento de la salud**

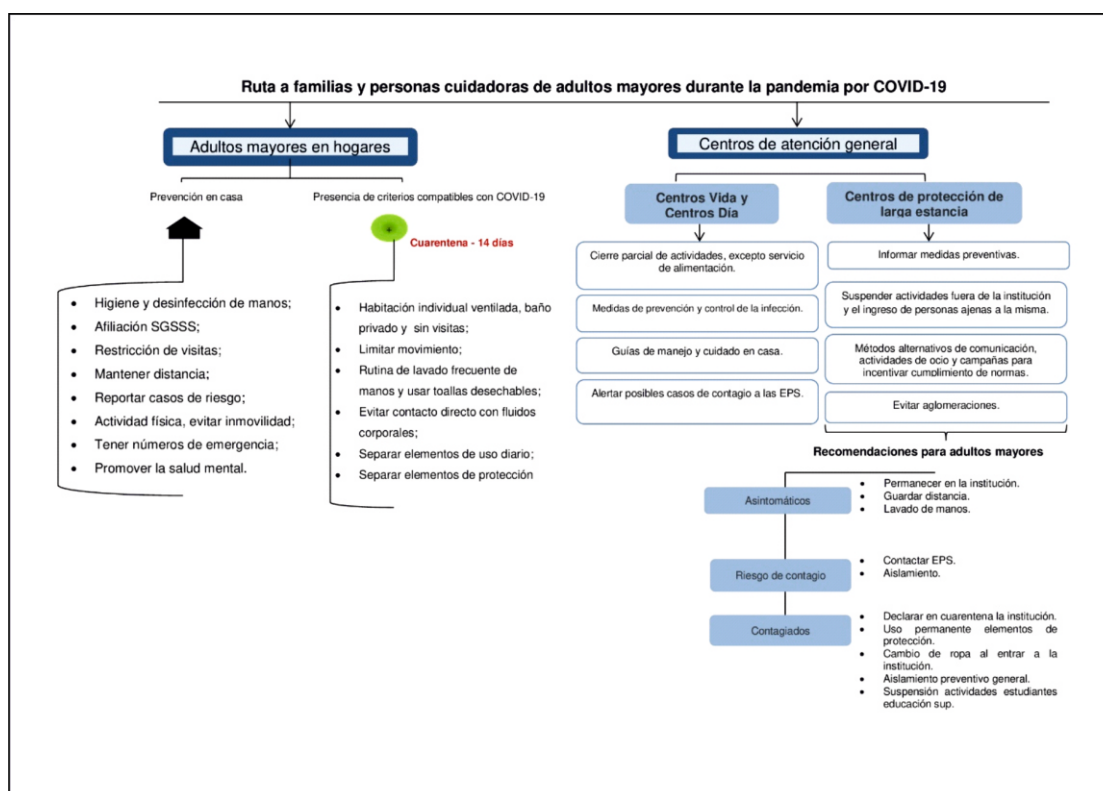
La OMS indicó para el grupo del adulto mayor una sucesión de cuidados en medicina general o familiar, rastreo de cáncer y de riesgo cardiovascular, vacunación, educación individual, familiar y grupal, e intervenciones que ayudan a evitar la pérdida de funcionalidad por causa del confinamiento. El cumplimiento favorece el mejoramiento de la capacidad física, mental y social, teniendo como beneficio la disminución de la dependencia y el aumento del nivel de la calidad de vida, aspectos que se pueden ver afectados por la interrelación con factores intrínsecos, extrínsecos y protectores o agresores<sup>(3)</sup>. Por lo tanto, la enfermería en su rol de cuidadora debe involucrar al adulto mayor y su familia en el desarrollo de tareas o actividades de la vida diaria que sean fáciles de realizar, teniendo en cuenta aspectos como la existencia de la deficiencia (funcional o estructural), la limitación en la actividad y/o restricción en la participación, facilitando espacios acordes a la movilidad, y evitando barreras u obstáculos que puedan generar caídas o dificultades en la deambulación.

Igualmente, es fundamental entender que el confinamiento no es aislamiento social o abandono, sino una situación que ha modificado aspectos de la vida diaria y ha permitido integrar el estado funcional del adulto mayor (cognitivo, afectivo, medioambiental, social, económico y espiritual) con el apoyo familiar. Por lo que la intervención de enfermería se hace esencial desde la atención primaria hasta la implementación de rutas que faciliten el desarrollo de programas de educación para la salud, la prevención de las complicaciones, el mantenimiento de la capacidad física y mental del adulto mayor, bajo un seguimiento de visitas domiciliarias.

El personal de enfermería —líder en el cuidado de los adultos mayores— debe guiar hacia la prevención,

contención y mitigación del virus. Por lo tanto, es fundamental contar con teléfonos y direcciones para mantener la comunicación familiar, limitar las visitas presenciales, fomentar los contactos virtuales de apoyo, disponer de medicamentos, dejar los espacios libres de humo y ofrecer una alimentación saludable; además se debe mantener la distancia física, reforzar las medidas de higiene, de desinfección, tomar medidas preventivas de limpieza, y verificar la afiliación del adulto mayor en el sistema de salud. Los centros de atención general, Centros Vida y Centros día, deben organizar procesos de acompañamiento en el domicilio priorizando el plan básico nutricional para familiares y cuidadores, reportándose o alertando los posibles casos de contagio.

La Figura 1 muestra el flujo de atención para la orientación de familiares y cuidadores de adultos mayores durante la pandemia de COVID-19.



**Figura 1** - Flujo de atención para la orientación de familiares y cuidadores de adultos mayores durante la pandemia de COVID-19

### Reflexión de las expectativas de los autores después de la pandemia

La evolución de la humanidad al igual que las crisis en salud, han estado acompañadas de grandes transformaciones científicas, políticas, sociales, y culturales, entre varias, y Enfermería va a la par en ese camino, enfrentando nuevos desafíos con la búsqueda de oportunidades de formación que aporte nuevos conocimientos y le permita ser líderes en la construcción y participación de políticas públicas.

En este ambiente pandémico hubo un primer momento de movilización a nivel global, con el fin de establecer medidas para enfrentar de manera interactiva y colaborativa, la minimización de posibles impactos. Sin embargo, no dejó de cuestionar las prácticas asistenciales desarrolladas hasta entonces, debido a la imperativa reorganización de contextos en los distintos niveles de atención, y los posibles



cambios relacionados con la accesibilidad a la atención de la salud de los adultos mayores, debido a la distancia social.

Los adultos mayores con limitaciones funcionales para las AVD, ya sea en el contexto de la pandemia de COVID-19 o no, son más vulnerables a la aparición de problemas de salud. Así, el papel de un equipo multidisciplinar en la atención primaria de salud es primordial, especialmente el profesional de enfermería, teniendo en vista su papel protagónico en la identificación de factores de riesgo que pueden acelerar el deterioro funcional, proponiendo intervenciones dirigidas al adulto mayor/ familia/ cuidadores. Por lo expuesto, la experiencia acumulada durante la pandemia COVID-19 permitirá al profesional de enfermería desarrollar estrategias innovadoras y exitosas para la realización de consultas de enfermería, visitas domiciliarias y actividades educativas.

En esta perspectiva, debe reflejarse qué respuestas creadas e implementadas en el contexto de la atención primaria son las más adecuadas ante las necesidades de los adultos mayores, integrando y armonizando los componentes sociales y de salud en los espacios físicos de los servicios de salud y domiciliarios.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La longevidad es un logro social destacable, que nos lleva a reflexionar sobre lo esencial de la evaluación y promoción de la salud en la atención primaria, en una perspectiva multiprofesional con acciones interdisciplinarias, maximizando el potencial funcional y garantizando la dignidad de los adultos mayores con limitaciones funcionales.

La época de la COVID-19, además de unir esfuerzos científicos para conocer el comportamiento de la enfermedad, ha hecho que los profesionales de enfermería creen nuevos retos para guiar el cuidado del adulto mayor mediante acciones básicas de promoción de la salud, con estrategias que integren la participación de la familia y de la comunidad.

Finalmente, es fundamental que los profesionales de enfermería de atención primaria evalúen, controlen e identifiquen las necesidades de los adultos mayores con limitaciones funcionales para las AVD, con miras a adecuar los planes de atención orientados a mejorar y / o mantener la independencia funcional. De ese modo, con el objetivo de subsidiar el trabajo de enfermería, se propuso utilizar el proceso de enfermería, guiado por la teoría de Oren (Anexo 1) y se presenta el Flujo de promoción y mantenimiento de la salud (Figura 1).

## **REFERENCIAS**

1. World Health Organization (WHO). World Population Prospects 2019. Volume II: Demographic Profiles. Department of Economic and Social Affairs. [Internet]. New York: WHO; 2019 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf)

2. Global Burden of Disease Study (GBD) [Internet]. Seattle. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. GBD Results Tools. 2017 [cited 2020 Aug. 19]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
3. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). División de Protección Social y Salud. 2018 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
4. Pordata. Base de dados Portugal contemporâneo. Índice de dependência de idosos. Pordata [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2019 [cited 2020 Aug. 27]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>
5. Sanhueza PM, Castro SM, Merino EJM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Cienc. enferm.* 2005;11(2):17-21 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>
6. Ayuso DMR. Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología.* 2007;23(2):264-271 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2501905>
7. Botelho MA. Envelhecimento e funcionalidade. In: Fonseca AM. *Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos.* 6th ed. Lisboa: Coisas de Ler; 2014.
8. Jaque RL, Santuber CP, Lavoz EE. Actividades básicas de la vida diaria em personas mayores y factores asociados. *Envejecimiento de La Población. Rev Chile Salud Pública.* 2010;14 (2-3): 291-310 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/15410/15865/>
9. Ortega ML. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnósticos. Una introducción a la situación en México. In: Robledo LMG, Stalnikowitz DK (coord). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción.* 3th. ed. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriatria; 2015. p. 215-227.
10. Concepción NM. *Los efectos del trabajo con personas mayores dependientes institucionalizadas.* 1th. ed. Madrid: Dykinson; 2014 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: <https://elibro.net/es/ereader/ujmd/56951>
11. Trujillo CHS. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por sars-cov-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Revista de Asociación Colombiana de Infectología.* 2020; 24(3):1-153. [cited 2020 Aug. 6]. DOI: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851>
12. World Health Organization (WHO). 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud - recursos. Promoción de la Salud. [Internet]. WHO; 2019 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/es/>
13. Serrano MGP, Oliva AJ. *Calidad de vida en personas adultas y mayores.* Madrid: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.
14. Mejía BEM, Merchán MEP. Quality of Life Related to Health (Qlrh) in Seniors Over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia promoc. Salud.* 2007;12(1):11-24 [cited 2020 Sep. 18]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en)
15. Moraes EN, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. *Avaliação multidimensional do idoso.* Secretaria de estado da saúde do Paraná. [Internet]. Curitiba: SESA. 2018 [cited 2020 Aug. 18]. Available from: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso\\_2018\\_atualiz.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf)

16. Orem DE. Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. In: George JB et. al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4th. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 35-54.
17. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.
18. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J et al. NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.20. Duarte YAO, Domingues MAR. Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do “Family Apgar”. In: Família, Rede de Suporte Social e Idosos: Instrumentos de Avaliação. São Paulo: Blucher; 2020. p. 75-182 [cited 2020 Aug. 7]. DOI: <https://doi.org/10.5151/9788580394344-04>
21. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the *Independence in Activities of Daily Living Index* (Katz Index). Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):103-112 [cited 2020 Aug. 7]. DOI: <https://doi.org/1590/S0102-311X2008000100010>
22. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2008;21(4):290-296 [cited 2020 Aug. 18];. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>
23. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. Arquivos de Neuropsiquiatria. 1999;57(2-B):421-426 [cited 2020 Aug. 18];. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

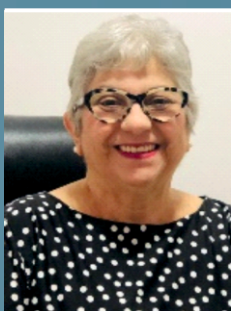
# 19

## DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Fabia Maria de Lima  
Brasil

Celmira Lange  
Brasil



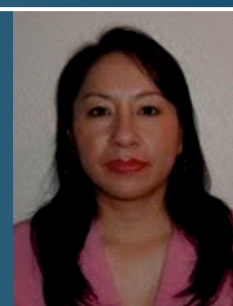
Ceres Eloah de Lucena Ferreti  
Brasil

Maria Victoria  
Rojas Martinez  
Colombia



Eva Susana Corbo Ibañez  
Uruguay

Virginia Reyes Audiffred  
México



## 19 - DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Fabia Maria de Lima

ORCID: 0000-0001-9992-6556

Celmira Lange

ORCID: 0000-0003-4410 2124

Ceres Eloah de Lucena Ferretti

ORCID:0000-0001-5615-8489

María Victoria Rojas Martínez

ORCID: 0000-0003-1637-4800

Eva Susana Corbo Ibañez

ORCID: 0000-0003-2960-7845

Virginia Reyes Audiffred

ORCID: 0000-0002-9366-9883

### RESUMEN

**Introducción:** La gran crisis sanitaria provocada por la pandemia del nuevo coronavirus - COVID-19 alcanzó a más de 10,5 millones de personas. En este contexto las enfermedades crónicas no transmisibles como la demencia, requieren una mayor atención y cuidados de enfermería para controlar mejor las comorbilidades, como la infección por COVID-19. **Objetivo:** Proponer un plan de cuidados de enfermería para los adultos mayores con demencia en Atención Primaria en Salud en tiempos de pandemia. **Desarrollo del tema:** la utilización del Proceso de Enfermería en la práctica clínica de los enfermeros que acompañan a los adultos mayores diagnosticados de demencia se torna fundamental para la práctica de la enfermería en la APS. **Consideraciones finales:** el Proceso de Enfermería propuesto en este capítulo tiene como objetivo el desarrollo de acciones preventivas, de control y curativas, a través de una valoración amplia e integral en la APS, y que incluye a los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas cerebrales, que son más vulnerables y, por tanto, expuestos a un mayor riesgo de contagio por COVID-19 considerando la crisis que atravesamos.

**Descriptores:** Atención Primaria, Enfermería, Anciano, Demencia, COVID-19.

# Introducción

La undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada en 2018, conceptualiza la demencia como un síndrome cerebral adquirido, caracterizado por el deterioro en dos o más dominios cognitivos, como la memoria, las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, y las habilidades visuales y espaciales. El deterioro cognitivo no es completamente atribuible al envejecimiento normal, e interfiere significativamente con la independencia en las actividades diarias de la persona. Es el resultado de una condición médica o neurológica que afecta el cerebro, trauma, deficiencia nutricional, uso crónico de sustancias o drogas específicas, o exposición a metales pesados u otras toxinas <sup>(1)</sup>. La Asociación de Alzheimer entiende la Demencia como un término global que se refiere a la aparición rápida o lenta, según el tipo de enfermedad que se presente, que irá comprometiendo al cerebro totalmente de forma gradual y progresiva, en sus principales funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, praxias, gnosias, orientación, planificación, ejecución y comportamiento, que conducen a un gran deterioro o pérdida funcional en etapas posteriores <sup>(2)</sup>.

## Principales tipos e indicadores de demencia.

La pérdida de memoria es el principal indicador de demencia en la enfermedad de Alzheimer, y la enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en un 60-80% de todos los casos, por lo que la forma más sencilla de identificar los posibles casos es preguntando al adulto mayor, cómo está su memoria <sup>(2)</sup>. Frente a eso, los adultos mayores sin cambios cognitivos podrán expresar preocupación por su incapacidad para recordar los eventos del día, que no son clínicamente importantes y, a menudo, pueden estar asociados con otros factores, como la depresión. Sin embargo, los adultos mayores con deterioro cognitivo, marcado por el clásico olvido progresivo, pueden no reconocer su propio déficit, un fenómeno llamado anosognosia. Es necesario estar atento al olvido de los hechos significativos que presenta la persona, a pesar del esfuerzo por recordarlos; y si paulatinamente va empeorando lo suficiente como para interferir con las actividades cotidianas, es necesario consultar a un médico, ya que es otro indicador de demencia <sup>(3)</sup>. El mapeo del olvido es importante ya que sirve para diferenciar el tipo de demencia. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) demuestran una tasa desproporcionadamente más alta de olvido en las tareas de memoria episódica recientes en la fase inicial que en la *“variante frontal de la demencia frontotemporal”* (fvFTD-por sus siglas en inglés), en la que los cambios relacionados con el comportamiento desinhibido marcan una mayor aparición de la enfermedad. La condición inicial de la enfermedad con cuerpos de Lewy (LBD) puede mostrar caídas frecuentes, bradicinesia y rigidez que imita la enfermedad de Parkinson. Ya en la demencia vascular isquémica subcortical (SIVD), los déficits están relacionados con las áreas focales de las lesiones y es común que estos pacientes tengan un comportamiento infantilizado y un curso fluido <sup>(2,5)</sup>.

La tasa más alta de olvido en pacientes con EA se debe a un déficit en los mecanismos de consolidación de la memoria (específicos de la EA) que evita que los elementos terminales de una lista se transfieran

de un almacén de memoria temporal a corto plazo a un almacén de memoria estable a largo plazo<sup>(4)</sup>. No obstante, la valoración indiscriminada de los pacientes es inadecuada y requiere mucho tiempo, por lo que se recomienda el cribado cognitivo específico actual no solo en poblaciones de pacientes con una alta prevalencia de deterioro cognitivo por edad o presencia de disfunción de la memoria, sino también en los casos considerados pre demencia, donde los signos pueden identificarse hasta 20 años antes de la aparición de los síntomas, y de las primeras etapas, buscando diagnóstico y tratamiento precoces<sup>(2,5)</sup>.

Los cambios en el lenguaje con una disminución progresivamente mayor en el rendimiento léxico son un marcador significativo de demencia en la EA, evidenciado por la aplicación de la batería *Boston Naming Test* (BNT), una tarea de fluidez en las letras (FAS) y una descripción escrita de la imagen como el conocido Prueba de robo de cookies (CTP)<sup>(6)</sup>.

Otro indicador son los síntomas comportamentales y psicológicos de la demencia (SCPD), como desinhibición, euforia, apatía y aislamiento, depresión, agitación, agresión, psicosis, alucinaciones, paranoia, delirio, ansiedad y fobias, trastornos del sueño, conducta alimentaria alterada, trastornos en actividad (lenta o excesiva). Estos síntomas se pueden encontrar en todos los tipos de demencia, ocurriendo algunos con más frecuencia en un tipo de demencia que en otro, pero que comúnmente se encuentran entre los síntomas<sup>(3)</sup>. Un estudio de Yoneda y colaboradores<sup>(7)</sup> señala que los cambios de personalidad son un indicador más puntual, ya que están relacionados con la neuropatología presente en la demencia.

Otro punto es el conocimiento de las presentaciones de la demencia. En su etapa inicial suele ser atípico, por lo que es de suma importancia realizar una valoración completa del anciano, que integre los datos obtenidos en la entrevista clínica (historia traída por la familia, anamnesis + una breve prueba cognitivo-funcional + historia clínica complementaria) para ser capaz de identificar la demencia<sup>7</sup>.

### **Características clínicas**

Afectación y evolución rápida o lenta, según el tipo de enfermedad que se presente, pero que irá comprometiendo de forma gradual y progresiva al cerebro de forma global en sus principales funciones cognitivas. Es una condición que requiere un seguimiento y supervisión constante de los cuidados que progresivamente se vuelven elementales, incurriendo, por tanto, en una carga directa, indirecta y social para todos los involucrados en la prestación de cuidados, especialmente los cuidadores familiares – informal<sup>2</sup>.

### **Signos y síntomas**

Varían en su presentación inicial según el tipo de enfermedad que se presente. Los más comunes son los déficits en: memoria, lenguaje, praxis, gnosias, orientación, planificación, ejecución y comportamiento que conducen a un gran deterioro o pérdida funcional en etapas posteriores<sup>2</sup>.

Es una condición que requiere un seguimiento y supervisión constante de los cuidados que progresivamente se vuelven elementales, incurriendo, por tanto, en una carga directa, indirecta y social para todos los involucrados en la prestación del cuidado, especialmente los cuidadores familiares - informales.

## Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo de la demencia son múltiples e incluyen aquellos que no se modifican: vejez, genética (apolipoproteína E-Apo-E genotipo E4), género femenino; y modificables como: baja escolaridad, inactividad física, tabaquismo, hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hipoacusia, traumatismo craneoencefálico y depresión<sup>2</sup>.



Risk factors for dementia.

## Epidemiología América Latina

Debido a las transiciones demográficas y epidemiológicas, el número de personas con demencia en América Latina aumentará de 7,8 millones en 2013 a más de 27 millones en 2050. Por lo tanto, la demencia se ha convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo<sup>(8)</sup>. Los estudios epidemiológicos han estimado que la prevalencia de la demencia en la población mundial oscila entre el 5% y el 7% y es más alta en los países en desarrollo<sup>(9-11)</sup>. Nitrini y colaboradores señalan que existe una mayor percepción entre los analfabetos, siendo la prevalencia en esta población el doble que en ancianos alfabetizados<sup>(9)</sup>.

Estudios más recientes, como el de Nitrini y colaboradores<sup>(12)</sup>, la prevalencia global de demencia en la población adulto mayor de LA fue del 11%. Entre los factores de riesgo modificables para la demencia se encuentra la contaminación atmosférica, entre otros, y es fundamental que se consideren datos de estudios epidemiológicos recientes en relación, especialmente, con el desarrollo de políticas de salud pública, para que se produzca una mejora en las estrategias de afrontamiento de la enfermedad<sup>13</sup>.

Link 2: [Prevalência de Demência na América Latina](#)

## Demencia en el mundo

El número de personas que vivían con demencia a nivel mundial en 2015 se estimó en 47,47 millones, llegando a 75,63 millones en 2030 y 135,46 millones en 2050; entre el 60% y el 70% de los casos corresponderán a la enfermedad de Alzheimer<sup>(14)</sup>.

El número de casos nuevos de demencia previstos anualmente en todo el mundo es de casi 7,7 millones, un caso nuevo a cada cuatro segundos. Hay 3,6 millones (46%) de casos nuevos por año en Asia, 2,3 millones (31%) en Europa, 1,2 millones (16%) en las Américas y 0,5 millones (7%) en África. Los países de ingresos bajos y medianos de América Latina (AL) y el Caribe tienen un alto riesgo de demencia<sup>(13)</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud, casi el 60% de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medianos, y la mayoría de los casos nuevos (71%) deben ocurrir en estos países<sup>(15)</sup>.

En 2019 más de 16 millones de cuidadores familiares en los Estados Unidos de América dedicaron alrededor de 18,6 mil millones de horas al cuidado de personas con Alzheimer u otras demencias. Este cuidado está valorado en casi US \$ 244 mil millones, sin embargo, sus costos se extienden no solo al aspecto monetario, sino también al mayor riesgo de sufrimiento emocional y físico de los cuidadores<sup>(2)</sup>.



Además de la carga de los cuidadores, sigue existiendo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, el desafío de tratar a las personas con demencia, que se ven agravadas por la escasez de especialistas en esta área, lo que supone una carga cada vez mayor para el equipo de salud. Atención primaria de salud: APS, en la atención a las personas que viven con demencia y sus familias.

Se entiende que estos equipos de salud, la APS, incluida la enfermería, se sienten inadecuadamente capacitados y, por lo tanto, no están preparados para abordar de manera eficiente las responsabilidades del tratamiento de la demencia<sup>2</sup>.

Link 3: <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-infographic.pdf>

## OBJETIVO

Proponer un plan de cuidados de enfermería para los adultos mayores con demencia en Atención Primaria en Salud en tiempos de pandemia.

# Desarrollo del tema

## Impacto de la pandemia por el nuevo coronavirus – COVID-19 en la demencia.

A pesar de los avances de la medicina moderna no fue posible evitar que el mundo se viera sorprendido por la mayor crisis de salud de todos los tiempos. La pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19 alcanzó a más de 10,5 millones de personas, lo que corresponde al 0,1% de la población mundial<sup>(16)</sup>. Es imposible ignorar que nos enfrentamos a dos impactos graves, una enfermedad crónica progresiva y otra infecciosa, de la que se sabe poco y para la que las sociedades aún no están preparadas para ganar. Tanto la Demencia como el COVID-19, necesitan ser abordados con ciencia, sentido común en la toma de decisiones y, principalmente, atención en las medidas de prevención, tratamiento y seguimiento de estas personas en un enfoque de salud pública. Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como la Demencia, actualmente también llamada Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), en este momento pandémico, además de la asistencia fase por fase, requieren conocimientos de enfermería y un “plus” de cuidados específicos, considerando un doble afrontamiento - Demencia / COVID, tanto en el aspecto preventivo, como de control y curativo<sup>(17)</sup>.

## Especificidades de la demencia en la pandemia

Probablemente la demencia no aumenta el riesgo de contraer COVID-19. Pero los cambios de comportamiento relacionados con la demencia, el aumento de la edad y las condiciones de salud que a menudo acompañan a la demencia pueden exponerlos a una mayor probabilidad de infección con el virus, como: dificultad para recordar los procedimientos de protección, lavarse las manos, usar máscaras, comprender la información, ignorar las advertencias y no adoptar suficientes medidas de cuarentena. Es importante recordar que debido al deterioro que generan los déficits cognitivos, es difícil que la persona

afectada por demencia tenga un nivel de atención, planificación y ejecución adecuado para cumplir con las medidas de higiene propuestas por los servicios de prevención del COVID 19. Cuidadores que conviven con personas dementes deben considerar que tienen acceso limitado a información y hechos precisos sobre la pandemia de COVID-19, y cuando reciben esta información no la retienen. Estos pacientes deben tener todas las medidas preventivas posibles ya que enfermedades como el COVID-19 y la gripe pueden empeorar el deterioro cognitivo en personas con demencia <sup>(18)</sup>.

### Proceso de cuidado

El uso del Proceso de Enfermería (NP) en la práctica clínica de los enfermeros que acompañan a pacientes diagnosticados con demencia no se diferencia de su uso en la implementación de cuidados de enfermería para otro tipo de pacientes y enfermedades; al fin y al cabo, no buscamos atender solo las demandas de cuidado requerido por las dependencias cognitivas y funcionales de un cerebro enfermo. Sabemos, sin embargo, que los Enfermeros que se dedican a este tipo de trastornos neurológicos deben presentar una base sólida de conocimiento que contemple mucho más que la atención en Neurología. Las bases teóricas de una buena práctica se encuentran en el estudio y comprensión serias de otras áreas del conocimiento, como la Neurología, Psiquiatría, Geriátrica y Gerontología, esta última, dividida en dos partes: Biogerontología y Gerontología Social <sup>(19-22)</sup>.

La valoración de enfermería en la demencia debe ser amplia e integral en todos los aspectos e incluir al paciente / cuidador / familia, como también los recursos familiares disponibles caso por caso. Las características específicas en su evolución, y el PN necesitan seguir un orden lógico dependiente de la fase y utilizar los instrumentos que faciliten el trabajo de enfermería, como las Clasificaciones de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de resultados de enfermería (NOC) - NNN.

Durante la consulta de enfermería, la Enfermera de APS debe obtener datos demográficos generales, de salud y comunitarios, que contengan los principales instrumentos psicométricos para la evaluación cognitiva, funcional y de conducta de pacientes y cuidadores. Las acciones propuestas para la APS, a través del plan de atención tras entrevista y cuidadosa anamnesis, se centran no solo en el daño neurológico, sino principalmente, en la posible toma de decisiones para curar empeoramientos, control de procesos existentes y prevención de nuevas comorbilidades. En definitiva, la elaboración por parte del enfermero de un protocolo de atención a la persona con demencia posibilitará acciones de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, haciendo énfasis en acciones enfocadas a la educación en salud y al cuidado con el cuidador.



Uno de los puntos importantes que debe fijarse en la atención de la demencia es la estrategia de intervención, debido al conocimiento de los principales cambios que se producen fase a fase, como se muestra en la figura 1.

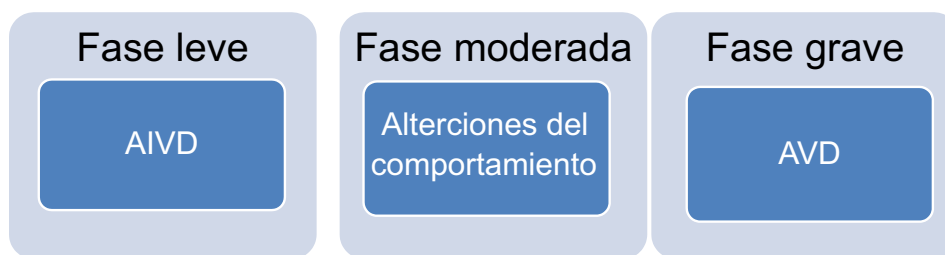


Figura 1 - Fases y dependencias en la demencia

La atención de enfermería a pacientes con demencia en la prevención de COVID-19 e infectados por COVID-19, es un proceso único y requiere cuidados para pacientes, entornos, cuidadores legos y profesionales. En este capítulo, solo por razones educativas, los dos temas, la demencia y el COVID-19, se abordarán por separado.

### **Atención de enfermería al paciente con demencia y su familia en la pandemia por COVID-19 en la APS**

- Las primeras medidas que se pueden adoptar en la APS son las que implican la búsqueda activa, realizada por teléfono o mediante la visita del agente de salud a domicilio.
- Los protocolos de higiene y distancia social basados en los lineamientos de la OMS y los Sistemas de Salud de cada país latinoamericano, son inicialmente la mejor herramienta adoptada por estas unidades en la lucha contra el COVID-19.
- Se debe instruir a todos los miembros de la familia para que mantengan la distancia social, usen máscaras cada vez que salgan de la casa, mantengan el ambiente limpio y ventilado, se laven las manos con frecuencia y utilicen alcohol en gel.
- En cuanto al cuidador formal, se le advierte que debe evitar lo máximo posible los desplazamientos diarios, ya que este movimiento puede favorecer la contaminación por su mayor contacto con otras personas, por ejemplo, en el transporte público. Es recomendable que, al llegar, este cuidador se cambie de ropa y el calzado, y se dé una ducha rápida antes de acercarse a la persona que va a cuidar. Después de cambiarse y ponerse una mascarilla y haberse desinfectado las manos con agua y jabón y alcohol en gel, puede iniciar los procedimientos habituales que forman parte de la rutina de la persona.

**Link 5:** [manual para cuidadores de la Enfermedad de Alzheimer](#)

La atención de enfermería para los pacientes con demencia es la misma que antes de la pandemia, pero con las medidas de higiene más estrictas. Esto se debe a la mayor vulnerabilidad de los pacientes ancianos con demencia a otras afecciones que pueden contribuir al empeoramiento de su demencia y conducir a un desenlace fatal.

Llamamos la atención sobre los ancianos que presentan en alguna etapa de la demencia:

- Fase ligera: la enfermera necesita orientar al cuidador para que aumente la observación, la supervisión, la delicadeza y la precaución con las sugerencias de cuidados que incluyen el “kit de higiene”. Es necesario pensar que estas actividades cuando se proponen pueden, en la práctica,

encontrar poca o mucha resistencia por parte de la persona que será atendida. Puede ser necesario repetir la necesidad de seguir las instrucciones varias veces, con delicadeza y paciencia, ya que existe el riesgo de infectarse y contaminar a alguien muy querido por ella. Este es un buen argumento y, en esta etapa, puede funcionar muy bien. Recordemos que, en este momento evolutivo, los viejos hábitos de higiene, en general, se ponen en práctica sin muchos problemas.

- Las etapas intermedia y final de la demencia pueden requerir que las actividades sugeridas al paciente por el cuidador requieran un mayor riesgo de incumplimiento y un mayor estrés en el cuidador. Estas fases esperan que las actividades sugeridas para la prevención de la contaminación por COVID-19 sean frecuentemente recordadas, estimuladas y, muchas veces, realizadas por el familiar y / o cuidador, motivo de gran carga para quien abandonó proyectos de vida para dedicarse a cuidar de su familiar enfermo. Ni siquiera cuando se trata de un cuidador formal, el familiar puede mantener inalterada su vida profesional o social porque es necesario que la persona contratada para atender al paciente con demencia deba estar constantemente guiada y supervisada por el familiar.

Es cierto que el Enfermero es un miembro del equipo de salud cuyas principales funciones son facilitar el trabajo de enfermería para él y su equipo. Un profesional de la salud de atención primaria, de preferencia, evaluará los factores de riesgo junto con los síntomas de la persona, el historial médico y la capacidad de la familia para administrar la atención. Los miembros de la familia deben limitar los espacios compartidos, practicar la higiene recomendada y saber reconocer y responder a los signos de empeoramiento de la salud. Un profesional de la salud capacitado deberá evaluar si el hogar en cuestión es adecuado para el aislamiento y la atención de un paciente con COVID-19, y si se deben implementar las medidas de control de prevención de infecciones adecuadas. Los profesionales de la salud capacitados también son importantes para apoyar al paciente y su familia en el hogar o por teléfono, por telemedicina o por equipos de extensión.

Empoderar a este equipo en todos los niveles de la salud es una tarea necesaria que puede ser propuesta por el servicio de educación permanente, a través de minicursos que contengan información relevante para la actividad práctica no mecanizada y, más bien, humanizada, a través de la participación consciente de “cuándo, cómo y por qué” el profesional debe realizar tal o cual procedimiento y los manuales de conducta son de gran utilidad en estas materias.

Ofrecer apoyo educativo que permita al profesional del equipo aportar conocimientos durante el cuidado de los familiares, especialmente con orientación sobre factores protectores para la demencia.

Es relevante realizar una valoración integral, en la medida de lo posible, de todos los adultos mayores como medida preventiva, buscando factores de riesgo o evidencia de la aparición de la demencia, con el fin de consolidar un sistema de información completo y evitar así prejuicios en el abordaje y búsqueda por estas personas que están considerando la sectorización de la APS.

Es igual de importante fortalecer el sistema de comunicación digital para continuar con los programas educativos y de formación ya implantados y planificados para el paciente y cuidador de personas con demencia. Con ese objetivo, es importante capacitar a los adultos mayores y cuidadores en la gestión

tecnológica y proponer la dotación de equipos y conexión a poblaciones de bajos ingresos.

Otra medida es consolidar programas de formación al equipo de salud en el tema de la demencia para un mejor alcance en el cuidado y comprensión de la situación por la que atraviesan la persona, el cuidador y la familia.

Diseñar o consolidar programas para cuidadores formales o informales en el tema de atención a personas con demencia, contribuye para minimizar la carga sobre el cuidador y un mejor tratamiento y evolución de la persona con demencia.

Aconsejamos proponer estrategias que fortalezcan la red de apoyo social, institucional y familiar, para un mejor cuidado y atención a la persona, al cuidador y a la familia de la persona con demencia.

Del mismo modo, sugerimos proponer nuevos mecanismos o consolidar los existentes para la difusión del conocimiento, manejo y tratamiento de la demencia; así como signos de detección precoz y cuidados específicos.

Finalmente, la enfermería debe participar activamente en la planificación de políticas públicas para estos grupos de riesgo (demencias) y liderar las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidas principalmente a las personas mayores en diferentes escenarios.

**Link 6 - [Propuesta del plan de cuidado de enfermería en una situación de un paciente adulto mayor con demencia afectado por la COVID 19 en casa](#)**

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El proceso de Enfermería en tiempos de pandemia en la APS es de fundamental importancia, buscando realizar una valoración amplia e integral en todos los aspectos, y contemplando al paciente / cuidador / familia. Mas, es un hecho que en América Latina todavía existen muchas dificultades relacionadas con la identificación de nuevos casos y el diagnóstico y tratamiento precoces. También hay una falta de profesionales capacitados para hacer frente a las dependencias cognitivas, no cognitivas y funcionales de los pacientes con demencia. Es necesario que se creen políticas públicas y que sean sensibles a los problemas por los que atraviesan estas personas, en especial las más empobrecidas. Algunos países de América Latina han estado movilizando estrategias de apoyo clínico y social para pacientes con demencia y sus familias. La mayoría de ellos aún no cuenta con un Plan Nacional de Demencia, a excepción de Chile, pero sí cuentan con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales que brindan apoyo y capacitación a los cuidadores en el manejo diario con el paciente. Algunos centros de referencia en diagnóstico y tratamiento, tanto en el sector académico público como en las clínicas privadas, pueden ofrecer valoración neuropsicológica, tratamiento farmacológico de alto coste proporcionado por el sistema sanitario, y seguimiento ambulatorio. En tiempos de pandemia existe un intenso movimiento en la organización de protocolos de atención y soporte en línea, que tienen como objetivo satisfacer las necesidades de los profesionales, pacientes y familiares, tanto desde el punto de vista asistencial y educativo como de investigación.

Finalmente, es necesario considerar que las acciones de enfermería pueden y deben investigar aspectos biológicos, psicológicos, económicos, sociales y espirituales de sus clientes con demencia, a través de propuestas de estudios de costos de enfermedades y acciones que minimicen la enorme carga de estos elementos en la vida personal del cuidador. Los costos sociales directos tienen un gran impacto no solo por el costo de una enfermedad conocida como costosa, sino también en detrimento de la salud física y mental de los cuidadores, lo que supondrá una carga para el sistema de salud de cualquier nación, ya sea de bajo, medio o altos ingresos<sup>(23)</sup>.

## Sites para consulta

### BRASIL

<https://abraz.org.br/2020/>

<http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/projeto/PL0769-2019.pdf>

<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/hc-tem-centro-especializado-para-tratamento-neurologico/>

### COLÔMBIA

<http://www.husi.org.co/intellectus/definicion1>

<http://www.husi.org.co/documents/10180/26106/Brochure+>

[+Portafolio+de+servicios+para+Intellectus+2017+Vs+2.pdf/10635af2-1cc8-46cc-8c3e-f65aba4f2cdf](http://www.husi.org.co/documents/10180/26106/Brochure+%2FPortafolio+de+servicios+para+Intellectus+2017+Vs+2.pdf/10635af2-1cc8-46cc-8c3e-f65aba4f2cdf)

### MÉXICO

<https://www.alzheimermexico.org.mx>

### URUGUAY

[https://www.audas.org.uy/quienes\\_somos.html](https://www.audas.org.uy/quienes_somos.html)

## REFERENCIAS

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Internet] Geneva: World Health Organization (WHO); 2020. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f546689346>
2. Alzheimer's Association Report. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dement. 2020;16:391–460. DOI: <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
3. Dekker AD, Strydom A, Coppus A, Nizetic D, Vermeiren Y, Naudé PJW, Van Dam D et.al. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Down syndrome: Early indicators of clinical Alzheimer's disease? Cortex 2015;73:36-61 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2015.07.032>
4. Turchetta CS, Perri R, Fadda L, Caruso G, De Simone MS, Caltagirone C, Carlesimo GA. Forgetting Rate on the Recency Portion of a Word List Differentiates Mild to Moderate Alzheimer's Disease from Other Forms of Dementi. JAlzheimers Dis. 2018;66(2):461-470. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-180690>
5. Feil DG, MacLean C, Sultzer D. Quality indicators for the care of dementia in vulnerable elders. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(Supl.2):S293-301 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01335.x>

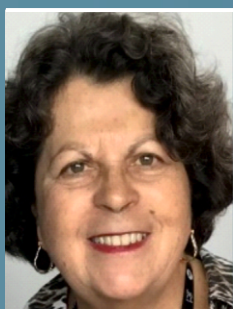
6. Pekkala S, Wiener D, Himali JJ, Beiser AS, Obler LK, Liu Y, et al. Lexical retrieval in discourse: An early indicator of Alzheimer's dementia. *Clinical Linguistics Phonetics*. 2013;27(12):905–921 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: <https://doi.org/10.3109/02699206.2013.815278>
7. Yoneda T, Rush J, Graham EK, Berg AI, Comijs H, Katz M, et al. Increases in Neuroticism May Be an Early Indicator of Dementia: A Coordinated Analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*. 2020;75(2):251–262 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby034>
8. Custódio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Front. Aging Neurosci*. 2017;9(221):1-11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00221>
9. Nitrini R. Dementia incidence in middle-income countries. *Lancet*. 2012;380(9852):380:1470. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61838-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61838-8)
10. Custodio N, Herrera-Perez H, Lira D, Montesinos R, Bendezu L. Prevalence of frontotemporal dementia in community-based studies in Latin America: a systematic review. *Dement Neuropsychol*. 2013;7(1):27–32. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642013DN70100005>
11. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferrii CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):63-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
12. Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Capuñay NSC, [Ketzoian C](#), [Llibre JJR](#) et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(4):622-630. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610209009430>
13. Brito-Aguilar R. Dementia Around the World and the Latin America and Mexican Scenarios. *J Alzheimers Dis*. 2019;71(1):1-5. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-190177>
14. World Health Organization (WHO). The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends [Internet]. Geneva. WHO, 2015. Documento WHO/MSD/MER/15.3. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)
15. World Health Organization (WHO). Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia [Internet]. Geneva. WHO, 2016. CONSEJO EJECUTIVO EB140/28. 140ª reunión. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_28-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_28-sp.pdf)
16. Archer SL. Providing care for the 99.9% during the COVID-19 pandemic: How ethics, equity, epidemiology, and cost per QALY inform healthcare policy. *The Canadian College of Health Leaders. Healthcare Management Forum* 2020;33(5):239-242. DOI: <https://doi.org/10.1177/0840470420939854>
17. Pessoa RMP, Faria S, Morais D, Chagas MHN. From Dementia to Major Neurocognitive Disorder: Current Aspects. [Revista Ciências em Saúde](#) 2016;6(4):5-17. DOI: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i4.606>
18. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, Weidner W. Dementia care during COVID-19. *The Lancet*. 2020;395(10231):1190-1191. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30755-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8)
- Belecheck GM; Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
20. Freitas EV, Py L, Gorzoni ML, Johannes D, Cañado FAX. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4th. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
21. Kandel ER; Schwartz JH; Jessel TM. *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*. Rio de Janeiro: Prentice Hall; 1997.

22. Hickey JV. *Neurological and Neurosurgical Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
23. Ferretti C, Sarti FM, Nitrini R, Ferreira FF, Brucki SMD. An assessment of direct and indirect costs of dementia in Brazil. *PLoS ONE* 2018;13(3):e0193209. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193209>



# 20

## EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19



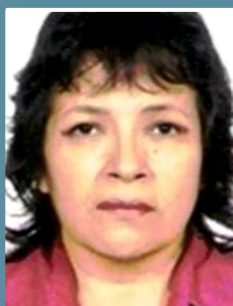
Sônia Maria Soares  
Brasil

Deuzany Bezerra Melo Leão  
Brasil



Katherine Sanclemente Angrino  
Colômbia

Laura Villaquirán Jiménez  
Colombia



Maritza Evangelina Villanueva Benites  
Perú

Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro  
Brasil



## 20 - EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19

Sônia Maria Soares

ORCID:0000-0003-3161-717X

Deuzany Bezerra Melo Leão

ORCID:0000-0002-5510-0733

Katherine Sanclemente Angrino

ORCID:0000-0001-6059-4574

Laura Villaquirán Jimenéz

ORCID:0000-0002-373-0226

Maritza Evangelina Villanueva Benites

ORCID:0000-0001-9196-1832

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

ORCID:0000-0002-1016-0484

### RESUMEN

**Introducción:** los casos más graves con resultados fatales de la infección por el SARS-Cov-2 fueron relatados en adultos mayores, especialmente, en aquellos que presentaban comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes *mellitus*. Con base en estas evidencias, la enfermería busco orientar su práctica en la atención primaria en salud, buscando alternativas innovadoras para reducir la transmisibilidad del virus. **Objetivo:** Contribuir a la cualificación del cuidado en enfermería al adulto mayor con condiciones crónicas en la Atención Primaria en salud frente al contexto de la pandemia de COVID-19. **Desarrollo del tema:** se trata de un ensayo teórico-reflexivo producido con base en análisis de protocolos disponibles en directrices de organizaciones internacionales (OMS, OPAS, CDC y otras), sociedades científicas de América Latina y artículos publicados en periódicos nacionales e internacionales. Tomando como referencia el Modelo de Cuidados Crónicos fueron presentadas las medidas para estratificación de riesgo, monitoreo de casos según las evidencias científicas actuales para prevención de infecciones, control de epidemias y pandemias en el contexto. **Consideraciones finales:** Las reflexiones realizadas contribuyen a la orientación de acciones con vistas a una cualificación de la asistencia al adulto mayor, familias, cuidadores y comunidad en la perspectiva de un cuidado al adulto mayor con relación al COVID-19.

**Descriptores:** Anciano; Enfermedades crónicas; Atención Primaria; Coronavirus; Enfermería.

# Introducción

La pandemia de COVID-19 produjo desafíos sin precedentes para la salud global y afectó de forma significativa toda América Latina, que responde a un tercio de todas las muertes en todo el mundo <sup>(1)</sup>. Los casos más graves con resultados fatales de la infección por el SARS-Cov-2 fueron relatados en adultos mayores, especialmente, aquellos que presentaban comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes *mellitus* (DM2) <sup>(1,2)</sup>.

De acuerdo con relatorías internacionales de la OMS, OPAS y del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), pacientes con DM2 y síndrome metabólico pueden tener un riesgo hasta diez veces mayor de muerte cuando contraen COVID-19. La hiperglicemia y el diagnóstico de DM2 son predictores independientes de mortalidad y morbilidad en pacientes con SARS1. Este hallazgo puede estar relacionado al hecho de que estos pacientes presentaron un estado de inflamación metabólica que los predispone a un aumento de la liberación de citocinas. Para el COVID-19, esto contribuye a la falencia de múltiples órganos en pacientes con enfermedades graves <sup>(3)</sup>.

De acuerdo con un estudio de metaanálisis que incluyó 13 investigaciones de diferentes países con un total de 99.817 pacientes evaluados, se demostró que los efectos globales de las comorbilidades, están asociados a mayor riesgo para evolución clínica grave en personas con COVID-19, incluyendo enfermedad renal crónica (riesgo global de 5.60; IC de 95% 4.13-7.60), hipertensión arterial (riesgo de 4,05; IC 95% 3,45-4,74) y diabetes (riesgo 3,53; IC 95% 2,79- 4,47) <sup>(4)</sup>, en comparación con paciente no graves.

Otros estudios informaron conclusiones semejantes indicando prevalencia combinada de diabetes mellitus (DM) en la infección por COVID-19 de 13% (IC de 95%, 10%- 17%) y de hipertensión de 24% (IC de 95%, 18%-30%). La prevalencia combinada de enfermedad renal crónica (ERC) en la infección por COVID-19 de 5 estudios con 1.602 pacientes fue de 1% (IC de 95%, 1%-2%) <sup>(5,6)</sup>. Se concluye, por lo tanto, que la edad avanzada, el uso prolongado de varios medicamentos, la insuficiencia renal, la hiperglicemia y enfermedades cardíacas son factores predictivos de un pronóstico desfavorable para los adultos mayores con diabetes.

La regulación de la glicemia y la adopción de medidas adecuadas son aspectos críticos que llevar a consideraciones para el paciente diabético en este periodo pandémico, principalmente en el paciente con la infección en curso. Además de eso; algunos estudios demostraron que la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) es un receptor para SARS-CoV-2 en el cuerpo humano <sup>(5,6,7)</sup>. Frente a las condiciones clínicas de salud desfavorables, determinantes sociales persistentes agravan todavía más los efectos negativos del COVID-19 en adultos mayores con enfermedades crónicas. Con relación a los problemas emergentes revelados durante la pandemia, existe información del impacto económico sobre los síntomas de salud más inestables.

En América Latina, la región con mayor desigualdad social presenta dificultades de acceso a los servicios de salud, falta de condiciones sanitarias, trabajo informal, entre otros. Esa realidad influye directamente en el abordaje del cuidado al adulto mayor, familia y comunidad. Por lo que, se destaca la importancia de fortalecer las redes de cuidado integral a la población de adultos mayores, capaces de garantizar acciones de promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, reducción de daños y conservación de la salud para la mayor parte de la población.

La Atención Primaria en Salud (APS) tiene una función estratégica en el gerenciamiento de condiciones crónicas, especialmente, por su capacidad de extensión y potencial para identificar las necesidades de salud de la población y realizar la estratificación de riesgos que subsidiará la organización del cuidado en toda la red de atención <sup>(8)</sup>. En el inicio de la pandemia, las experiencias internacionales fueron centradas en el cuidado individual hospitalario, lo que sirvió de alerta para la necesidad de un abordaje más comunitario y domiciliario, centrado en el territorio y con foco en la atención primaria, considerando que el 80% de los casos son leves y gran parte de los casos moderados buscan los servicios de salud de la red básica como primer acceso en la búsqueda de cuidados <sup>(9)</sup>. Es, por tanto, en este escenario que los profesionales de enfermería ocupan la primera línea de atención y cuidados, además de tener un papel fundamental en la cobertura universal para prevenir el avance de las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

## OBJETIVO

Contribuir a la cualificación del cuidado en enfermería al adulto mayor con condiciones crónicas en la Atención Primaria en salud frente al contexto de la pandemia de COVID-19.

# Desarrollo del tema

## **El Modelo de Condiciones Crónicas y contribuciones al afrontamiento de Covid-19 en el contexto de la Atención Primaria de Salud.**

Las condiciones crónicas son aquellas condiciones de salud de un curso más o menos largo o permanente, que deben ser manejadas de manera proactiva, continua e integrada por el sistema de salud, por los profesionales de la salud y por los pacientes / familiares para su control eficaz, eficiente y con calidad. Como siempre se presentan con mayor predominio en edades avanzadas, pueden comprometer gradualmente la calidad de vida a través de limitaciones funcionales o discapacidades. En general, requieren cuidados a largo plazo y aunque no son la amenaza más inmediata para la vida, son las causas más comunes de mortalidad prematura. Además, la mayoría de las dolencias crónicas se pueden prevenir, o incluso retrasar su progresión, o reducir sus complicaciones <sup>(10)</sup>.

En virtud de ello, la importancia del *Chronic Care Model* (CCM) desarrollado por Ed Wagner y colaboradores fue presentada en 1998 por el MacColl Center for Health Care Innovation, en Seattle,

Estados Unidos <sup>(11)</sup>. Se trata del modelo conceptual más utilizado en la actualidad con adaptaciones posteriores en varios países para monitorear personas con enfermedades crónicas. Las hipótesis del modelo y descripciones más detalladas están disponibles en el sitio web: The Improving Chronic Illness Care - [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

El CCM asume que para lograr la mejor atención para las personas que padecen una dolencia de salud crónica es importante tener en cuenta: las relaciones continuas entre usuarios y su equipo de salud; individualización de la atención según las necesidades de los usuarios; atención que se anticipa a las necesidades del usuario; intervenciones basadas en evidencia científica y cooperación entre proveedores de atención médica. El CCM consta de seis elementos clave que interactúan entre sí, subdivididos en dos grandes campos: (1) el Sistema de Salud y la (2) Comunidad <sup>(10,11)</sup>.

El CCM está estructurado con base en los siguientes principios: organización sanitaria; recursos de la comunidad; autocuidado apoyado; diseño de la línea de cuidado; apoyo a las decisiones clínicas; sistema de información clínica. En el Sistema de atención de la salud, debe producirse modificaciones en la organización de la atención de la salud: en el diseño del sistema de prestación de servicios, el apoyo en las decisiones, en los sistemas de información clínica y en el autocuidado apoyado. En la Comunidad, los cambios se centran en la articulación de los servicios de salud con los recursos comunitarios, como se ilustra en la Figura 1.



Figura1- Modelo de Cuidados Crônicos. Fuente: WAGNER, 1998. Tradução para o português de responsabilidade de Mendes (2015).

Este modelo, al subsidiar acciones de prevención e intervención temprana asociadas a la gestión del cuidado en el enfrentamiento a la pandemia, permite una solución multidimensional y sistemática de cómo brindar atención a los adultos mayores con enfermedades crónicas. La gestión de las acciones del Modelo de Asistencia Crónica es coherente con las habilidades y atributos ya adquiridos por los enfermeros, considerando sus competencias profesionales en la gestión del cuidado en el seguimiento de los pacientes crónicos en salud.

### Atención de enfermería al adulto mayor con enfermedad crónica en la atención primaria en salud

La pandemia COVID-19 presenta diferentes desafíos en la atención de enfermería en el contexto de la atención primaria de salud, a fin de garantizar accesibilidad, longitudinalidad, atención integral y

coordinación de los servicios de salud. El enfermero durante la pandemia necesita conocer más de cerca y entender cómo los adultos mayores con enfermedades crónicas conviven con la enfermedad y el tratamiento que llevan, para implementar un cuidado de calidad que atienda a sus necesidades y, plantear posibles intervenciones <sup>(12)</sup>.

Uno de los lineamientos prioritarios para los profesionales de enfermería fue proponer estrategias, a fin de garantizar el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas, considerando todas las normativas técnicas de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales. Con base en los principios del CCM, presentamos algunas acciones articuladas entre el profesional de la salud, el paciente y los servicios de salud que envuelven la organización de la atención en salud, con el propósito de incrementar la disponibilidad en la demanda de atención programada a disposición de los adultos mayores en necesidad de acompañamiento.

Las intervenciones de enfermería implican principalmente reorganizar los flujos y redefinir las formas de cuidado. Por ende, Los adultos mayores con enfermedades crónicas, independientemente de pertenecer al grupo de riesgo, traen consigo algunos síndromes geriátricos, con déficits sensoriales (auditivos y visuales), que demandan cuidados más complejos, con autonomía personal reducida, con cierto grado de dependencia y con mayor exigencia en el uso de recursos sociales y sanitarios <sup>(11,10)</sup>.

Ante aquello, se resalta la importancia de garantizar las orientaciones continuas de los cuidados esenciales para la estabilización clínica del adulto mayor, contribuyendo a minimizar el riesgo de descompensación y efectos adversos, así como evitar costosos ingresos hospitalarios, aumentando finalmente su calidad de vida. De esa manera, las Intervenciones centradas en factores de riesgo específico, tales como, alteraciones específicas de glicemia, niveles presóricos, evaluación funcional renal o en dificultades funcionales para personas con múltiples enfermedades crónicas son esenciales en el desarrollo de un plano terapéutico para adultos mayores.

### **Estratificación de riesgo**

Aún como parte de la organización en salud, se recomienda, por tanto, que la estratificación del riesgo sea uno de los recursos utilizados por los equipos de salud para organizar horarios y priorizar el uso de las diferentes herramientas tecnológicas disponibles para el seguimiento de las condiciones crónicas en el territorio. La estratificación del riesgo debe adoptarse como una forma de mapear los casos de riesgo bajo, medio y alto de las diferentes enfermedades crónicas de los usuarios.

Esta estratificación debe basarse no solo en la edad, sino en el índice de vulnerabilidad clínico-funcional de los adultos mayores <sup>(14)</sup>. Esa clasificación permite evaluar, organizar y garantizar el servicio a cada usuario, de acuerdo con la necesidad del usuario, como se muestra en el Cuadro 1. Cabe resaltar que el protocolo de estratificación de riesgos es una herramienta útil y necesaria, pero no es suficiente para definir el riesgo o la vulnerabilidad de una persona en particular.



**Cuadro 1-** Estratificación de riesgo de adultos mayores con enfermedades crónicas

## **Seguimiento de adulto mayor con enfermedades crónicas**

Las interacciones entre los equipos de salud y los usuarios pueden volverse más productivas con un equilibrio entre la asistencia profesional presencial y no presencial por teléfono o correo electrónico <sup>(10)</sup>. Los servicios de centro de atención telefónica (*Call Center*) destinados a la monitorización de pacientes con enfermedades crónicas ya es una realidad en algunos países y se ha convertido en una de las herramientas más utilizadas para la monitorización durante la pandemia; permite el seguimiento de los pacientes post-alta, evaluando el acceso a consultas, exámenes, medicamentos, entre otras acciones, así como a la continuidad de la atención. La llamada telefónica actúa como una herramienta poderosa para la educación en salud y el seguimiento de los planes de autocuidado. Otra acción que se destaca es el seguimiento de usuarios con comorbilidades y cuadros clínicos más complejos. Estos usuarios, que necesitan un enfoque más intensivo, pueden tener una menor necesidad de consultas si se utilizaran otras formas de contacto (teléfono, correo electrónico).

## **Servicio colectivo**

Además de la atención profesional individual, la atención grupal debe formar parte de la atención médica. Los grupos son un poderoso dispositivo para la educación en salud, los intercambios entre usuarios y entre ellos el equipo de salud. Este enfoque debe estimular la reflexión sobre la enfermedad y los factores que intervienen en este proceso para fomentar formas de autocuidado y cambios de actitudes. Los grupos pueden organizarse de diferentes formas, según las necesidades de la población, respetando las técnicas para su gestión y organización. Se deben privilegiar los enfoques creativos que involucran la participación colectiva. En unidades de atención primaria una de las estrategias para viabilizar el trabajo en grupos fueron las llamadas con la utilización del celular a los adultos mayores que tenían mayor habilidad con el uso de las tecnologías digitales, además de las llamadas para las tele-consultas.

## **Cuidados personales**

En las enfermedades crónicas, el éxito del tratamiento depende en gran medida de la participación e implicación del usuario como sujeto activo de su tratamiento. Una actitud de autocuidado que conduzca a estilos de vida y prácticas más saludables, así como a la adherencia al tratamiento, no depende solo de una prescripción profesional, sino de la conciencia del usuario sobre su estado de salud y su relación con sus prácticas. El autocuidado asistido significa una estrecha colaboración entre el equipo de salud y los usuarios, los cuales trabajan en conjunto para definir el problema; establecer metas; monitorearlas; instituir planes de cuidado y resolver problemas que surgen a lo largo del proceso. Para aplicar esta estrategia es importante: permitir que los profesionales de la salud colaboren con los usuarios en el establecimiento de metas de autocuidado, ya que implica un cambio en la práctica asistencial; instrumentos de autocuidado basados en evidencia clínica; utilizar estrategias de grupo; buscar apoyo a través de acciones educativas, información y medios físicos; y buscar recursos comunitarios para que se obtengan metas de autogestión equivalentes a la actividad de prescripción del profesional de la salud, que informa al usuario qué hacer. Significa, en síntesis, reconocer el papel central del usuario en relación con su salud, desarrollando un sentido de autorresponsabilidad por su propia salud y transformar al profesional de la salud en compañero del usuario <sup>(10)</sup>. El apoyo de la familia, amigos, organizaciones comunitarias y el equipo de salud multiprofesional es fundamental para que el autocuidado se lleve a cabo de manera eficaz.



Clique aqui para  
baixar o quadro 2

**Cuadro 2-** Seguimiento de los adultos mayores con enfermedades crónicas.

## CONSIDERACIONES FINALES

La pandemia de Covid-19 brindó mayor visibilidad al trabajo de la enfermería, colocando a la profesión en una condición de protagonismo, revelando su papel fundamental en la primacía del cuidado humano. Los profesionales de enfermería son la primera línea de cuidado y atención por su rol fundamental en la mejora del acceso y la calidad de la atención en salud, conforme evidenciado en el seguimiento de las personas mayores en condiciones crónicas. Debido a las condiciones impuestas por la pandemia, muchos adultos mayores dejaron de comparecer a los servicios de salud, lo que comprometió en sobremanera a aquellos que presentaban condiciones crónicas. Ante este escenario, los profesionales de la salud fueron impulsados a reinventar sus prácticas en el sentido de garantizar y monitorizar a los adultos mayores con condiciones crónicas. Cabe mencionar la importancia del Modelo de Atención Crónica, que permite la gestión de la atención de forma multidimensional. Al exponer las incertidumbres de las políticas públicas en el área de la atención de la salud del adulto mayor, que particularmente indica que, en países de ingresos bajos y medios; como los de América Latina, es fundamental invertir en la atención primaria de salud con un enfoque de promoción de la salud, participación ciudadana y protección de los adultos mayores más vulnerables.

En conclusión, se puede decir que las experiencias vividas —durante la pandemia— permitieron acercarse de manera diferente a los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas, a través de las tecnologías que pueden incorporarse a la práctica de manera crítica y reflexiva. Con todo esto, se espera que el escenario actual impulse nuevos logros en la mejora de la cobertura universal de salud y el acceso a la salud para las poblaciones que dependen de los sistemas públicos de salud.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva, 2020. COVID19.who.int. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Washington DC., 2020. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Older Adults. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>
3. [Mehta D, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. Across Speciality Collaboration, UK. Lancet 2020;395\(10229\):1033-1034. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30628-0](#)
4. Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Mederos LEA. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. Rev haban. cienc. méd. 2020;19(sUPL.):e3389. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3389>



5. Nandy K, Salunke A, Pathak SK, Pandey A, Doctor C, Puj, K et. al. Coronavirus disease (COVID-19): A systematic review and meta-analysis to evaluate the impact of various comorbidities on serious events. Diabetes & metabolic syndrome: Clinical Research & Reviews 2020;14(5):1017-1025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.064>
6. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et. al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol. 2020;109(5):531-538. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
7. Bode B, Garrett V, Messler J, McFarland R, Crowe J, Booth R et. al. Glycemic Characteristics and Clinical Outcomes of COVID-19 Patients Hospitalized in the United States. J Diabetes Sci Technol. 2020;14(4):813-821. DOI: <https://doi.org/10.1177/1932296820924469>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p.
9. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? Cadernos de Saúde Pública. 2020;36(8):e00149720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS, 2012. p. 139-176.
11. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1998;1(1):2-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Corona Vírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Available from: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-ProtocoloManejo-ver06-Final.pdf>. Acesso 28 ago 2020
13. Lorenzo SM. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada: Actualización en Medicina de Familia; 2020. Available from: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2626](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626)
14. Barra RP, Moraes EM, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC et. al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS em Revista. ARTIGOS 2020;2(1):38-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64>
15. São Paulo [Internet]. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19, 2020. Available from: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/672e5b1c446307d63f59b4cf0bf2ac08.pdf>
16. Blázquez MR, Gómez SS, Gallego CF. Care as a cross-cutting element in the health care of complex chronic patients. *Enfermería clínica*, 2014;24(1):44-50. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4603200>
17. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response. Aten Primaria. 2020;52(6):369-372.. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
18. Hammerschmidt, KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. Cogitare Enfermagem, 2020;25:e72849. [cited 2020 Sep. 30]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>

19. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Botero SH, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gomez WE, Méndez CA et al. Preparation and control of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America. *Acta Méd. Peru.* 2020;37(1):3-7. DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
20. Cassiani, SHB, Jimenez EFM, Ferreira AU, Peduzzi M, Hernández CL. The state of nursing in the world and the Region of the Americas at the time of the COVID-19 pandemic. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2020;44:e64. [cited 2020 Jul. 24]. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>

# 21

## CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Jack Roberto Silva Fhon  
Brasil

Alexandre Ernesto Silva  
Brasil



Denisse Parra-Giordano  
Chile

Heliberto Mena Cambronero  
Costa Rica



Tirso Duran Badillo  
México

## 21 - CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Jack Roberto Silva Fhon

ORCID: 0000-0002-1880-4379

Alexandre Ernesto Silva

ORCID: 0000-0001-9988-144X

Denisse Parra-Giordano

ORCID: 0000-0002-9439-2679

Heliberto Mena Cambronero

ORCID: 0000-0002-9311-7675

Tirso Duran Badillo

ORCID: 0000-0002-7274-3511

### RESUMEN

**Introducción:** Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de la persona en la etapa terminal de una enfermedad. Con el inicio de la pandemia se evidenciaron debilidades en la Atención Primaria en Salud y en la atención al adulto mayor, lo que exigió el desarrollo de un enfoque integrador. **Objetivo:** Describir un plan de cuidados de enfermería para adultos mayores con necesidades paliativas en la Atención Primaria en Salud en tiempo de pandemia. **Desarrollo del tema:** La persona que vive con la condición de que amenace la continuidad de la vida, tiende a manifestar sufrimiento (físico, psicológico, social, y espiritual), que lo extiende a sus familiares y amigos. El enfermero debe evaluar las dimensiones de ese sufrimiento -sea biológico, psicológico, social y/o espiritual- utilizando el proceso de enfermería y de diferentes instrumentos a fin de brindar un mejor cuidado al adulto mayor y su familia. Este capítulo presenta algunos cuidados de enfermería dirigidos a los adultos mayores en cuidados paliativos. **Consideraciones finales:** Es necesario preparar a los profesionales de la salud, mejorar los programas que integren la atención al paciente en la atención primaria, y formar profesionales capacitados en el cuidado del adulto mayor en cuidados paliativos y de apoyo a los familiares.

**Descriptores:** Cuidados Paliativos; Anciano; Atención Primaria en Salud; Enfermería; Coronavirus.

# Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó incorpora los Cuidados Paliativos (CP) en 1980, y son definidos como la base de la atención en salud para mejorar la calidad de vida (CV) de las personas y sus familias durante el proceso de enfermedad, formando un modelo asistencial para enfermedades avanzadas, en etapa terminal y en el duelo.<sup>(1)</sup>

La necesidad de CP se calcula en 40 millones de personas al año, estando la mayoría de ellas en su casa, siendo que la integración de la atención de los CP en las casas trae múltiples beneficios a la atención de la población. No obstante, solo el 14% de las personas que precisan de CP lo reciben. Se destaca que el 78% de estas personas vive en países de bajo o mediano ingreso, revelando desigualdades mundiales.<sup>(2,3)</sup>

La crisis humanitaria actual debido al coronavirus ha evidenciado las debilidades del sistema de salud, específicamente en la Atención Primaria de Salud (APS), haciéndose preciso el desarrollo de un enfoque integrador. De esta forma, se releva la importancia de los CP frente a las enfermedades limitantes de la vida como la COVID-19, evidenciando el rol primordial de la Enfermería en este quehacer como pilar tanto del equipo de CP como de APS.<sup>(4,5)</sup>

Si bien el coronavirus afecta todas las edades, es más grave en los mayores de 65 años con patologías concomitantes.<sup>(6)</sup> Frente a esto, es preciso profundizar en las estrategias ya establecidas en atención primaria, como son los programas de dependencia severa, visita domiciliaria y diferentes protocolos/normativas para la atención del adulto mayor en CP en tiempos de pandemia.

## OBJETIVO

Describir un plan de cuidados de enfermería para adultos mayores con necesidades paliativas en la atención primaria en salud en tiempo de pandemia.

# Desarrollo del tema

La persona con una condición que amenace la continuidad de la vida va a manifestar algún sufrimiento, sea este físico, psíquico, social/familiar y/o espiritual que se extiende para los familiares y amigos. Los CP tienen un abordaje direccionado en la prevención y alivio del sufrimiento humano ya que es una herramienta de cuidado de gran relevancia para la CV y dignidad humana de las personas y familiares que se encuentran en esta situación.

El proceso de Enfermería es una estrategia utilizada por la enfermera para aliviar las necesidades humanas, sea en las medidas de prevención, control y tratamiento, y en las de paliación.<sup>(7)</sup> Con la anamnesis y el examen físico, se identifican los problemas y necesidades de la persona, se elabora el diagnóstico de enfermería y se desarrolla la prescripción de los cuidados, todo según alguna teoría que se quiera aplicar, como la historia del paciente, el planeamiento, la implementación y (re)evaluación de las acciones junto al equipo.

En la práctica de los CP este proceso debe suceder desde el diagnóstico de una enfermedad/condición potencialmente incurable que amenace la continuidad de la vida, hasta la muerte de la persona; y también abarca la familia y amigos por medio del soporte al luto posterior al óbito.

### **La dimensión biológica de los cuidados paliativos**

La población adulto mayor es el grupo que más crece en los últimos tiempos en el mundo y que puede presentar condiciones crónicas degenerativas, potencializando el sufrimiento humano.

La aplicabilidad de los CP se propone como un gran aliado en la búsqueda del confort y el control de los síntomas, buscando mejorar la CV de estos adultos mayores. En general, la posible fragilidad psicoemocional y física, la dificultad de comunicación y la dependencia de los cuidadores, pueden incrementar la necesidad de este tipo de cuidados.

Al igual que las enfermedades crónicas, las enfermedades agudas también pueden amenazar la continuidad de la vida y causar sufrimiento a los adultos mayores. La infección por coronavirus es una de esas condiciones que, incluso cuando es aguda, interfiere con la CV debido a los efectos multidimensionales que puede causar la enfermedad por la COVID-19 en la persona.<sup>(8)</sup>

La dimensión biológica o física de los adultos mayores, incluso antes de la infección por coronavirus, en muchos de ellos ya era frágil debido al proceso de senescencia y senilidad. Sin embargo, con esta aguda condición infecciosa, esta fragilidad puede agravarse provocando un importante riesgo de sufrimiento y muerte.

En la dimensión física del cuidado, la prevención y el control de los síntomas, además de buenas condiciones para que la persona realice de manera independiente sus actividades de la vida diaria, son principios fundamentales de los cuidados paliativos e importantes impulsores del bienestar. Para que esta atención se realice con calidad, es necesario evaluar las condiciones físicas y las necesidades de salud de la persona, teniendo en cuenta su singularidad, para la planificación de las intervenciones. Cabe recordar que independientemente del síntoma que se presente se debe evaluar de manera multidimensional.

La valoración del adulto mayor en cuidados paliativos utiliza instrumentos que facilitan la identificación de las necesidades de la persona, lo que apoya y orienta el desarrollo de un plan de atención domiciliaria.

La enfermedad puede determinar un desequilibrio funcional en la persona, es decir, en la capacidad para

para realizar actividades de la vida diaria. Las pérdidas funcionales afectan la CV, lo que puede provocar sufrimiento y la necesidad de intervenciones que las prevengan y alivien. La evaluación de la funcionalidad es uno de los indicadores que muestra la evolución de una condición que amenaza la continuidad de la vida, y permite elaborar un plan terapéutico orientado a la calidad de vida y autonomía de la persona.<sup>(9)</sup>

Las escalas utilizadas para evaluar la funcionalidad en adultos mayores elegibles para cuidados paliativos son, en su mayor parte, la Escala de Desempeño de Karnofsky (*KPS*), ampliamente utilizada para evaluar la discapacidad funcional causada por el cáncer, y la Escala de Performance Paliativa (*PPS*), derivada del *KPS*, y que es aplicable a cualquier condición humana de adultos y adultos mayores que necesiten de CP.<sup>(10)</sup>

Además de la evaluación de la funcionalidad, es importante evaluar otros marcadores como: alteración cognitiva, fragilidad y otras comorbilidades. El *National Institute for Health and Care Excellence* (*NICE*), sugiere el uso del *Clinical Frailty Scale* (*CFS*) para la clasificación del adulto mayor vulnerable.<sup>(11)</sup> Sin embargo, existen otras escalas que evalúan la fragilidad que pueden ser utilizadas por el equipo multiprofesional, tal como el *Edmonton Frail Scale* (*EFS*), *Tilburg Frailty Indicator* (*TFI*) y *Groningen Frailty Index* (*GFI*).

Los síntomas como disnea, tos, hipersecreción, delirio, dolor y fiebre son comunes para la COVID-19. El manejo y control de estos es un principio fundamental de los CP, ayudando a los profesionales de la salud a reconocer los signos de agravamiento y, mediante intervenciones y medidas preventivas, anticipando cuidados que eviten complicaciones a los pacientes.<sup>(12)</sup>

La evaluación de los síntomas mediante exploración física y anamnesis, en el momento del ingreso y en visitas posteriores, permite un mejor manejo de los síntomas. La *Edmonton Symptom Assessment System* (*ESAS*) es una herramienta que ayuda a sistematizar la evaluación y el control de los síntomas, permitiendo un análisis por períodos consecutivos, con comparaciones y anotaciones para intervenciones que reducen el sufrimiento humano.<sup>(10)</sup> Dos condiciones relevantes para evaluar a los adultos mayores que interfieren significativamente en su CV son el sueño, como se mencionó anteriormente en la *Escala de Edmonton*, y el estado cognitivo, que se puede evaluar mediante el enlace Mini Examen del Estado Mental - MEEM.

Cabe recordar que el enfermero en la APS y en la atención domiciliaria, además de evaluar a los adultos mayores elegibles para CP sobre los síntomas propuestos por los instrumentos mencionados, debe prestar atención a los síntomas clásicos de la COVID-19 presentados en este texto. Esto se debe a que, al percibir los signos y síntomas de la infección, este pueda intervenir a tiempo para acoger y minimizar los síntomas y el agravamiento. También se debe prestar atención a los cuidadores que están con estas pacientes, proporcionando orientación sobre las formas de contagio y prevención de enfermedades, limitando así la propagación del virus.

### **La dimensión psicológica de los cuidados paliativos**

El envejecimiento conlleva diversas experiencias que impactan en la salud mental, como la etapa jubilatoria, la reducción de círculos sociales, el nido vacío, la pérdida de la salud, la dependencia funcional, la muerte de familiares y/o amigos, entre otras. Asimismo, en esta etapa de la vida se acentúan las enfermedades crónicas y/o comorbilidades, principales causas de necesidad de CP. Y si se agrega la exposición o infección de coronavirus, surge o se intensifican el miedo, la angustia, la desesperanza y el estrés; se incluyen también las alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y la incertidumbre.

Ante la presencia de ansiedad a persona sufre alteraciones fisiológicas y psicológicas como aprensión, culpa y sensación de desastre ineludible. A diferencia del miedo o el temor, en la ansiedad se desconoce el sujeto y objeto causante, mientras que en el miedo si se conoce la causa.<sup>(13)</sup> En los adultos mayores con diagnóstico de COVID-19, la interpretación de la sintomatología puede ser catastrófica al tener conocimiento de ser grupo vulnerable, por lo que los niveles de ansiedad pueden incrementarse.

La depresión se presenta con sintomatología que puede confundirse con la de COVID-19, como fatiga, trastornos del sueño, trastornos del apetito, falta de interés en la socialización y desinterés para realizar las actividades de la vida diaria<sup>(13)</sup>; no obstante, los indicadores de depresión son tristeza, abatimiento, sufrimiento, minusvalía, pena incontrolable, ira o frustración<sup>(14)</sup>.

Los profesionales de Enfermería pueden hacer una valoración de la ansiedad y la depresión a través de la Escala de Depresión Geriátrica. Cuando se identifican signos de ansiedad y/o depresión en primera instancia, se deben identificar las causas para poder tratarlas; también es recomendable desarrollar un plan de ejercicios o actividad física respetando las limitaciones del adulto mayor, enseñarle al adulto mayor y cuidador técnicas de respiración y relajación muscular, baños calientes, masajes corporales, lectura y musicoterapia. Si estas intervenciones no funcionan, se deberá canalizar con psiquiatría para prescripción de tratamiento farmacológico.

Por otra parte, cuando el adulto mayor se encuentra en CP, presenta incertidumbre que puede incrementarse ante la confirmación del diagnóstico de coronavirus; Mishel<sup>(15)</sup> la define como *“la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”*. En la enfermedad por COVID-19 el adulto mayor y familia pueden presentar dudas y malas interpretaciones del proceso fisiopatológico, sobre todo al tratarse de experiencias nuevas donde existe poco o nulo conocimiento y que puede poner en riesgo la vida del paciente.

Es importante que en el proceso de atención de Enfermería se incluya la evaluación de incertidumbre. Esto puede realizarse con la Escala de incertidumbre frente a la enfermedad. Cuando se identifican rasgos de incertidumbre se pueden realizar intervenciones educativas centradas en el conocimiento de la enfermedad: diagnóstico y seriedad de la enfermedad, tratamiento y estrategias para el cuidado, y curso y pronóstico de la enfermedad.

### **La dimensión social de los cuidados paliativos**

Las enfermedades incurables modifican el estado social del paciente. Además del dolor y presencia



de otros síntomas, los pacientes pueden sufrir efectos indeseables de la enfermedad que afectan la apariencia física, la pérdida de roles sociales, profesionales y familiares, la capacidad de permanecer independiente y la percepción del futuro <sup>(16)</sup>. Por otro lado, las personas que enfrentan los desafíos existenciales de acercarse a la muerte pueden encontrar que las relaciones interpersonales son un componente clave para experimentar el significado de la vida <sup>(17)</sup>.

El apoyo social implica varias dimensiones y son: (1) el apoyo emocional, que se define como ser empático y comprensivo, tener un afecto positivo y alentar la expresión de sentimientos; (2) el apoyo asistencial, como transporte, ayuda financiera y/o doméstica, considerado como un apoyo para las diferentes actividades; (3) el apoyo informativo, que implica ofrecer información, orientación y asesoramiento; y (4) el apoyo afectuoso que consiste en tener a alguien que le demuestre amor y afecto <sup>(18)</sup>.

El apoyo social puede influir en la CV, y se muestra importante en la vida de los pacientes al ayudarlos a sobrellevar sus sufrimientos de manera más efectiva y hacerlos sentir valorados, amados y atendidos <sup>(16)</sup>. Obtener el apoyo emocional de otras personas es un mecanismo común para afrontar el sufrimiento, se asocia con una mejor CV, y provoca una reducción de la ansiedad y la depresión <sup>(19)</sup>.

Una amplia gama de servicios paliativos puede facilitar el apoyo social al paciente y familia. Estas pueden incluir las visitas domiciliarias, el soporte remoto prestado por teléfono o por uso de algún aplicativo con uso de la Internet, terapias grupales entre os familiares, entre otras actividades <sup>(15)</sup>.

La atención de CP en APS no debe entenderse como atención domiciliaria del tipo "internación domiciliaria". Los programas de atención domiciliaria de este tipo están organizados para atender a pacientes que padecen enfermedades crónicas avanzadas, con alta dependencia, en los moldes intervencionistas tradicionales <sup>(16)</sup>.

La familia cumple un rol importante, ya que es un facilitador en el tratamiento del paciente. Los amigos y familiares pueden tener dificultades para aceptar el diagnóstico y sentirse incapaces de relacionarse con las experiencias del paciente. Las relaciones sociales también pueden verse limitadas por el estigma en torno a la enfermedad y la muerte <sup>(20)</sup>. También es importante identificar las condiciones financieras, emocionales y organizacionales del entorno y la forma como el paciente quiere ser cuidado.

Existen diferentes herramientas que pueden ayudar al profesional de enfermería a identificar el apoyo que recibe el paciente por parte de la familia, una de las herramientas a usar es el Apgar Familiar. También puede ser utilizada la Escala de Apoyo Social (EAS).

### **La dimensión espiritual de los cuidados paliativos**

El ser humano tiene muchas necesidades en común, la espiritualidad es una de ellas, la cual es inherente a todas las personas. Florence Nightingale, mencionó sobre su espiritualidad en algún momento con respecto a su interés por brindar atención a las personas enfermas, diciendo: "*mi decisión de dedicar la vida a otros fue casi como una llamada espiritual, de alguna manera, fue Dios quien me conectó con la vocación*" <sup>(21)</sup>.

La enfermería es la profesión que debe garantizar un cuidado de excelencia a los pacientes frente al dolor total. Dame Cecily Saunders sugirió un enfoque holístico para tratar el dolor y otras necesidades de las personas con enfermedades terminales, donde se debe tomar en cuenta lo biológico, psicológico, social y espiritual, con el fin de tratar así el dolor y las múltiples necesidades de las personas al final de la vida <sup>(22)</sup>.

La enfermería es la ciencia del cuidado, y dicho cuidado debe enfocarse en las necesidades de las personas, por lo tanto, es de esperar que si se posee un campo espiritual también se tendrán necesidades espirituales. La espiritualidad es el modo de transitar de una persona por la vida, el sentido que le da a ella, la forma de relacionarse con el mundo, a través de las creencias culturales o religiosas, de los valores derivados de estas y su visión de trascendencia después al morir. Su abordaje exige escucha activa y un espacio de confianza para establecer un vínculo <sup>(23)</sup>.

El Grupo de Trabajo de Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL propone una clasificación que responde a la revisión de la literatura y a la convergencia que diferentes autores han hecho sobre las mismas, a seguir en el hipervínculo: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300591&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300591&script=sci_arttext&lng=pt)

Los enfermeros deben reconocer que el ser humano está permeado por un sin número de experiencias que va moldeando el pensamiento y forma de vida. Mucho de esto se pone de manifiesto cuando la persona se enfrenta a una situación de enfermedad avanzada y la posibilidad de muerte es inminente.

Con la finalidad de disminuir ese sufrimiento, la comunicación es el principal recurso para abordar la espiritualidad en el paciente y familia. Su buen uso puede permitir una relación de ayuda. En realidad, es la persona quien elige al miembro del equipo a quien quiere hacer su confidente; por lo tanto, todos deberían conocer la forma de dar un abordaje, al menos básico, en dicha área, con el fin de dar respuesta a las necesidades que surjan, puesto que el no actuar demostrará indiferencia al sufrimiento.

Si el profesional de enfermería no cuenta con los recursos para hacerlo, puede solicitar participación de otros profesionales o líderes religiosos. Es de entender que en la formación académica poco se enseña sobre espiritualidad. De igual manera, aunque no se cuenten con los recursos, el profesional debe mostrar interés o disposición para ayudar, siendo una muestra de preocupación hacia la persona, contribuyendo al establecimiento de un vínculo, mostrando empatía, solidaridad y compasión.

Los enfermeros pueden encuadrarse en tres arquetipos de persona: aquellos que para nada valoran lo espiritual; los que valoran lo espiritual y lo expresan a través de una religión; y los que valoran en gran medida lo espiritual, pero que no lo expresan a través de un credo religioso (Pérez-García, Esteban, 2016).

Partiendo de eso, se deben definir acciones en dos direcciones: espiritualidad con expresión religiosa y espiritualidad con expresión no religiosa. Para esto, se tienen que definir acciones mínimas en que los enfermeros podrían llevar a cabo para intervenir. Actualmente se cuenta con diversos recursos técnicos para la valoración, sólo que la mayoría son extensos y exigen una formación y habilidad previas.

Un recurso útil y ágil es la escala de sufrimiento o termómetro del sufrimiento de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) la cual contempla componentes físicos, emocionales y sociales a partir de las cuales podría surgir el sufrimiento espiritual. Por otra parte, también se cuenta con la Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos.

Es necesario que el profesional reconozca las herramientas personales para la intervención espiritual, las limitaciones, y pueda elaborar la reflexión suficiente para su desarrollo personal, teniendo en mente que no se puede brindar algo que no se tiene. Se debe ser claros sobre temores, experiencias de vida, y base que tiene sobre su espiritualidad.

### **Estrategias de enfermería para la atención del adulto mayor en cuidados paliativos**

A continuación, siguen algunos cuidados que el enfermero podría poner en práctica en el adulto mayor en CP:

- Durante la visita usar los Equipos de Protección Personal (EPP) para la propia protección, la del paciente y de los familiares;
- Acciones concretas de enfermería deben ser ajustadas a la realidad del paciente que se vive durante la pandemia por Covid-19.
- Asignar citas de seguimiento, ya sea presencial o virtual, con la finalidad de revisar los diagnósticos médicos y disponer de los diferentes tratamientos farmacológicos
- Debe realizar la educación al paciente y a la familia con la finalidad de evitar la contaminación por COVID-19 en todos los escenarios.
- Realizar o dar continuidad a la evaluación del adulto mayor en CP y de sus familiares.
- Realizar un acompañamiento telefónico o por videollamadas a los pacientes paliativos para una mejor atención. Además, se debe mantener un contacto más continuo para identificar alguna demanda.
- Valorar al cuidador y establecer una relación de apoyo sobre su autocuidado.
- Actualizar el registro de fallecidos, y si es posible, verificar los datos en el registro civil.
- Seguir de cerca el duelo de los familiares por teléfono cuando no se haya podido realizar la visita de cierre, con el objetivo de detectar posibles signos de riesgo de duelo patológico para el respectivo informe y abordaje de la psicología.
- Humanizar los servicios de salud, estar atentos al acompañamiento del paciente y de la familia, facilitar los números de teléfonos de la institución, apoyar con los diferentes insumos para el cuidado del paciente, colaborar en la coordinación de envíos y contra referencias.

La presente crisis ha planteado nuevos escenarios en la salud mundial, teniendo más impacto en las poblaciones de riesgo, siendo una de ellas los adultos mayores. En este campo se evidencia el rol primordial de la APS para promocionar, prevenir y desarrollar la trazabilidad en los pacientes en CP y con COVID-19.

Esta nueva realidad ha levantado la oportunidad de expansión de los CP conforme a lo planteado por la OMS, para todas las personas que enfrentan una patología crónica y precisan cuidados específicos. En este contexto la enfermería resulta ser la pieza clave para esta tarea, estando presente a lo largo del ciclo de vida en todos los niveles de atención, junto a la camilla, al escritorio o a la cama en su domicilio, si es necesario.

De este modo, la formación en CP en enfermería en los adultos mayores en atención primaria es esencial tanto en pregrado como en posgrado. Además, es necesario la inversión de nuevas y mejores políticas públicas por parte de los diferentes gobiernos con la finalidad de insertar a más pacientes que necesiten ese tipo de cuidados.

En este contexto, es necesario introducir técnicas de enfermería básicas de CP en la atención domiciliaria. Es el caso de la hipodermoclisis, técnica con escasas complicaciones y de bajo costo que debería ser practicada a nivel primario, mejorando la calidad de vida de las personas en su hogar, disminuyéndoles el dolor y las complicaciones.

## CONSIDERACIONES FINALES

En esta pandemia se ha evidenciado la fragilidad de los diferentes servicios de salud, en especial, de la APS y sus diferentes servicios. Actualmente, es necesario la preparación de los profesionales de la salud, en especial el enfermero, con la finalidad de incorporar y mejorar los programas que integran la atención del paciente en CP en la APS.

La formación de los profesionales de salud, en especial del enfermero, no solo debe ser técnica, sino también emocional, para ofrecer el trato que corresponde y servir de apoyo al paciente en CP como a sus familiares. En otras palabras, esa formación y capacitación constante favorecerá la humanización del cuidado adaptándose a diferentes desafíos éticos.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organización Mundial de la Salud. 2017. 10 facts on palliative care. [cited 2020 Aug. 20]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva, Organización Mundial de la Salud. 2020. Cuidados paliativos. [cited 2020n Jul. 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Hernández VIE. Cuidados paliativos psicológicos: estrategias psicogerontológicas y psicotanatólogicas de atención y acompañamiento en un servicio geriátrico. Rev Elec Psic Izt, 2019;22(1):59-83. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi191d.pdf>
4. Parra-Giordano D, Pino IM. Ética en enfermería en cuidados paliativos al final de la vida en COVID-19. Revista Chilena de Enfermería, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2020.58223>
5. Balducci L, Dolan D, Hoffe SA. Palliative care in older patients with cancer. Cancer control. 2015;22(4):480-488. DOI: <https://doi.org/10.1177/107327481502200414>
6. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Elderly people, dependency and vulnerability in the coronavirus pandemic: an emergency for a social and health integration. Enfermería Clínica. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
7. Sousa ADRS, Silva LF, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in pediatric oncology: an integrative review. Rev Bras Enferm, 2019;72(2):531-540. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0121>
8. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. Journal of infection, 2020;80(6):e14-e18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jimf.2020.03.005>

9. Minoso JS, Souza LJ, Oliveira MAC. Rehabilitation in Palliative Care. *Texto Contexto – Enferm.* 2016;25(3):e1470015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>
10. Maciel MGS. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de Cuidados Paliativos*. ANCP. 2th. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 31-41.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Internet]. Londres. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. 2020. [cited 2020 Jul. 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/covid19-rapid-guideline-critical-care-in-adults-pdf-66141848681413>
12. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organização Mundial da Saúde. 2018. Integração de cuidados paliativos e alívio de sintomas nas respostas a emergências e crises humanitárias: um guia da OMS. [cited 2020 Aug. 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>
13. Huarcaya VJ. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;37(2)327-334. [cited 2020 Sep. 9]. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
14. Véliz-Sánchez M, Díaz-Águila H. Understanding and Containment of Depression during Social Distancing by COVID-19. *Univ Méd Pinareña,* 2020;16(3):e559. Available from: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/559>
15. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh.* 1988;20(4):225-231. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
16. Dobriková P, Macková J, Pavelek L, Alturabi LK, Miller A. The effect of social and existential aspects during end of life care. *Nurs Palliat Care,* 2016;1(3):47-51. DOI: <https://doi.org/10.15761/NPC.1000113>
17. Haug SHK, Danbolt LJ, Kvigne K, DeMarinis V. Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. *Palliat Support Care,* 2016;14(1):20-32. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951515000644>
18. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-714. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
19. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer: ACS Journals.* 2016;122(13):2110-2116. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
20. Garcia-Rueda N, Valcarcel AC, Saracibar-Razquin M, Solabarrieta MA. The experience of living with advanced-stage cancer: A thematic synthesis of the literature. *Eur J Cancer Care.* 2016;25(4):551–569. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12523>
21. Mourellos A. Florence Nightingale. [Internet]. Madrid. La Llamada de la Historia. 2017 [cited 2020 Sep 15] Available from: [https://cadenaser.com/programa/2017/12/12/hablar\\_por\\_hablar/1513038056\\_388784.html](https://cadenaser.com/programa/2017/12/12/hablar_por_hablar/1513038056_388784.html)
22. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería,* 2016;5(2):41-45. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
23. Ferrer CO. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. *Fundamentos disciplinares. Salus* 2015;19(3):20-26. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382015000300005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005)
24. Rodríguez MA, Montoya XC, Oca BM, González IM, Giordano GP. Cartilla de bolsillo 1: Manejo del catéter subcutáneo en enfermería en cuidados paliativos. Comisión de Enfermería ALCP. 2016. Available from: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/5/Manejo%20del%20Cateter%20subcutaneo%20en%20Enfermeria%20en%20Cuidados%20Paliativos.pdf>

# 22

## RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



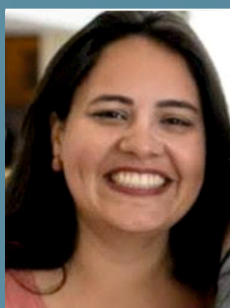
Luciana Kusumota  
Brasil

Angela Maria Henao Castaño  
Colombia



Caridad Llanes Betancourt  
Cuba

Diana Leonor Broin  
Argentina



Gabriella Santos Lima  
Brasil

## 22 - RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Luciana Kusumota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9290-3722>

Angela Maria Henao Castaño

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4203-0016>

Caridad Llanes Betancourt

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3518-7624>

Diana Leonor Broin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4711-4542>

Gabriella Santos Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8657-4002>

### RESUMEN

**Introducción:** Con la pandemia de COVID-19, la resiliencia se muestra como un recurso dinámico que permite la adaptación positiva y la superación. En los adultos mayores la capacidad resiliente se configura como factor protector, dado el contexto de vulnerabilidad impuesto por las limitaciones de la vejez y agravado por la pandemia y sus consecuencias en la rutina de la vida. **Objetivo:** Comprender los aspectos de la capacidad de resiliencia y sus componentes en el adulto mayor y proponer, a través del cuidado de enfermería en la Atención Primaria en Salud, estrategias para la promoción de esta, especialmente en tiempo de pandemia. **Desarrollo del tema:** Se realizó un abordaje general de los principales desafíos que enfrentan los adultos mayores durante la pandemia y la resiliencia como recurso protector. Para eso se presentan: la historia del concepto de resiliencia y los recursos internos y externos desarrollados a lo largo de la vida; los instrumentos para evaluar la resiliencia; los puntos fundamentales a identificar en el contexto de la atención primaria de salud; y el modelo de atención a la salud de los adultos mayores en diferentes niveles de atención utilizando taxonomías de enfermería con un enfoque en intervenciones para promover la resiliencia en tiempos de pandemia. **Consideraciones finales:** Se cree que, en el trabajo del enfermero, es posible considerar el uso de los recursos personales y externos restantes para ayudar a promover la capacidad resiliente del adulto mayor.

**Descriptores:** Anciano; Enfermería geriátrica; Resiliencia psicológica; Primeros auxilios; Infecciones por coronavirus

# Introducción

La pandemia tiene repercusiones globales y locales. Las respectivas agencias gubernamentales han delineado estrategias de prevención, control, atención integral y recuperación de sus poblaciones. Los gobiernos en general han manejado, entre otras, las acciones más restrictivas de aislamiento social y asistencia a grupos de riesgo prioritarios, que incluyen a los adultos mayores que tienen más probabilidades de infectarse y desarrollar formas graves de COVID-19<sup>(1)</sup>.

Los aspectos relacionados con la contención de la pandemia, como el aislamiento social, pueden componer un cuadro de estrés y soledad para los adultos mayores que en sí mismo constituye un riesgo para la salud<sup>(2)</sup>. Cabe destacar los diversos contextos de vida y dinámicas familiares de los adultos mayores que viven solos, con sus acompañantes también adultos mayores, con familias de varias generaciones, quienes deben ser considerados para la atención de las necesidades específicas, como en la atención de los diversos factores de vulnerabilidad de estas personas.

Por consiguiente, la pandemia y sus agravantes pueden sumarse a los relacionados con el proceso de envejecimiento biopsicosocial que los adultos mayores deben afrontar en su vida diaria. La capacidad resiliente de los adultos mayores corresponde a un recurso conductual ante la adversidad, para lo cual estas personas pueden disponer de mecanismos de afrontamiento y adaptación de forma más o menos eficaz. La resiliencia puede entenderse como un factor relevante para el desarrollo de resultados para experiencias de vida más positivas<sup>(3-4)</sup>. Por lo tanto, es un constructo que se debe trabajar en los adultos mayores para maximizar el continuo de afrontamiento efectivo durante y después de la pandemia.

Promover la resiliencia significa intervenir con un enfoque de comportamiento de adaptación positiva, que puedan fortalecer las capacidades de resiliencia desarrolladas a lo largo de la vida, e introducir nuevos recursos —cuando necesario— para reducir el impacto de la vejez y la pandemia. Promover la resiliencia incluye intervenciones de enfermería en la búsqueda de la superación de la adversidad, la vejez activa y una buena calidad de vida<sup>(5)</sup>.

Las buenas prácticas en enfermería gerontológica se basan en un proceso de cuidado dinámico para identificar necesidades, planear y reorganizar acciones integradas, inclusivas y contextualizadas en el adulto mayor<sup>(6)</sup>. Por tanto, las buenas prácticas incluyen abordar la resiliencia de los adultos mayores. Por eso, a partir de las necesidades específicas y globales de los adultos mayores en la atención primaria de salud, la promoción de la resiliencia puede favorecer un proceso activo e inclusivo de buenas prácticas de enfermería para enfrentar los problemas relacionados con la pandemia y que serán el foco de este capítulo.

## OBJETIVO



Comprender los aspectos de la capacidad de resiliencia y sus componentes en el adulto mayor y proponer, a través del cuidado de enfermería en la Atención Primaria en Salud, estrategias para la promoción de esta, especialmente en tiempo de pandemia

## Desarrollo del tema

### El adulto mayor y resiliencia durante la pandemia

En enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta de emergencia de salud pública provocado por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 (causante de la enfermedad COVID-19) y que posteriormente lo caracterizó como pandemia. Desde entonces, en la Región de las Américas fueron confirmadas 14.447.680 personas infectadas y 501.93 muertes. En el mes de septiembre, países como Brasil (4.238.446), Perú (710.067), Colombia (694.664), México (652.364), Argentina (524.198) y Chile (430.535) presentaron respectivamente el mayor número de casos en América Latina <sup>(1)</sup>.

La pandemia también impactó en el comportamiento humano y en particular en el adulto mayor, ya que ha tenido que afrontar adversidades y situaciones muy difíciles como la cuarentena, el aislamiento social y el estrés constante. La desigualdad se ha convertido en un creciente problema de salud mundial, y en América latina un desafío para los sistemas de salud <sup>(7)</sup>.

Hay contextos familiares en los que los adultos mayores están muy preocupados por la pandemia: entristecidos, con insomnio, en estado de ansiedad, y en ocasiones manifestando agresividad, por no soportar el aislamiento social y por no tolerar restricciones y recomendaciones, incluido el uso de máscaras. Las características individuales e historias de vida de cada adulto mayor, asociadas al apoyo, cuidado y comprensión de la familia, han jugado un papel importante en el cuidado del adulto mayor, así como en la seguridad y calidad de la atención social y de salud.

Un desafío al que se enfrenta el mundo es el envejecimiento progresivo de la población. Y en el proceso de envejecimiento, la resiliencia es una capacidad que los adultos mayores pueden desarrollar como resultado de un proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y protección individuales y socioculturales, posibilitando la superación de riesgos y/o la prevención de sus efectos negativos de un modo constructivo <sup>(8)</sup>. En este escenario, la pandemia y sus consecuencias puede ser considerada por los adultos mayores como una situación de riesgos a superar, por lo que la resiliencia como capacidad individual del adulto mayor puede fortalecer el proceso de superación con perspectivas positivas en la vida de estas personas.

### Aspectos conceptuales de resiliencia y su implicación en el adulto mayor

La palabra resiliencia tiene su origen del latín, en que **resilio** significa "volver atrás", "regresar", "destacar", "saltar" <sup>(9)</sup>. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollaron psicológicamente saludables y exitosas frente a situaciones estresantes.

Las investigaciones sobre el potencial humano y las características del comportamiento construidas en diferentes etapas de la vida se han destacado a lo largo de los años. Considerada el principal mecanismo de afrontamiento y adaptación ante situaciones adversas, la resiliencia ha sido entendida como un factor relevante para el desarrollo de resultados para experiencias de vida más positivas<sup>(3-4)</sup>.

Aunque no haya un consenso en su significado, en la psicología gerontológica no solo significa resistencia, ya que envuelve un aspecto dinámico que hace que la persona expuesta al trauma lo consiga superar. Tener resiliencia no es solo recuperarse de un revés en la vida, sino avanzar después de una enfermedad, trauma o estrés, superando los problemas y las crisis de la vida. En otras palabras, quiere decir resistir primero, y superarlos después. Resumiendo, es la capacidad que permite a una persona, un grupo o una comunidad vencer los efectos nocivos de la adversidad<sup>(10)</sup>.

En una revisión de la literatura<sup>(11)</sup> se identificaron las principales categorías que componen la resiliencia, considerando su aspecto multidimensional, siendo:

- Capacidad para recuperarse de eventos y experiencias traumáticas.
- Funcionamiento de las características personales (actitudes y comportamientos positivos);
- Capacidad de "*bounce back*" - "recuperarse" (desarrollo de recursos que permitan afrontar y recuperarse de la experiencia negativa, promoviendo el crecimiento personal);
- Proceso dinámico en el tiempo (interacción de atributos personales con adaptación positiva después de la adversidad);
- Adaptación positiva a las condiciones de vida.

En la vejez, es común asociar el comportamiento resiliente y su construcción a lo largo de la vida con otras habilidades positivas importantes como "afrontamiento", "adaptación psicológica", "flexibilidad", "superación" y "autoeficacia"<sup>(4)</sup>. Cabe mencionar que la plasticidad neuronal, adaptación de las neuronas a los estímulos del entorno y la rutina de la vida, puede evolucionar en esta etapa de la vida por medio del incentivo y el aprendizaje, colaborando para la disposición de conductas activas en la vejez<sup>(12)</sup>.

Los estudios buscaron comprender los elementos conceptuales de la resiliencia en poblaciones en adultos mayores<sup>(13-15)</sup>. La manifestación de resiliencia en los adultos mayores, en diferentes interfaces personales, comunitarias y/o desarrolladas a lo largo de la vida, a menudo se da ante cambios relacionados con la salud<sup>(13-15)</sup>.

Al mismo tiempo, entre las principales características resilientes se observan recursos sociales (participación comunitaria y apoyo social), recursos biológicos (salud física), factores psicológicos (flexibilidad, optimismo, esperanza, espiritualidad, autocontrol), experiencias de vida (apoyo familiar) y factores ambientales (políticas sociales - seguridad, vivienda e ingresos)<sup>(13-15)</sup>.

Dada la realidad del envejecimiento poblacional con mayor longevidad en diferentes realidades, y considerando los contextos de vulnerabilidad (social y familiar, apoyo económico, enfermedad, disminución de la funcionalidad y autonomía) y limitaciones, la resiliencia ha sido considerada un factor relevante de protección para los adultos mayores y asociadas a conductas del envejecimiento activo<sup>(16)</sup>.

El aislamiento social debido a la pandemia es un factor que produce un prejuicio psicofuncional e inmunológico que repercute en la salud y, definitivamente, en la esperanza de vida. Mantener las relaciones sociales es fundamental para el desarrollo de las habilidades comunicativas y de socialización, por ello es importante reforzarlas para que estos pueblos ancestrales continúen <sup>(10)</sup>.

Es en este proceso dinámico que las conductas resilientes, demostradas a través de actitudes como el afrontamiento, la perseverancia, el optimismo, la práctica de la espiritualidad y la adopción y mantenimiento de los cuidados de salud (alimentación saludable, buena hidratación, ejercicio físico), autocuidado, compromiso con las actividades de la vida diaria y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas) ante el escenario pandémico, que los recursos comunitarios y ambientales pueden optimizar y ayudar a los adultos mayores a compensar sus pérdidas, superando desafíos y adaptándose a la compleja transformación de la vida post pandémica.

### **Mecanismos y recursos de resiliencia en el adulto mayor**

En gerontología, un paradigma importante del desarrollo humano es la duración de la vida <sup>(17)</sup>. En esta perspectiva, el envejecimiento se entiende además en la disminución de la capacidad cognitiva y funcional y las vulnerabilidades, con énfasis en las habilidades que fueron adquiridas y reguladas progresivamente con los recursos disponibles durante la vida <sup>(18)</sup>.

La presencia de estos recursos se caracteriza como factor protector y su ausencia como factor de riesgo. Para los adultos mayores, en entornos, los recursos personales provienen del apoyo familiar, la práctica de la espiritualidad, el acceso a la educación y los ingresos, valores y creencias, y factores de regulación emocional como la autoestima, la flexibilidad, la positividad y el cariño. De manera complementaria, los recursos externos son posibilitados por el acceso a la red de apoyo social y asistencial, las condiciones socioculturales, y factores ambientales como la vivienda y el saneamiento básico, conforme destacado en la [Figura 1](#) <sup>(18)</sup>.

En este sentido, las actitudes y comportamientos resilientes se caracterizan como un aspecto positivo de la vejez, establecido por relaciones adaptativas y de afrontamiento y fortalecidos por la presencia de recursos personales y externos a lo largo de la vida. Explorar estos recursos se convierte en un importante mecanismo de ayuda en el cuidado de la salud y de promoción a la resiliencia en los adultos mayores <sup>(5,18)</sup>.

Ante la atención al adulto mayor, el profesional de enfermería debe incorporar en su asistencia el uso de los recursos personales y externos disponibles. Considerando la complejidad de sus demandas, establecer vínculos con la red de apoyo social y familiar, además de provocar conductas de adaptación positiva, pueden fortalecer las intervenciones de enfermería y convertirse en un medio para promover un envejecimiento activo y con buena calidad de vida <sup>(5)</sup>.

En una época de pandemia en la que los adultos mayores se volvieron susceptibles a la enfermedad, sumado el miedo a la hospitalización y la muerte, al aislamiento social y al cambio brusco en la rutina de la vida, los recursos externos se volvieron esenciales para ayudar a los adultos mayores. Acercar al adulto

mayor y brindarles acceso a los servicios de protección y asistencia, bien como incentivar al esfuerzo conjunto entre generaciones y profesionales de la salud, puede minimizar el daño causado por la pandemia, y brindar condiciones futuras de adaptación al escenario de la pandemia <sup>(19)</sup>.

La enfermería en el cuidado a la salud del adulto mayor, junto con su red de apoyo (social, psicológico y familiar), los orienta a utilizar los recursos existentes, la forma de acceder a ellos para que puedan suavizar el impacto de la pandemia, y colaborar con atención prolongada a los adultos mayores.

### Evaluación de resiliencia en el adulto mayor

En consonancia con los respectivos marcos teóricos de la resiliencia, actualmente existe una gran cantidad de instrumentos que se propone para medirla. En algunos casos las evaluaciones se realizan llevando en cuenta aspectos específicos de la edad y las etapas del desarrollo humano (niños, adolescentes y adultos). La siguiente Figura 1 muestra los instrumentos de mayor uso en la población adulta.

Escala	Validez
La escala de resiliencia de Connor -Davidson CD RISC (2003) <sup>(20)</sup>	Escala de dominio público (acceso y derechos de autor Connor - Davidson Resilience Scale © ( <a href="http://www.cd-risc.com/translations.php">http://www.cd-risc.com/translations.php</a> ); Validado y traducido en 77 países y tiene versiones con 10 y 25 ítems; Dominios: 1) Competencia personal; 2) Confianza en el instinto, tolerancia a los efectos negativos y fortalecimiento bajo estrés; 3)
Escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) <sup>(21)</sup>	Escala de dominio público (acceso y derechos reservados <a href="https://www.resiliencecenter.com">https://www.resiliencecenter.com</a> ); Conocido mundialmente y tiene versiones de 25 y 14 ítems; Dominios: 1) Competencia personal (autoconfianza, independencia, determinación, invencibilidad, control, ingenio y perseverancia); 2) Aceptación de uno mismo y de la vida (adaptabilidad, equilibrio, flexibilidad y perspectiva de vida equilibrada).
La Breve Escala de Dopaje Resiliente, Siclair y Wallston (2004) <sup>(22)</sup>	Escala en el dominio público y de forma gratuita (solicitar uso a los autores) Tiene cuatro elementos. Traducido y validado para algunos países. Es unidimensional (afrentamiento adaptativo) que corresponde a habilidades y estrategias de afrontamiento resilientes en una situación estresante.

Figura 1 - Cuadro de instrumentos de evaluación de resiliencia de personas adultas mayores

Fuente: Elaboración propia

Un estudio de revisión <sup>(23)</sup> analizó las propiedades psicométricas de las escalas para evaluar la resiliencia en el adulto mayor, destacando el uso de las tres escalas mencionadas en la Figura 1. Pero aún hay dificultades de acceso y ausencia de aplicación de instrumentos de investigación validados en la práctica del enfermero.

Por lo tanto, se sugiere a las enfermeras en su recolección de datos realizada a lo largo del cuidado de enfermería, la evaluación de la resiliencia buscando conocer y expresar las vivencias de adversidad del adulto mayor en los últimos seis meses. Los siguientes son los puntos principales de la investigación del comportamiento resiliente:

- Verificar la percepción (presencia o ausencia) de situaciones de adversidad;
- Identificar la fuente, evento o situación estresante (pandemia, enfermedad, duelo, aislamiento social, dificultad económica, entre otros);
- Verificar la intensidad de la situación de adversidad utilizando una escala numérica que puede señalar el grado de compromiso en la experiencia del evento de adversidad;
- Investigar recursos y factores protectores (apoyo social y familiar, condiciones financieras adecuadas para su propio sustento, acceso a la atención médica, espiritualidad y hábitos de vida saludables);
- Investigar factores de riesgo y vulnerabilidades (enfermedad, deterioro de la funcionalidad y autonomía, síntomas depresivos, violencia y abandono);
- Explorar las experiencias de manejo de las adversidades vividas a lo largo de la vida (reconocer los resultados de la adaptación positiva y la forma de afrontar los desafíos) / presentar en su discurso elementos y potencialidades como flexibilidad, optimismo y autoeficacia ante situaciones estresantes y cambios como consecuencia envejecimiento);
- Evaluar la autopercepción de la satisfacción con la vida (¿estoy satisfecho con mi vida? Más adelante usar una escala numérica, para evaluaciones comparativas);
- Identificar y analizar en el discurso de los adultos mayores, los elementos que pueden sugerir un comportamiento resiliente (¿cree que podrá adaptarse a esta situación? ¿Qué suele hacer para afrontar y superar las dificultades de la vida?).

### **Promoción de resiliencia en adulto mayor: asistencia de enfermería**

La atención de enfermería para promover la resiliencia de los adultos mayores en la atención primaria de la salud y en situaciones difíciles, como es el caso de la pandemia COVID-19, tiene como objetivo equipar a estas personas para encarar mejor las adversidades inherentes al contexto.

Considerando las limitaciones actuales de la evidencia científica sobre las mejores intervenciones de enfermería para optimizar los recursos modificables que promueven la resiliencia, indicamos en este capítulo el uso de un modelo adaptado a la atención integral al adulto mayor <sup>(24)</sup>, y basado en lenguajes de enfermería estandarizada, enfermería diagnóstica (NANDA-Internacional) <sup>(25)</sup>, resultados (Clasificación de resultados de enfermería - NOC) <sup>(26)</sup> e intervenciones (Clasificación de intervenciones de enfermería - NIC) <sup>(27)</sup>, con el equipo de salud.

El cuidado de los adultos mayores requiere un enfoque individual amplio y como mínimo, el apoyo familiar

disponible. Por lo tanto, es necesario desarrollar un plan de atención que promueva la resiliencia basado en algunos atributos esenciales, como considerar los niveles de atención en salud donde se puede atender a los adultos mayores:

1) El acompañamiento puede ser realizado por la enfermera de forma presencial en casa e incluso de forma remota, vía telefónica, tele consulta en salud, redes sociales, etc. Por tanto, la enfermera puede utilizar diferentes estrategias de apoyo y refuerzo para afrontar las limitaciones asociadas a la senescencia y la senilidad.

2) Brindar asistencia a los adultos mayores en los centros de atención ambulatoria integrada y otros servicios que ingresan al sistema de salud, donde se evalúa a los adultos mayores por los problemas referidos, y donde se puede incluir la valoración de la resiliencia por parte de la enfermera para determinar diagnósticos e implementación de intervenciones de promoción y prevención vinculadas con el manejo de las adversidades inherentes relativas a la pandemia.

3) Atención al adulto mayor en consultas externas especializadas en geriátrica y gerontología, incluyendo la investigación de la resiliencia en la valoración geriátrica integral, en la que se pueda identificar a los adultos mayores con el patrón deteriorado de afrontamiento de las adversidades de la pandemia. La enfermera en alianza con los equipos interdisciplinarios, cuando están disponibles, incluye intervenciones para mantener la salud y promover la resiliencia de los adultos mayores vulnerables. Los familiares y/o cuidadores deben ser incluidos en las actividades educativas con el fin de instruir y motivar a las personas mayores al uso y fortalecimiento de la resiliencia en la continuidad del cuidado en el hogar.

4) En la atención a los adultos mayores en servicios de salud de mediana y alta complejidad (servicios de emergencia, hospitales, cuidados paliativos, etc.) también es posible evaluar y planificar la promoción de la resiliencia, considerando las condiciones físicas y mentales, así como el actual proceso salud-enfermedad de estos adultos mayores. Los adultos mayores en condiciones críticas inestables, relacionados o no con el diagnóstico de COVID-19, deben ser preservados en relación con el enfoque de resiliencia, pero deben ser abordados cuando estén estables, con el fin de potenciar la rehabilitación post-egreso. En este sentido, promover la resiliencia será de suma importancia para que los adultos mayores rehabiliten varias de sus capacidades.

5) En las casas de reposo las enfermeras también pueden promover la resiliencia, especialmente para fortalecer los recursos modificables individuales para que los adultos mayores enfrenten miedos, amenazas, inseguridades, distanciamiento de los seres queridos, entre otras adversidades relacionadas con la pandemia.

Este modelo de atención a los adultos mayores asume que, en cuanto tengan condiciones favorables en los servicios en los que están atendidos, deben ser referidos a los servicios menos complejos del modelo integrado y, de este modo, se pueden incrementar las intervenciones para promover la resiliencia, que hará que se obtengan buenos resultados con los cuidados de enfermería.

La asistencia de enfermería a ser desarrollada debe ser sistematizada para atender las necesidades afectadas de los adultos mayores. En este capítulo se promoverá específicamente; el abordaje de las necesidades relacionadas con la forma de afrontar las adversidades vividas en situaciones difíciles, como es el caso de la pandemia por el nuevo Coronavirus. Para que podamos utilizar el Proceso de Enfermería (PE), se detallan las siguientes etapas:

**1) recopilación de datos**, que trata de la investigación para la obtención de datos subjetivos y objetivos, de forma deliberada, sistemática y continua, a lo largo del cuidado de enfermería. Para eso debemos utilizar instrumentos de medición, guiones, protocolos de recolección de datos y/o cuestionarios estructurados, como las formas de evaluar la resiliencia contenidas en el tópico “Evaluación de resiliencia en el adulto mayor” de este capítulo; **2) diagnóstico** es el juicio clínico sobre las respuestas humanas reales o potenciales que presentan las personas, familias y comunidades a problemas de salud o procesos de vida; **3) planificación** establece y prioriza diagnósticos de enfermería, formulando metas o estableciendo resultados esperados y prescribiendo las acciones de enfermería a realizarse; **4) implementación** es la ejecución de acciones, realizadas por el equipo de enfermería en base a las actividades prescritas en la etapa de planificación; **5) evaluación** es un proceso deliberado, sistemático y continuo de verificar cambios en las respuestas de la persona en un momento dado, para determinar si las intervenciones han logrado el resultado esperado y si hay necesidad de cambios o adaptaciones<sup>(28)</sup>. Utilizamos los lenguajes habituales en enfermería diagnóstica (NANDA-I)<sup>(25)</sup>, de resultados (NOC)<sup>(26)</sup> y de intervenciones (NIC)<sup>(27)</sup>, para ilustrar y ejemplificar cómo podemos usar el PE en la atención de enfermería para incentivar a la resiliencia en el modelo de atención integral del adulto mayor en tiempos de pandemia. A continuación, se describen los pasos a seguir a partir de un [caso clínico ficticio](#) utilizando el PE.

La [Figura 3](#) agrega las principales características e intervenciones de enfermería que pueden promover la capacidad de resiliencia en los adultos mayores, según los vínculos con los diagnósticos de enfermería de (NANDA-I)<sup>(25)</sup> con un enfoque en el problema, riesgo y promoción de la salud.

### **Reflexiones de los autores: Expectativas Post Pandemia.**

En la pandemia, la protección y vulnerabilidad de las personas mayores recibió la atención de la sociedad como resultado de la mayor mortalidad y la necesidad de un rígido aislamiento social. Así siendo, las personas mayores limitaron sus espacios de recreación social, actividad física y cuidado de la salud, comprometiendo su estado físico, cognitivo y mental.

El seguimiento familiar en la dinámica del adulto mayor se ha tornado fundamental, manteniendo medidas de protección y con miras a la detección precoz de cambios en los patrones de comportamiento (sueño, estado de ánimo, síntomas depresivos, entre otros) y signos y síntomas que indiquen deterioro de salud física, para que puedan ser atendidos por el equipo multiprofesional de salud y su red de apoyo social.

En la post pandemia la perspectiva se centrará en el control de los factores de riesgo que afectan a los adultos mayores de la comunidad. Este objetivo debe comprender cambios en las condiciones y en el estilo de vida, y en los riesgos ambientales como una forma de desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, considerando la participación de la comunidad y de acciones en los diferentes niveles de atención de la salud.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Para el enfermero, el enfoque en promover la capacidad resiliente frente a la adversidad debe estar asociado al desarrollo de recursos personales y externos, que puedan posibilitar un mayor bienestar para los adultos mayores. En situaciones emergentes como la pandemia, las relaciones familiares cobran aún más relevancia en la ayuda y apoyo al adulto mayor, de tal manera que la demanda de cuidados de enfermería necesita considerar el apoyo familiar y —conjuntamente— establecer estrategias de actitud de adaptación positiva en el adulto mayor.

## REFERENCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) [Internet]. Geneva. World Health Organization (WHO). 2020. Folha Informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil; 2020 [cited 2020 Sep. 1]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>
2. Donovan NJ, Blazer D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(12):1233-1244. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
3. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):980–1000. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
4. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nurs*. 2016;17(4):266-272. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
5. Lima GS, Souza IMO, Storti LB, Silva MMJ, Kusumota L, Marques S. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27:e3212. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212>
6. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AN, Carvalho LPN, Almeida VC et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl2):302–310. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>
7. Brito CAE. COVID-19: an overview. *An la Cienc la Acad Cuba*. 2020;10(2). Available from: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/828/844>
8. Díaz-Castillo R, González-Escobar S, López-Fuentes NIGA, Lena MML. Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Rev Neurama Neurogerontol*. 2017;4:(2):22-29. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo\\_Diaz-Castillo/publication/326188717\\_Resiliencia\\_en\\_adultos\\_mayores\\_estudio\\_de\\_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdcb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdcb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication_detail)
9. Recabal JEC, Leone PEF, Muñoz CAG, Reyes Escalona KSR, Díaz LAR. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Cienc y enfermería*. 2012;18(3):73-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008>
10. Resino MV. El desarrollo de la resiliencia en situaciones de desastre. *Asoc Española Psicogerontología*. 2019;49. Available from: <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2019/02/El-desarrollo-de-la-resiliencia-en-las-personas-mayores.pdf>
11. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Med*. 2019;55(11):1-22. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
12. Nguyen L, Murphy K, Andrews G. Cognitive and neural plasticity in old age: a systematic review of evidence



- from executive functions cognitive training. *Ageing . Research Reviews*. 2019;53:100912. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100912>
13. Bennett KM, Reyes-Rodriguez MF, Altamar P, Soulsby LK. Resilience amongst Older Colombians Living in Poverty: an Ecological Approach. *J Cross Cult Gerontol*. 2016;31(4):385–407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10823-016-9303-3>
  14. Whitson HE, Duan-Porter W, Schmader KE, Morey MC, Cohen HJ, Colón-Emeric CS. Physical resilience in older adults: systematic review and development of an emerging construct. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(4):489-495. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093/gerona/glv202>
  15. Fontes A, Fattori A, D'Elboux MJ, Guariento ME. Psychological resilience: protector factor for elderly assisted in ambulatory. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(1):7–17. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>
  16. Kalache A. Vested rights, active aging and resilience: the importance of such concepts throughout life. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2017;20(2):159-160. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160039>
  17. Baltes P. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Dev Psychol*. 1987;23(5):611-626. Available from: [http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB\\_Theoretical\\_1987.pdf](http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_Theoretical_1987.pdf)
  18. Neri AL, Fontes AP. Resiliência psicológica e velhice bem-sucedida. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 3287-3301.
  19. Kalache A, Silva A, Giacomini KC, Lima K, Ramos R, Louvison M et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):1-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>
  20. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>
  21. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993;1(2):165-178. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
  22. Sinclair VG, Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*. 2004;11(1):94-101. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
  23. Cosco TD, Kaushal A, Richards M, Kuh D, Stafford M. Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14(16):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0418-6>
  24. Veras RP, Oliveira MR. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciê n Saú de Colet*. 2018;23(6):1929-1936. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
  25. Herdmam TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definição e classificação 2018-2020*. 11th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
  27. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
  15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 6th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
  28. Alfaro-Lefèvre, R. *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. 7th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.



 **rededesam**  
Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor

