



72 Jesús Manuel Vallejo Sánchez
Manuel Rodríguez Palma
María del Mar Valverde Sánchez

Enfermeros. Residencia de Mayores "José Matía Calvo",
Diputación de Cádiz, Cádiz.

Correspondencia:

Jesús Manuel Vallejo Sánchez
C/ Enrique de las Marinas, 27 bajo
11004-Cádiz
Tfno.: 606 44 19 95
E-mail: jmvallejosanchez@yahoo.es

Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos*

19

Geriatric nurse assessment. A model of register in nursing home care

*El trabajo en el que está basado este artículo obtuvo el primer premio en el V Certamen de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería "Salus Infirmorum" 2006.

RESUMEN

Introducción y objetivo: En el ámbito de las residencias de mayores es importante tener una visión integral del anciano y del envejecimiento activo para retardar la dependencia y potenciar la capacidad funcional y la autonomía. Partiendo de un abordaje interdisciplinar, nos planteamos elaborar un instrumento de valoración enfermera, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson y complementado con cuestionarios y escalas validadas, que nos permita detectar las necesidades del anciano, ponderar el riesgo de aparición de síndromes geriátricos y planificar los cuidados correspondientes. **Método:** Creación de grupo de trabajo, establecimiento de objetivos por consenso, revisión bibliográfica, desarrollo de criterios de elaboración, coordinación con el resto del equipo y validación del documento. **Resultados:** Obtenemos una hoja de valoración de enfermería para mayores institucionalizados en residencias, de 8 páginas, con ítems abiertos y cerrados, basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y apoyada por nueve escalas de valoración, con su correspondiente guía de cumplimentación. **Conclusiones:** El tiempo empleado en la valoración enfermera geriátrica es una inversión necesaria para asegurar una asistencia adecuada y de calidad, ya que supone una herramienta de trabajo útil para enfermería y para el resto del equipo multidisciplinar del centro, al permitir individualizar los cuidados, cuantificar las incapacidades y proporcionar el nivel asistencial más adecuado a cada residente.

PALABRAS CLAVE

Valoración enfermera geriátrica, anciano, residencias, registro.

SUMMARY

Introduction and aim: In the area of the nursing home care, it is important to have an overall vision of the elderly and of the active aging to retard the dependence and to promote functional capacity and autonomy. From a interdisciplinary approach, we consider to elaborate an instrument of nurse assessment, based on the conceptual model of Virginia Henderson and complemented with validated tests and scales, that allow us to detect the needs of the elder, to consider the risk of geriatric syndromes appearance and to plan the suitable care. **Methods:** Creation of workgroup, establishment of aims by consensus, bibliographical review, development of elaboration's criteria, coordination with the rest of the staff and validation of the document. **Results:** We obtain a nurse assessment register for elder institutionalized in nursing home care, of 8 pages, with opened and closed items, based on the model of Virginia Henderson's 14 needs and supported by nine scales of valuation, with its own complimentation guide. **Conclusions:** The time used in the geriatric nurse assessment is a necessary investment to assure a suitable and adequate assistance. It represents a useful tool for the nurses and the rest of the staff, as it allows to individualize the care, to quantify the disabilities and to provide the most adapted level of assistance to every single resident.

KEY WORDS

Geriatric nurse assessment, elder, nursing home care, register.

INTRODUCCIÓN

Los múltiples cambios sociodemográficos y culturales que han acontecido en nuestro entorno están provocando importantes modificaciones en las demandas asistenciales de la

sociedad con respecto a la población anciana y en el modo de darle respuestas por parte de los servicios sociosanitarios.

En el marco de la atención geriátrica, los centros de asistencia sociosanitaria, y especialmente las residencias de

mayores, constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, presentan problemas de dependencia física y/o social o que deciden vivir en un entorno de estas características (1).

En consonancia con las tendencias asistenciales actuales, el objetivo prioritario de estos centros es alcanzar la mayor autonomía personal de los mayores, de forma que puedan valerse por sí mismos en el máximo de actividades de la vida diaria, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia potenciando las capacidades residuales.

La consecución de este objetivo implica una atención integral, continuada y de calidad desde el abordaje interdisciplinar, en el que cada profesional —enfermero, médico, trabajador social, psicólogo, etc.— aporte su contribución específica al cuidado del mayor.

Este planteamiento implica una planificación integral de los cuidados, de forma individualizada y exhaustiva, secundaria a la aplicación de la valoración geriátrica integral, entendida ésta como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, permite detectar y cuantificar las incapacidades y problemas de salud (valoración clínica), funcionales (valoración funcional), psicoafectivas (valoración mental) y socio familiares (valoración social) para determinar el estado inicial del anciano (sus capacidades, conocimientos sobre la salud y limitaciones) y proporcionar el nivel asistencial más adecuado a cada mayor para potenciar, mantener o recuperar habilidades físicas, psíquicas y sociales, con el fin último de mejorar su bienestar y calidad de vida (2-4).

En este abordaje interdisciplinar del anciano, entendemos que la contribución explícita de las enfermeras puede venir dada por la utilización de un modelo conceptual y la aplicación del proceso enfermero a la práctica clínica (Fig. 1), por lo que en nuestra residencia de mayores nos planteamos la puesta en marcha y el desarrollo de un proyecto de implementación de metodología enfermera estructurado en cinco fases (5).

Tras la elección del modelo de Virginia Henderson (VH) (6) como marco conceptual y conociendo la importancia de la fase de valoración dentro del proceso enfermero (7, 8), nos centramos en la evaluación e identificación de las áreas de cuidados más prevalentes en la población anciana de nuestro centro. Vemos la necesidad de disponer de un instrumento que nos permita valorar las distintas necesidades del anciano y obtener la información más relevante para planificar su atención.

Desde esta perspectiva desarrollamos el presente trabajo, en el cual exponemos la metodología seguida para el diseño de dicha hoja de valoración.

OBJETIVO

Elaborar un instrumento de valoración enfermera, dentro del ámbito de la valoración geriátrica integral, para su uso en residencias de mayores que, basado en el modelo conceptual de VH y complementado con cuestionarios y esca-



Fig. 1. Planificación de los cuidados tras la fase de evaluación.

las validadas, nos permita detectar las necesidades del anciano y planificar los cuidados correspondientes.

MÉTODO

La metodología para la elaboración del documento de registro fue la siguiente:

a) Creación de un grupo de trabajo entre los profesionales enfermeros de la Residencia y establecimiento de los objetivos a través de diversas técnicas de consenso.

b) Revisión bibliográfica en base de datos —*CUIDEN*, *CUIDEN Evidencia*, *PubMed* y *LILACS*— y bibliotecas públicas y particulares, según los descriptores: valoración enfermera, valoración geriátrica, Virginia Henderson, sistema de registro, anciano y residencia geriátrica.

c) Desarrollo de la metodología y los criterios de elaboración de la hoja de valoración.

Se pretende un documento basado en el modelo de enfermería de VH. Con una estructura de fácil aplicación y comprensión, para conseguir la aceptación del anciano/familia y profesionales (en tiempo, sencillez y aplicabilidad) y apoyado en una guía de cumplimentación para unificar criterios.

Que incluya cuestionarios e instrumentos de evaluación —válidos, fiables y sensibles— para favorecer la recogida y validación de los datos obtenidos y asegurar una visión integral del anciano. Con capacidad para detectar síndromes geriátricos y permitir la clasificación y reevaluación periódica del mayor según su necesidad de cuidados y dependencia.

d) Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar sobre los aspectos básicos de la valoración en cada una de sus ramas. Atendiendo al concepto de abordaje interdisciplinar se incluyen valoraciones resumidas de otras disciplinas (psicología, asistente social, podología, fisioterapia...) que contribuyen a enriquecer la atención integral del mayor.

e) Validación, presentación y aprobación del documento obtenido.



74 RESULTADOS

Presentamos una hoja de valoración de enfermería para mayores institucionalizados en residencias, de 8 páginas de extensión, con ítems abiertos y cerrados, basada en el modelo de enfermería de VH y apoyada en sus distintos aspectos por varias escalas de valoración con alto grado de validez científica.

La estructura de la Hoja de valoración enfermera es la siguiente:

Datos personales

Se recogen los datos de filiación y sociodemográficos del residente, así como datos del acompañante y del familiar de contacto. Incluye foto digitalizada del mayor.

Valoración enfermera

Se detallan las 14 necesidades básicas del modelo de VH, a las que se han añadido las distintas escalas y cuestionarios de valoración que pueden ayudar a corroborar y validar los datos en las distintas áreas de atención al anciano.

Al final de cada apartado de necesidad figura un recuadro para observaciones y para indicar el área de dependencia (conocimiento, fuerza o motivación) según el modelo conceptual referenciado.

Se especifican las siguientes variables en cada una de las necesidades establecidas:

1. Respirar normalmente

Se reflejan hábitos respiratorios, tóxicos (tabaco), patologías, sintomatología (presencia de disnea, etc.) y tratamiento realizado.

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

Para evaluar el estado nutricional y la existencia o riesgo de malnutrición se aplica el *Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)* (9, 10), identificando también las características especiales de la dieta (alergias, dietas especiales y suplementos nutricionales).

3. Eliminar por todas las vías corporales

Se valora tanto la eliminación urinaria (presencia de incontinencia, sondajes y tipo de absorbentes que utiliza) como la eliminación fecal (estreñimiento, uso de laxantes, incontinencia, etc.), incluyéndose un *Test de Valoración de Incontinencia Urinaria* (11) que nos ayuda a discriminar la necesidad de inclusión en programa de promoción de continencia.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Se valora la capacidad funcional, a partir del *Índice de Barthel* (12, 13) —para las actividades de la vida diaria básicas— y el *Índice de Lawton y Brody* (14) —para las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI)—, así como la actividad física y el estado de los pies y miembros inferiores.

Ambas escalas se realizan al ingreso para comprobar el grado de capacidad del anciano y establecer un programa

de actuación personalizado e interdisciplinar —fisioterapia, podología, etc.—, que fomente la autonomía y nos permita incluir en programas de reeducación de las distintas actividades disminuidas.

5. Dormir y descansar

Se evalúan la calidad y cantidad de sueño, así como las distintas medidas naturales y farmacológicas utilizadas para mejorarlo.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Valoramos los aspectos y necesidades de ayuda en este apartado, a través de la *escala de Barthel* y la existencia de deterioro cognitivo, el cual inicialmente puede afectar a las funciones de aseo y capacidad de vestirse.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
Con la evaluación de la independencia a nivel funcional (*índice de Barthel*) y la valoración de la higiene general, determinamos la necesidad de incluir al anciano en el programa de baños asistidos (de forma total o bajo supervisión) y en el de higiene dental.

También se valora el estado de piel y mucosas, incluyendo la Escala de Braden (15, 16) para determinar el riesgo de úlceras por presión.

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Se obtiene información sobre presencia de alergias, controles de salud (tratamientos, capacidad de control de medicación, revisiones por especialistas e inclusión en programas sanitarios de Atención Primaria), nivel cognitivo (mediante aplicación del test de Lobo por parte del psicólogo), orientación y riesgo de caídas (necesidad de sujeción y consentimiento informado), valoración del dolor, hábitos tóxicos, presencias de conductas violentas (autoheteroagresivas) e indicativos de malos tratos.

Dada las repercusiones que tiene el dolor en la calidad de vida (subjéctiva y objetiva) del mayor, se propone la *Escala Analógica Visual (EVA)* para su evaluación.

La información acerca del tratamiento farmacológico del anciano se obtiene a través de la entrevista y de los informes que aporte. Si comprobamos incapacidad funcional —índice de Lawton-Brody— o cognitiva —test de Lobo— para responsabilizarse de su tratamiento, incluiremos al mayor en el programa de control de medicación.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones y temores

Se valora la calidad de la comunicación, los déficits sensoriales y las relaciones sociales (familia, cuidador principal, amigos y pareja), así como la actitud del mayor y la familia ante el ingreso en el centro.

11. *Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias*

Referido a la autopercepción y creencias de salud (conocimiento de sus patologías, intervenciones e ingresos), valores religiosos e influencia de los sucesos vitales en su estado personal.

Se introduce el concepto de testamento vital como una forma de asegurar que sus valores se respetarán, aun en el caso de no poder expresarlos en una situación grave.

12. *Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal*

Aspectos relacionados con el cambio de rol tras la jubilación.

13. *Participar en actividades recreativas*

Valoramos la forma de ocupar su tiempo libre y divertirse, y determinamos en qué medida la alteración de las AV-DI interfieren en estas actividades, destacando la figura del animador socio-cultural, sobre todo en los casos con dificultad para buscar alternativas de ocio (por dificultad física o estados depresivos).

14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles*

Valoramos nivel de estudios, capacidad y motivación para aprender (sobre todo en lo relacionado a sus cuidados de salud), así como fuentes de aprendizaje, dada la necesidad de que el anciano actualice sus conocimientos de salud para saber cuidarse y motivarlo para que quiera hacerlo. La valoración de esta necesidad es un principio para determinar el punto de partida de la educación sanitaria.

Valoración multidisciplinar

Valoración de Atención Primaria

La valoración realizada se complementa con un informe del enfermero y del médico de atención primaria, que incluye todos los datos de interés para elaborar la historia clínica y continuar los planes de cuidados previamente establecidos. Estos informes serán la base de la hoja de derivación a urgencias y la de citas a especialistas.



Fig. 2. El enfoque de los cuidados permite una atención integral al anciano. (*Solidarias*, de D. Francisco García Picayo).

Valoración psicocognitiva

Realizada por el psicólogo del centro, utilizamos un resumen con los datos más relevantes para nuestro trabajo, según la valoración de la función cognitiva —por medio del test de Lobo (17), desarrollado a partir del *Minimal State Examination* (MMSE) de Folstein— y la afectiva —a través de la Geriatric Depression Scale (GDS) (*test de Yesavage*, versión reducida) (18, 19)—.

Valoración social

Realizada por la trabajadora social, trata de evaluar la cantidad y calidad de las relaciones sociales, así como la red de apoyo familiar a través de la aplicación del *test de Duke* (20, 21), complementado la información obtenida tras la valoración de la *necesidad de comunicarse y expresar sentimientos*.

CONCLUSIONES

La valoración enfermera geriátrica supone una herramienta de trabajo útil para enfermería y para el resto del equipo multidisciplinar del centro, ya que permite individualizar los cuidados, cuantificar las incapacidades y proporcionar el nivel asistencial más adecuado a cada residente (Fig. 2).

Creemos que el tiempo usado en la realización de la valoración —que tras la fase de validación hemos cuantificado en unos 50-60 minutos— es una inversión en calidad y mejora asistencial. Durante el proceso de validación hemos detectado la necesidad de realizar la valoración en dos momentos:

- Uno, que serviría como primera toma de contacto con el anciano y familia, en el que además de la petición de las distintas pruebas diagnósticas y revisión de los informes que se adjunten, iniciaríamos la entrevista, centrándonos en los datos sociodemográficos y las necesidades iniciales.
- Otro, en el que acabaríamos de recopilar todos los informes y documentos solicitados previamente y concluiríamos la evaluación de las necesidades y de los aspectos más íntimos de la vida del mayor (relaciones sociales, de salud, de capacidad de cuidados, sentimiento de utilidad y depresión, apoyo familiar, etc.). Para ello, seguiríamos promoviendo el ambiente de confianza iniciado en la sesión anterior, siendo el mismo enfermero que inicia la valoración el que la finalice y proponga el plan de cuidados al resto del equipo para elaborar, de modo consensuado, un plan terapéutico conjunto.

Por todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir resaltando la importancia de la valoración enfermera en los ancianos institucionalizados. Si con nuestros cuidados pretendemos lograr y mantener un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento, esta valoración constituye el paso previo para poder planificar y administrar esos cuidados y posteriormente evaluar su eficacia. De esta forma, como enferme-



76 ros gerontológicos habremos iniciado el objetivo de conseguir que el paso final de la edad adulta a la vejez y el discurrir de los últimos años de vida se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles.

AGRADECIMIENTOS

A Don Francisco García Picayo, residente de nuestro centro, por permitirnos utilizar su óleo *Solidarias* para ilustrar el presente trabajo.

23

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos B, Larios O, Martínez SR, López M, Pinto JA. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. La residencia como espacio de convivencia y de salud. Madrid: Consejería de Sanidad, 2003.
2. Torres MP. Aspectos generales de la valoración en los ancianos. En: García M, Torres P (coord.). Temas de enfermería gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), 1999.
3. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria* 1994; 13: 20-6.
4. Rubenstein LZ. Geriatric Assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr* 1987; 3: 1-17.
5. Rodríguez M, Vallejo J, Pérez M, Zambrano AA. Estrategias para la implementación de la metodología enfermera en residencias de mayores. En: Actas del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Palma de Mallorca: SEEGG, 2006.
6. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.
7. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Interamericana, 1986; pp. 21-63.
8. Hernández J, Esteban M. Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1999; pp. 127-140.
9. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the sort-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Med Sci* 2001; 56 (6): 366-72.
10. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology* 1994; 12 (supp 2): 15-59.
11. Vila MA, Fernández MJ, Florensa E, Orejas V, Dalfó A, Romea S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria* 1997; 19 (3): 121-6.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14 (2): 61-5.
13. Fontana C. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enf Clínica* 2002; 12 (2): 47-53.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9 (3): 179-86.
15. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health* 1994; 17: 459-70.
16. Torra JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. *Rev Rol Enf* 1997; 224: 23-30.
17. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T *et al*. Revalidación y normalización del Mini Examen Cognoscitivo (primera versión al castellano del Mini Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clínica* 1999; 112: 767-774.
18. Aguado C, Martínez J, Onís MC *et al*. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *At Primaria* 2000; 26 (supl 1): 328.
19. Martí D, Miralles R, Lorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (1): 7-14.
20. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.
21. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18: 153-63.