

USO DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR

USE OF ASSESSMENT INSTRUMENTS FOR GREATER ADULT

Ricardo Ayala*

Enfermero, Licenciado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile
Diplomado en Gestión Sanitaria, Diplomado en Humanidades, Especialista en Gestión de Cuidados del Adulto Mayor, Universidad de Castilla, La Mancha
Magíster en Educación con mención en Políticas y Gestión Educacional, Universidad Austral, Chile
Profesor Instructor, Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral, Chile

Víctor Orellana

Enfermero, Licenciado en Enfermería, Universidad San Sebastián, Chile

Artículo recibido el 3 de marzo, 2007. Aceptado en versión corregida el 15 de mayo, 2007

RESUMEN

El presente documento es el reporte de un intento por documentar la formalidad dada a la etapa de valoración de enfermería en el adulto mayor, en tres hospitales de Chile. Se aplicó un cuestionario a los responsables de los equipos de enfermería en determinados servicios clínicos de los hospitales públicos de Concepción, Valdivia y Puerto Montt. Este estudio revela la resistencia de las enfermeras(os) a utilizar escalas, índices y otros instrumentos que apoyan la valoración específica de los adultos mayores, lo que estaría influido por prejuicios que la sociedad tiene hacia el anciano.

Palabras clave: Instrumentos valoración, valoración enfermería, adulto mayor.

ABSTRACT

*The present article is an attempt to document the formality related to nursing assessment of the elderly adult in three Chilean hospitals. A questionnaire was given to nursing team leaders in determined clinical areas of public hospitals in Concepcion, Valdivia and Puerto Montt. This study reveals the resistance of nurses to use scales, indices and other instruments that support the specific assessment of the elderly, which is influenced by prejudices that society has towards this group. **Key words:** Assessment instruments, nursing assessment, elders.*

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata sobre el uso dado por los profesionales de enfermería a los diferentes instrumentos de valoración que existen para ser aplicados en las personas mayores. La motivación para realizarla es la creciente necesidad de mejorar los aspectos cualitativos del cuidado y, fundamentalmente, en la necesidad de diseñar prestaciones específicas para el adulto mayor, por sus requerimientos de cuidados especializados y la demanda de cuidados cada vez mayor en este grupo etario (Sagraega, 1992).

Conforme se profesionaliza el cuidado, se ha de definir con mayor exactitud y detalle las etapas del proceso de cuidar (Alfaro-LeFevre, 2002). La valoración del estado de salud es el primer paso de la identificación de los problemas del usuario, siendo esencialmente una recopilación de datos, su organización y análisis. En base a esta información se logra la comprensión de las condiciones de la persona y la posterior toma de decisiones para implementar su mejor cuidado. Así, pues, la sistematización y programación de esta fase ha llevado al diseño de instrumentos que agrupan la información en formularios. Normalmente, estos instrumentos constituyen una agrupación de información por patrones funcionales, por grupos de necesidades; o bien, pueden estar orientados a una persona que presenta un cuadro clínico determinado, focalizando los elementos semiológicos en tal cuadro (Marqués, Alonso & Pérez de la Cruz, 2004).

Si concebimos la atención de enfermería como un proceso secuenciado de etapas, en donde la valoración ocupa el primer eslabón, todas las etapas que le suceden dependerán de cuán acuciosa, específica y completa sea la valoración del estado de salud (Alfaro-LeFevre, 2002). Una correcta valoración determina, entonces, la validez y confiabilidad del diagnóstico emitido, de los objetivos planteados, de las acciones cuidadoras que se han de llevar a cabo con el enfer-

mo, y de los resultados obtenidos en una nueva valoración (evaluación) que se aplique (Sagraega, 1992). Si la etapa de valoración en tanto, determina la calidad del resto del proceso, surgen interrogantes que apuntan en dirección a ¿qué tan formalmente lleva a cabo el profesional esta etapa?, ¿qué criterios son empleados al momento de valorar el estado de salud?, ¿qué tan metódica y estructuralmente se realiza?, ¿qué tan confiable como para garantizar la calidad del cuidado?, ¿qué tan válida como para justificar la realización de determinadas acciones?, ¿está influido el proceso de enfermería por los aspectos socioculturales del personal sanitario?

MARCO CONCEPTUAL

A diario se utiliza en la comunicación expresiones como “estoy un poco cansado o estoy bajando de peso”, sin embargo estas manifestaciones constituyen una apreciación personal y subjetiva, como producto de un proceso racional mediado por una construcción mental individual, y de acuerdo a una multiplicidad de factores que condicionan ese juicio (Sagraega, 1992). Pareciera existir dentro de los equipos de salud una cierta aversión a objetivar aquellos aspectos de índole cualitativo, aquellos a los que no se puede dar una cifra exacta o resultaría muy difícil hacerlo, como por ejemplo: satisfacción, calidad de vida, riesgos, entre tantos otros; diferentes de los que son definibles a través de un número: presión arterial, edad, respiraciones por minuto, extensión de heridas, superficie corporal, índice de masa, entre otros. “Sin embargo la atención sanitaria, en su aspiración por dar respuesta desde una creciente multidisciplinariedad a las complejas dimensiones humanas, ha obligado a explorar ‘afirmaciones numéricas’ relacionadas con cuanto de un atributo hay presente en una persona. Como por ejemplo el apoyo social percibido o calidad de vida de una persona. Este tipo de atributo es lo que se conoce como constructo en su estudio métrico, es decir,

un concepto hipotético cuya existencia nunca podrá ser totalmente confirmada" (Sagraega, 1992).

De la utilización de escalas, índices y cuestionarios depende la calidad de la información obtenida en las etapas de valoración y de evaluación del Proceso de Enfermería. Así también, constituyen un apoyo en otros tópicos: "ayuda al diagnóstico, apoyo al umbral de tratamiento, en la comunicación con otros profesionales y en el establecimiento de un referente poblacional". Conforme a estas tan relevantes motivaciones, se observa que muchos equipos de enfermería clínica no estarían utilizando estas herramientas de apoyo a la valoración del estado de salud de los adultos mayores. Este fenómeno es de fácil comprensión si se considera el contexto de una sociedad que creció y envejeció vertiginosamente, procesos que fueron mediados por la progresiva disminución de la mortalidad a través del control de las enfermedades infectocontagiosas y el descontrol de los nacimientos, mediante los cuales la población mundial llegó a sextuplicarse en apenas doscientos años (1800-2000). Conjuntamente, la influencia del modelo económico imperante sobre la conciencia y los paradigmas sociales, configuran a los viejos como algo inservible y costoso, por representar un segmento en edad productiva, pero que en la práctica es económicamente improductivo. En concordancia con lo anterior, la vejez determina la última discriminación en la vida de una persona, entendida como la mantención de actitudes o pensamientos negativos (prejuicios), en consideración con los estereotipos peyorativos en contra de las personas de edad avanzada (Marqués et al., 2004).

La cultura es una importante influencia en la experiencia del envejecimiento. Las instituciones de salud, como actor social, están también influidas en su sistema de valores por las ideas colectivas. La cultura afecta las percepciones sobre los ancianos, sentimientos sobre las funciones, derechos y responsabilidades de los mismos

y en los sistemas de cuidado natural y de apoyo (Sagraega, 1992). Así es como los detrimentos estructurales y funcionales de los ancianos afectan nuestras percepciones respecto a esta población y la forma en como dirigimos esfuerzos hacia ellos o los desviamos hacia otros grupos. Características como disminución de la concentración y la memoria, la involución de las capacidades sensoriales y motoras, la aparición de enfermedades crónicas ligadas a la insuficiencia de sus órganos, bajo el lente del prejuicio hacen del anciano una persona fea, lenta, enferma, débil y, en definitiva, indeseable. Dentro de las instituciones sanitarias, el mayor tiene escasa posibilidades de acceso a las terapias de alto costo: cuidados intensivos, cirugías mayores, drogas reservadas, incluso son perjudicados por los juicios emitidos en situaciones de toma de decisiones que determinan la vida o la muerte (Marqués et al., 2004).

Por otro lado, la evidencia empírica muestra que la aplicación de una valoración integral en el adulto mayor mejora el estatus funcional y puede reducir los días de estancia inicial hospitalaria y los siguientes reingresos. También puede reducir sustancialmente los costos directos de la hospitalización.

METODOLOGÍA

El diseño corresponde al de un estudio multicéntrico, cuantitativo, exploratorio, comparativo, de corte transversal, realizado entre junio y diciembre del año 2006.

Pregunta de investigación:

¿En qué medida los enfermeros(as) utilizan los instrumentos de valoración del estado de salud de adultos mayores que son atendidos en hospitales chilenos?

Propósito y objetivos

Esta investigación tiene la finalidad de establecer en qué medida los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito intrahospitalario hacen uso de instrumentos de valoración del estado de salud de adultos mayores. Este propósito obe-

dece a justificantes de tipo práctico, que evidencien la necesidad de fomentar los aspectos metodológicos del cuidado.

Objetivo general. Determinar en qué medida los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales chilenos usan instrumentos de valoración del estado de salud de personas mayores.

Objetivos específicos. Sentar precedentes sobre la práctica del cuidado, en relación a la formalidad en que procedemos con la etapa de valoración del estado de salud del adulto mayor. Argumentar razonamientos que expliquen la influencia de los aspectos socioculturales sobre la práctica del cuidado en Chile. Proponer estrategias y planes remediales que impulsen la formalización de la valoración como etapa crucial del Proceso de Enfermería.

Muestra. Se seleccionaron los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General de los dos principales hospitales públicos de la Región de Los Lagos, Chile, correspondientes a las ciudades de Valdivia y Puerto Montt. Conjuntamente, se seleccionó como grupo comparativo el Hospital público de la ciudad de Concepción, Región del Biobío, Chile, incluyendo los Servicios Clínicos homólogos. La selección de estos hospitales corresponde a un muestreo no probabilístico, obedeciendo a criterios de territorialidad, proximidad y similitud.

Recolección de datos. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario confeccionado para tales fines, donde se presenta un listado de instrumentos, índices, cuestionarios y escalas, todas ellas susceptibles de ser aplicadas en la valoración del estado de salud de ancianos en el ámbito intrahospitalario. Este instrumento fue respondido por la persona responsable del equipo de enfermería del Servicio Clínico respectivo. Como consideración ética, las perso-

nas que respondieron el cuestionario fueron previamente informadas de la eventual publicidad de los datos entregados, a través de medios académicos, y el contexto formativo en el cual ha sido desarrollado este estudio. La variable "uso de los instrumentos" se operacionalizó en una respuesta tricotomizada en "escasa o nula", "con cierta frecuencia" y "regularmente". Como adulto mayor, para efectos conceptuales de este trabajo, se incluyó a toda persona con 60 años o más. En términos de validez y confiabilidad, este cuestionario fue sometido a opinión de expertos en el área y, posteriormente, a prueba piloto.

Procesamiento estadístico. Por el número de instrumentos aplicados (seis), los datos obtenidos fueron tabulados y procesados a través de Microsoft® Excel 2002 para Windows, de modo de realizar un análisis estratificado por centro, por servicio clínico y por instrumento. Se seleccionaron quince instrumentos de valoración susceptibles de ser utilizados en un adulto mayor hospitalizado. A cada uno de los instrumentos se asignó un número:

- Riesgo de padecer caídas
- Riesgo de aparición de úlceras decubitales
- Valoración del dolor
- Sobrecarga del cuidador informal
- Depresión
- Satisfacción vital
- Capacidad de comunicación
- Satisfacción respecto a los cuidados enfermeros
- Dependencia del adulto mayor
- Dependencia funcional del hospitalizado
- Ansiedad
- Riesgo de padecer accidente vascular encefálico [AVE]
- Capacidad funcional precoz en pacientes con AVE
- Pie diabético
- Voluntad de adoptar conductas de autocuidado.

A las alternativas de respuesta tricotomizada se asignó un valor, donde 0 = escasa o nula; 1 = con cierta frecuencia; y 2 = regularmente. Para obtener una aproximación global por hospital y por servicio, se sumaron los puntajes obtenidos en el uso de cada instrumento. Para su interpretación se definieron quintiles entre cero y el puntaje máximo teórico.

RESULTADOS

En correspondencia con el tipo de muestreo, los resultados que aquí se muestran se circunscriben exclusivamente a los servicios y hospitales abordados, siendo aplicables solo a la muestra.

En general, podemos decir que la utilización de instrumentos de valoración aparece en los últimos dos quintiles. Aún así, pareciera que los enfermeros(as) del Hospital de Concepción apuntan en dirección a su aplicación, visualizando en tal recinto un uso rutinario de ciertas escalas, lo que les sitúa en el segundo quintil más bajo. Esto es menor en el de Valdivia y menor aún en el de Puerto Montt, quedando en el último quintil. Se obtuvo solo una moda estadística en las respuestas, siendo igual a cero "escasa o nula aplicación" de los instrumentos propuestos ($M_0 = 0$), lo que ratifica la clara tendencia a no realizar la fase de valoración mediante escalas o índices.

Conforme al origen y desarrollo de la enfermería en Chile y el mundo, existe una clara tendencia a la valoración formal más bien de aspectos biológicos de los adultos mayores, con ausencia de medición de variables psicosociales (Nunnally & Berstein, 1995; Davidoff, 2001). Las variables más evaluadas son, en orden de uso de instrumentos: dependencia en el autocuidado, dolor, riesgo de úlceras decubitales, valoración del pie diabético y estratificación del riesgo de caídas. Llama la atención que las mediciones son efectuadas sobre aquellas variables que son críticas en la calidad de los cuidados brindados (úlceras, caídas), en las que son implementadas como parte de las políti-

cas públicas (medición del dolor) y en aquellas cuya medición obedece a políticas de modelos de atención progresiva o a la determinación de cargas laborales (valoración de la dependencia para el autocuidado). Por ende, podemos inferir que las acciones de los equipos de enfermería para el uso de escalas e índices son de tipo reactivas, obedeciendo a otro tipo de estímulos más que a la propia definición y aplicación de su rol cuidador (López & Morales, 2005). Según lo anterior, podría afirmarse que ha debido mediar una cierta obligatoriedad en su uso para la implementación por parte de los equipos de enfermería, pues ellos se corresponden con instrucciones de políticas.

De acuerdo al presente estudio, podemos visualizar que los enfermeros(as) clínicos basan sus planes de cuidados en valoraciones fundamentadas en la observación y en el juicio profesional, pero menos en el uso de instrumentos de apoyo. Este mismo fenómeno podría explicar en parte las dificultades para asegurar la continuidad de los cuidados y la comunicación dentro de los equipos. Así también, podemos fundamentar cómo la evaluación de resultados del paciente no ha podido ser bien implementada en el Proceso de Enfermería, puesto que toda evaluación es en sí misma una revaloración.

Todos los tipos de evaluación empleados son dirigidos exclusivamente al anciano enfermo, por lo que no existen reportes de su aplicación a cuidadores informales o familiares.

Contrario a lo que pudiese aseverarse por primera impresión, los profesionales que trabajan en Servicios de Cirugía tienen prácticamente el mismo nivel de aplicación de instrumentos que aquellos que trabajan en Servicios de Medicina Interna, salvo en el Hospital de Valdivia, donde sería levemente mayor en Cirugía. Estadísticamente, no existe correlación entre el Servicio estudiado (Medicina o Cirugía) y el uso dado a los instrumentos ($r^2 = 0.02$). La mayor o menor aplicación de tales instrumentos está determinada

claramente por otras variables, diferentes del Servicio Clínico ($r= 0,15$). Surge, entonces, la inquietud de indagar más a fondo, y desde un enfoque cualitativo, cuáles son los factores que condicionan la adhesión al uso de estos instrumentos de gestión de los cuidados, de modo de delinear con fundamento las estrategias de implementación.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que la utilización de instrumentos de valoración es muy pobre. Si bien la práctica de la enfermería ha avanzado en materia de valoración formal del estado de salud, pareciera haber mayor adhesión en la Atención Primaria. Contradictoriamente, es donde se atiende el mayor número de personas, por lo que el tiempo o la demanda asistencial no constituirían un factor preponderante en la realización sistemática de esta etapa del proceso.

Se propone la tesis de que las creencias socioculturales sobre la vejez influirían sobre la práctica del cuidado de adultos mayores, estando permeada de los preconceptos presentes en quienes brindan el cuidado. La fuerza de la capacitación continua para los egresados se visualiza como una estrategia probable en la adquisición de habilidades y complacencia por la utilización de instrumentos de apoyo a la valoración. Así también, se recomienda su fomento y énfasis durante la formación de pregrado. Llama la atención que durante la aplicación de los instrumentos, las personas no tuvieran cabal conocimiento de la existencia de la mayoría de ellas. Por otro lado, en el espacio destinado a las observaciones no se registró el uso de otros instrumentos, diferentes de los consignados en la encuesta, lo que hace suponer su no aplicación. Cabe señalar que en el Hospital de Valdivia, se realizaron cuatro observaciones que versan: 1. la aplicación de las escalas depende del criterio o voluntad de las enfermeras, pero no están establecidas como política del Servicio. Lo que se aplica es la categorización de usuarios, pues es obligatoria en toda la Institución, lo que

estaría apoyando la necesidad de forzar de cierta forma la aplicación del instrumental mediante instrucciones de superiores; 2. hay interés por implementar políticas de uso universal de la Escala Visual Analógica del dolor; 3. también se manifiesta interés por retomar un programa de prevención de caídas; y 4. nos gustaría adquirir copias de los instrumentos propuestos en los ejemplos, sobre todo los que tienen que ver con los indicadores de calidad: úlceras por presión y caída de pacientes, petición que es expresada también en forma oral por el equipo de enfermería de la ciudad de Concepción. Estas aseveraciones podrían reafirmar la proyección de intervenciones de orden biológico y la idea de controlar variables que son monitoreadas a nivel Institucional, como son los indicadores de calidad (López & Morales, 2005; Fernández, 2003).

DISCUSIÓN

Por motivos de tipo estadístico, es discutible la generalización de las conclusiones de este estudio. Del mismo modo, la fuerza de las recomendaciones se limita a la población estudiada. Es necesario que los equipos de enfermería realicen investigación operativa, generando evidencias referenciales sobre su propia práctica. Esta misma necesidad se ha hecho evidente a la hora de contextualizar este estudio, debido a la escasez de datos referentes al uso de instrumentos de valoración.

Debido a los recursos disponibles y a la temporalidad en que se ha desarrollado este estudio, el alcance de la ejecución se ha visto limitada a unos pocos centros hospitalarios, siendo necesaria la ampliación de esta investigación a través de estudios con mayor rigor científico y que cuente con financiamiento por parte de instituciones afines.

La evidencia internacional es redundante al definir las dificultades a las que se enfrenta el Proceso de Enfermería, como son la subvaloración de las tareas propias de enfermería, tanto por los agen-

tes externos como de los propios compañeros y de uno mismo, predilección de las tareas delegadas que dificultan la realización de las tareas propias, la falta de costumbre en completar registros de enfermería, los formatos de registro, la falta de reforzamiento en la práctica, entre otros (Sagraega, 1992). Por otro lado, los resultados de esta investigación se condicen con los datos aportados por Sales (2004), en cuyo trabajo se hace patente la clara tendencia a la valoración de variables de índole biológico.

En la revisión realizada a la fecha de elaboración de esta investigación se ha encontrado poca evidencia respecto al uso de instrumentos específicos en el espacio iberoamericano. Se confirmaría en regiones de España la situación de desconocimiento incluso de la propia existencia de las escalas de valoración del riesgo de padecer úlceras decubitales (Llabata, Carmona, Royo & Escrivá, 2005) lo que explicaría el poco uso dado. En el mismo estudio, algunos profesionales dicen reconocer valor en los instrumentos, aun cuando persisten en utilizarlos poco.

Se hace especialmente difícil la interpretación de los puntajes obtenidos en categorías que impliquen juicio de valor, como "pobre", "muy bajo", etc. Por lo mismo, se ha preferido agrupar en quintiles. Sin embargo, la clasificación en los dos últimos quintiles no se traduciría necesariamente en que la valoración de los enfermos se realice pobremente o con déficit de profesionalismo, por lo que sería necesario investigar la aplicación del Proceso de Enfermería desde otras perspectivas, surgiendo nuevas interrogantes como ¿qué valoran las enfermeras en el estado de salud de sus pacientes?, ¿cómo se manifiesta el juicio profesional en la interacción con el enfermo?, ¿cuál es el sentido y significado de la valoración atribuido por las enfermeras clínicas?, ¿cómo co-

munican los hallazgos de la anamnesia y del examen físico al resto del equipo?, ¿qué valor asigna la enfermera al rol delegado sobre el rol propio?, ¿cuáles serían los efectos de la aplicación de una estrategia de formación continua de profesionales sobre la aplicación del Proceso de Enfermería?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2002). *Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Davidoff, L. (2001). *Introducción a la Psicología* (3ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Fernández, MA. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Clínica*, 13(3),137-144.
- López, SR. & Morales, JM. (2005). ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices?. *Index de Enfermería*, 48-49.
- Llabata, P., Carmona, JV., Royo, F. & Escrivá, R. (2005). *Valoración del conocimiento de enfermería sobre las escalas de Úlceras Por Presión (UPP)*. Recuperado el 20 de febrero, 2007 de <http://www.enfervalencia.org/ei/72/articulos-cientificos/05.-UPP.pdf>
- Marqués, S., Alonso, L. & Pérez de la Cruz, T. (2004). La valoración geriátrica mejora la funcionalidad del anciano y reduce los reingresos hospitalarios: resultados de un ensayo clínico. *Evidentia*, 1(3).
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica* (3ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Sagraega, M. (1992). *El Edadismo: contra jóvenes y viejos*. Madrid: Fundamentos.
- Sales, D. & Sansó, N. (2004). *Dificultades en la valoración enfermera. ¿Qué dificultades encuentra la enfermera en la valoración del paciente?*. Recuperado el 20 de febrero, 2007 de <http://www.indexf.com/evidentia/n2/59articulo.php>