



cuadernos gerontológicos

ENFERMERÍA GERIÁTRICA AQUÍ Y AHORA

ARTÍCULOS

Enfermería geriátrica: de los orígenes a la situación actual. Gloria Urbistondo Lasa

¿Es suficiente un cambio de modelo de cuidados en el ámbito hospitalario?
Concepción Molina Pérez

La enfermera especialista en Geriatria en consulta: una apuesta de futuro.
Esperanza Ciervide Gorriz

La enfermera especialista de Geriatria: gestionar una residencia e implementar el modelo de atención centrada en la persona. Brígida Argote Martínez de Lagrán

BREVES // CONVOCATORIA NUEVOS
ARTÍCULOS

Convocatoria del Premio
Tomás Belzunegui

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Vincenzo Malafarina
Concepción Molina
Rafael Sánchez-Ostiz
Tomás Yerro

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE

SUMARIO

PRESENTACIÓN: ENFERMERÍA GERIÁTRICA AQUÍ Y AHORA 4

ORIGINALES:

Enfermería geriátrica: de los orígenes a la situación actual

Gloria Urbistondo Lasa

¿Es suficiente un cambio de modelo de cuidados en el ámbito hospitalario?

Concepción Molina Pérez

La enfermera especialista en Geriatria en consulta: una apuesta de futuro

Esperanza Ciervide Gorriz

La enfermera especialista de Geriatria: gestionar una residencia e implementar el modelo de atención centrada en la persona

Brígida Argote Martínez de Lagrán

BREVES 34

XVIII Congreso de Zahartzaroa

**XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria
(SEEGG)**

**61º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y erontología
(SEGG)**

CONVOCATORIAS 35

Convocatoria del Premio Tomás Belzunegui



Presentación



María Muñoz Marín

Unidad de Geriatría de
Agudos del Complejo
Hospitalario de Navarra.

ENFERMERÍA GERIÁTRICA AQUÍ Y AHORA

A menudo las enfermeras que hemos elegido trabajar en Geriatría nos preguntamos por qué, en general, nuestras compañeras no eligen realizar una de las pocas especialidades de enfermería oficialmente reconocidas: Enfermería Geriátrica. Para mí, que estoy aquí porque me gusta, porque quiero, porque puedo y porque desde el principio de mi carrera fue un objetivo, es un reto responder a esta pregunta con objetividad. Así que, para contrastar mi parecer, le pregunté a una estudiante de enfermería que hacía prácticas en nuestro Servicio. Su respuesta rápida, ordenada, clara. No esperaba menos de ella y no difería mucho de mi pensar.

Entre la larga lista de factores que se pueden enumerar para no elegir, destacaremos: escasa perspectiva laboral, insuficiente apoyo institucional, desconocimiento de la posibilidad de desarrollo profesional y personal que esta especialidad ofrece y falta de reconocimiento económico a las enfermeras especialistas. A todo ello la alumna mencionó “No interesa socialmente”.

Entonces me acordé de lo que me dijo una compañera auxiliar cuando nuestro Servicio era compartido por otras especialidades y las enfermeras, en cuanto podían y ante mi sorpresa, dejaban la Geriatría para atender a pacientes de otras especialidades. Pues bien, me dijo en un tono de conmiseración, despacio, torciendo un poco la cabeza como si me descubriera algo que solo yo no sabía: “María, la Geriatría no tiene glamur social”.

Sí, tiene razón, he descubierto con el tiempo que quien desconoce esta disciplina considera que efectivamente esta especialidad se relaciona más socialmente con el cuidado pasivo, menos arriesgado, menos creativo y más de “dar la mano”, que otras especialidades más glamurosas, más heroicas. No es lo mismo decir que trabajas en Geriatría que en Urgencias, Quirófano o la UCI, por decir unos ejemplos. Mucho trabajo con poca esperanza. ¡Que equivocadas están! Me sigo sorprendiendo cuando hay compañeras que vienen a mi Servicio, en ocasiones, pensando esto. Tardan poco en descubrir que no es así.

Enfermería geriátrica, de los orígenes a la situación actual

Geriatric nurse: from origins to the current situation

Gloria Urbistondo Lasa

Enfermera especialista en Geriátrica. Servicio de valoración de la
dependencia del Gobierno de Navarra

Resumen: La enfermería geriátrica supone un pilar fundamental en la atención a las personas mayores. Como profesión, ha sufrido un desarrollo complejo y vive actualmente grandes avances. Se realiza una revisión de los principales hitos que se han desarrollado hasta llegar a la situación actual, y se describen los objetivos que pretende cumplir en el futuro. Para ello, se han consultado bases de datos oficiales y la legislación vigente.

Palabras clave: Enfermería geriátrica, enfermería, rol de la enfermera, evolución.

Summary: Geriatric nurse is a cornerstone for elderly people care. As a profession it has undergone a complex development and it's now experiencing great progress. This is a review of the main milestones that have led to the current situation, and we describe the objectives to be achieved in the future. Official databases and current regulations are used as reference.

Keywords: geriatric nursing, nurse practitioners, role play by nurses, evolution.

UN POCO DE HISTORIA

El cuidado acompaña al hombre desde su nacimiento hasta su muerte y constituye, desde la perspectiva fenomenológica, la estructura fundamental de su existencia. Toda la historia del hombre, entendida como el paso por la vida, es la historia de una preocupación continua por mantener unos niveles de salud de acuerdo con la interpretación que en cada cultura se le da al concepto "salud". Paradójicamente, la enfermería, aun estando omnipresente ante el dolor, la angustia y la muerte, se ha mantenido cautelosamente alejada de la reflexión vivencial y fenomenológica del cuidado. La dialéctica entre estilo de vida y nivel salud-enfermedad está directamente relacionada con el concepto de cuidado. El cuidado es, también, una forma de llegar a alcanzar cierto control sobre nuestras vidas, nuestro destino (Siles, 2007).

La historia de la enfermería como profesión nació con Florence Nightingale (1820-1910), enfermera en la guerra de Crimea, donde se la conocía como la "Dama de la lámpara" por sus rondas nocturnas a los heridos. Fundó la primera escuela laica de enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres en 1860. Basándose en sus conocimientos prácticos, de las personas y su entorno, enumeró unos principios científicos. Su objetivo consistió en "situar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza ejerza su acción sobre él" (Nightingale, 1859). Con ella la enfermería alcanzó una talla como profesión con objetivos profesionales:

- Cuidar al paciente como persona.
- Abordar el cuidado del paciente de forma holística resaltando las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del mismo.
- Promocionar el bienestar y también prestar cuidados durante la enfermedad.
- Prestar cuidados según un plan basado en principios y prácticas científicas.

Pero si hablamos de la verdadera madre de la enfermería geriátrica, debemos mencionar a Marjorie Warren (1897-1960). Ejerció como supervisora de enfermería y después decidió estudiar medicina. Observó que, dando cuidados específicos a los ancianos, estos mejoraban más rápidamente y disfrutaban de una mejor calidad de vida. En el West Middle-



"Muchos ancianos crónicos e inválidos con cuidados clínicos y de rehabilitación se recuperan lo suficiente como para poder integrarse nuevamente a la familia y a la comunidad"
(Warren, 1946).

sex Hospital de Londres puso en marcha programas de tratamiento rehabilitador personalizados que consiguieron más independencia en movilidad y actividades de la vida diaria.

Insiste también en que muchos no solo requieren de cuidados especializados, sino que estos deben estar acompañados de un cambio de actitud hacia ellos por parte de todo el personal que les asiste y de la sociedad en su conjunto (Hernández Martín, 1997).

Previamente la enfermería no había tenido mucha presencia en la asistencia de las personas mayores, ya que eran atendidas desde la beneficencia o mediante cualquier forma de acción social. Su principal objetivo había sido la juventud en una sociedad orientada precisamente hacia este sector social. La enfermería geriátrica, por tanto, ha sufrido un gran desarrollo profesional durante las últimas décadas, debido en parte a los avances en los conocimientos sobre fisiología humana, bioquímica, medicina, tecnología médica y farmacológica (Guillén, 1998) y, lo que es más importante, a que esos avances continúan.

Actualmente, los objetivos de la atención geriátrica son, según Burke (1998):

- Mantener al anciano en su domicilio en condiciones funcionales independientes y con una calidad de vida digna. Para ello deben favorecerse su salud física, mental y vida activa en función de sus posibilidades.
- Recuperación funcional y reinserción en la comunidad del anciano en las mejores condiciones posibles.
- Promover la autonomía en el autocuidado.
- Promover una imagen social del anciano digna y lograr la participación comunitaria y desempeño de rol.
- En ancianos con enfermedad terminal, promover una muerte apropiada.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA COMO PROFESIÓN

Las enfermeras llevan décadas comprometidas con el cuidado del colectivo de personas mayores. Socialmente se pensaba que las personas que practicaban este campo no necesitaban formación ni conocimientos especiales. Sin embargo, con el respaldo de la enfermería profesional, se ha ido dando forma a la rama de la enfermería geriátrica. En la actualidad está reconocida como especialidad, pero se mantiene la tensión entre la sociedad en general y la enfermería profesional por no haberse superado aún la visión negativa de las personas mayores (Hogstel, 1998).

En España, las conocidas como Ayudantes Técnicas Sanitarias (ATS) aglutinaban a practicantes, matronas y enfermeras. A raíz del artículo 6 del Real Decreto de 1953, se establece el Colegio profesional de enfermería, en el que se incluirán las distintas especialidades. En 1957 las matronas y, en 1970, las enfermeras especialistas en salud mental encuentran en la normativa su marco institucional. Fue en 1977 cuando la enfermería accede a la universidad y las estudiantes comienzan a recibir la asignatura de “Enfermería geriátrica”, a fin de preparar al alumnado para el cuidado de un número creciente de personas mayores, según las perspectivas sociodemográficas, y para mejorar la atención institucional y comunitaria que estos recibían. Una década des-

pués, el Real Decreto 992/1987 del 3 de julio, por el que se establecen el resto de especialidades, incluye la especialidad de enfermería geriátrica (BOE del 1 de agosto nº 183).

Todo este proceso significa que se ha definido una especialidad, se han establecido unos requisitos y procedimientos de acceso a la misma, y se ha reservado una parte del ejercicio profesional a las enfermeras que pudieran acreditar ser especialistas (Jiménez, 2013). Se estableció de forma temporal una disposición transitoria para acceder de manera excepcional a la especialidad (acreditando experiencia y superando un examen), pero actualmente el acceso es exclusivamente por la vía de Enfermera Interna Residente (EIR). Se trata de un examen oficial a nivel nacional, a cuya puntuación se une el expediente académico para obtener un resultado que permita establecer un baremo. Según la puntuación, se elige especialidad a la que se desea acceder y Unidad Docente donde llevarla a cabo. En la Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad. En él se define la enfermería geriátrica de la siguiente forma:

“La enfermera especialista en geriatría es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario” (Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre).

La primera convocatoria anual del Ministerio de Salud de plazas de formación de enfermeras especialistas data de 2013, cuando se ofertaron 11 plazas de EIR. Desde entonces todos los años se han convocado plazas, oscilando ligeramente el número, hasta alcanzar las 20 plazas de la convocatoria para 2019. La escasez de plazas convocadas para Enfermería Geriátrica, sobre todo en comparación con otras especialidades, habla fundamentalmente de la juventud de esta especialidad en Enfermería. Se espera que en los próximos años aumente la oferta de plazas convocadas según se vayan acreditando nuevas Unidades Docentes. Actualmente existen estas Unidades en Aragón, Castilla la Mancha, Cataluña, País Vasco, Asturias, Castilla y León, Madrid, y Navarra.

Dichas Unidades Docentes, sujetas a los requisitos de acreditación comunes y específicos impuestos por el Ministerio de Sanidad, forman profesionales especialistas en enfermería geriátrica durante un período de dos años a tiempo completo.

Cada profesional residente debe rotar de forma obligatoria por las áreas de atención estipuladas en la orden SAS/3225/2009. Entre ellas se encuentran Atención Primaria, Atención Especializada (unidades de hospitalización, equipos de soporte, unidades de cuidados paliativos geriátricos, etc.), instituciones sociales y otros recursos (Comisiones de Calidad, Comisiones de Ética, Unidad de Docencia e Investigación, etc.). Estas rotaciones son llevadas a cabo según las peculiaridades de los servicios que posea la Comunidad Autónoma donde se ubique la Unidad Docente. Además, cada residente tiene asignada una enfermera tutora, figura que vela por la adquisición de las competencias requeridas para obtener el título.

LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN LA SOCIEDAD

A pesar de que la especialidad de enfermería geriátrica ha sido reglada recientemente, su trayectoria cuenta con un recorrido más largo. El asociacionismo ha sido tradicionalmente la herramienta utilizada por los profesionales que, desde la vocación y con mucho entusiasmo, han conseguido crear foros de comunicación, conocimiento y difusión del papel de los profesionales de salud en el envejecimiento. En nuestro país, se crea en 1946 el servicio de geriatría en el Hospital La Esperanza de Barcelona, y un año después se funda la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica se constituye como asociación en el año 1987 con el propósito de fomentar y defender, dentro de su ámbito, todo lo que esté relacionado con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica en sus aspectos deontológicos, ético-legales, de dignidad y prestigio técnico, cultural, científico y de investigación. La actividad de esta sociedad es muy relevante para el impulso de la especialidad enfermera y cuenta, entre sus actividades principales, con un congreso anual que da cabida tanto a estudiantes de grado y especialidad como a profesionales especialistas. Asimismo, se organiza for-

mación continua mediante cursos, talleres y jornadas, se publican documentos técnicos y la revista Gerokomos.

Gerokomos nace en 1990 con carácter trimestral para difundir conocimiento científico, y cuenta con la indexación de sus contenidos en bases de datos bibliográficas de primer nivel como son Bibliomed, CINAHL, CUIDEN, IBECS, MEDES, ScIELO, SCOPUS y SIIC DT. Incorpora un Comité Consultor formado por expertos del área Ibero latinoamericana, zona en la que Gerokomos registra un importante número de lectores.

Esta trayectoria en la C.F. de Navarra también ha estado marcada por una serie de hitos. Así, en 1991 nace la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, que se convierte en el marco en el que la enfermería especialista en geriatría puede participar de sus conocimientos y enriquecerse debido a su espíritu multidisciplinar.

También en el Colegio de Enfermería de Navarra existe un grupo de enfermeras especialistas registradas, que trabajan actualmente en diversos servicios de la Comunidad Foral y colaboran en el blog “Palabra de enfermera”, como medio de difusión.

Un éxito para la enfermería navarra supone contar, desde el año 2018, con una Unidad Docente Multidisciplinar en el Complejo Hospitalario de Navarra, donde cada año se ofertan dos plazas de formación vía EIR. Resultado de años de preparación y con un ánimo de mejora continua, la Unidad pretende aumentar el número de especialistas. Otro éxito alcanzado es el contar con la figura de enfermera geriátrica en consulta propia, en la Unidad de Geriátría del Complejo Hospitalario de Navarra, que desarrolla labores propias y específicas.

PUNTOS DE VISTA SOBRE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Existen, según Burke (1998), varios enfoques sobre la especialidad, tanto positivos como negativos, que enumera en los siguientes puntos:

- Una oportunidad para ejercer las habilidades profesionales, para aplicar el conocimiento clínico en la práctica y para utilizar las habilidades en la toma de decisiones clínicas.



“Si puedo impedir que un corazón se rompa, no viviré en vano. Si puedo aliviar la aflicción de una vida o calmar un dolor o ayudar a una persona que está sola a recuperar la felicidad, no habré vivido en vano.” Emily Dickinson (1830-1886).

- Una oportunidad de ser creativos y utilizar la iniciativa en la prestación de cuidados al paciente.
- Una oportunidad para cuidar de los adultos mayores en diferentes marcos, como clínicas de la comunidad, el propio hogar del paciente, la residencia de ancianos y el hospital de cuidados agudos.
- Una oportunidad para colaborar con otras disciplinas de la asistencia sanitaria en la planificación e implementación del cuidado de los adultos mayores.
- Una oportunidad para enseñar y apoyar a los adultos mayores en la realización de actividades de la vida diaria y en el mantenimiento de su independencia.

- Una oportunidad para apreciar la sabiduría de los adultos mayores y para enriquecerse cuando comparten los recuerdos de sus experiencias vitales.
- Una especialidad que tiene una mala imagen entre muchos profesionales de la enfermería.
- A menudo considerada equivalente al trabajo y a la práctica de la enfermería, exclusivamente en residencias, lo que suele ser considerado de forma negativa.
- Reciben con frecuencia salarios más bajos que los especialistas no gerontológicos.
- Oportunidades limitadas de ascensos en la carrera.
- Oportunidades limitadas de colaboración con colegas, debido al menor número de compañeros en esta especialidad que en otras.
- Asignación limitada de estudiantes de enfermería a la enfermería gerontológica como parte de su práctica educativa.

DESAFÍOS ACTUALES DE LA ATENCIÓN

Las enfermeras han trabajado, por regla general, en base a tareas, en particular derivadas por los profesionales de la medicina, y han desempeñado un rol muy técnico. Poco a poco esta situación ha ido cambiando: han adquirido un rol propio con competencias específicas. Así es como la enfermería se ha integrado en equipos de geriatría multidisciplinares que desarrollan la atención centrada en la persona y no focalizada en la patología o enfermedad concreta. Se trata ahora de comprobar la funcionalidad de la persona en su día a día y no solo la discapacidad provocada por la enfermedad. La mirada ha pasado a centrarse en la capacidad de la persona para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y en el grado de satisfacción con el desarrollo de su proyecto vital, su integración en la comunidad, etc. (Álvarez, 2014).

Por todo lo expuesto, por ejemplo, en los centros residenciales se está viviendo una época de profundos cambios.

En su estructura se está pasando de modelos hostiles con grandes comedores, pasillos impersonales y estancias asépticas, a entornos pequeños, más hogareños y con elementos importados del propio domicilio de la persona. Algo similar ocurre con sus funciones. Se decide centrar los objetivos de atención en las demandas de cada persona, en dar valor a lo que para ella es importante, en cambiar las actividades básicas y genéricas por otras que tengan sentido para la trayectoria vital de la persona. De igual forma se delimitan los esfuerzos terapéuticos a los necesarios para brindar calidad de vida, tener registrado el proyecto vital de la persona y sus deseos. Para lograr este conocimiento holístico de la persona se está implantando la figura del profesional de referencia dentro de los centros residenciales (Martínez, 2015).

También en la atención primaria de salud, la enfermería ha visto crecer su campo de actuación, aunque aún no exista la figura de enfermera especialista en geriatría. Se trata de promover la autonomía de las personas para lograr su permanencia en domicilio y evitar la dependencia. Existen dos acciones combinadas para conseguirlo: adaptar los entornos mediante facilitadores, productos de apoyo y la eliminación de barreras, y mejorar la capacidad intrínseca de la persona. Para ello se ha demostrado en la literatura el beneficio del ejercicio físico de las personas mayores para la mejora del tono y la fuerza muscular, la mejora de patologías crónicas, la reducción de las caídas y un largo etc. (Rubio del Peral, 2018). Finalmente, cuando la persona requiere de un ingreso hospitalario, la enfermería participa en la atención, junto al resto del equipo, de los conocidos como síndromes geriátricos, las consecuencias de las caídas, las complicaciones propias de los ingresos en estas personas (encamamiento, desorientación, infecciones, desnutrición, disfagia, etc.).

No solo se atiende a la persona mayor enferma, también se trabaja con sus cuidadores (en todos los niveles asistenciales). En este caso, la atención desde la enfermería geriátrica se dirige, en especial, a dotar de conocimientos para desarrollar su labor, valorando continuamente posibles muestras de agotamiento que, si aparecen, son también objeto de intervención (Bermejo, 2017).

VISIÓN A FUTURO

La figura del profesional de la enfermería geriátrica es la del técnico especialista con sólida formación científica, filosófica y humanística, que suma conocimientos específicos de geriatría y gerontología para prestar cuidados de enfermería de calidad a la persona mayor, su familia y la comunidad. Supervisa, igualmente, a otro personal técnico y auxiliar, capacita a la familia cuidadora para optimizar al máximo la recuperación y rehabilitación del adulto mayor hasta su pronta reincorporación al hogar y comunidad. Al mismo tiempo, acompaña en esta etapa para vivirla dignamente, capacitando a la persona mayor y a su entorno. Por último, prepara a la persona en decisiones sobre los cuidados que quiere recibir y los cuidados al final de la vida.

Desde la enfermería especializada en geriatría se entiende debidamente justificada su identidad, la necesidad de estar presentes en los diferentes ámbitos de atención sociosanitaria (primaria y especializada) y el beneficio que eso supone para las personas mayores. Ahora bien, no tiene sentido que existan especialidades si no hay puestos específicos reservados para ellas en el sistema de salud, ni tampoco formar en enfermería geriátrica cuando no se reconoce su espacio profesional y se le despoja de su valía.

La especialidad de enfermería geriátrica puede representar una valiosa contribución al sistema sanitario ante el creciente e imparable envejecimiento poblacional y las necesidades cada vez más específicas que se plantean. Parece lógico, por tanto, que desde los organismos públicos se siga trabajando por el desarrollo de la formación de nuevas especialidades y por la inclusión de esta especialidad en el ámbito laboral. En consecuencia, desde la profesión se reclama una bolsa específica para un uso más eficaz y eficiente de los recursos, y para que puedan aportar todo su conocimiento a la sociedad. En otras Comunidades Autónomas, como Asturias o Castilla La Mancha, existen bolsas específicas desde 2014 y, si hay carencia, se recurre a enfermeras generalistas.



BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, O., Hernández, H., Galán, C.M. y Echevarría, P. (2014). Idoneidad del baremo de valoración de la situación de dependencia para determinar el ingreso en una residencia pública de la Comunidad de Madrid. *Gerokomos*, 25 (1): 23-27.

Bermejo, J. C. Villacieros, M. y Hassoun, H. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos*, 28 (3):116-120.

Burke, M. y Walsh, B. (1998). *Enfermería gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor*. Madrid: Harcourt Brace.

Dickinson, E. (2005). *Algunos poemas más*. Granada: Editorial Veleta.

Guillén, F., Pérez del Molino, J. y Petidier, R. (2008). Valoración de enfermería. En VV.AA. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Elsevier Masson.

Hernández Martín, F., Del Gallego, R., Alcaraz, S. y González, J. M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*, 2 (21).

Hogstel, M. O. (1998). *Cuidados de enfermería geriátrica*. Madrid: Ediciones Paraninfo.

Jiménez, M. L., Alonso, C., Fernández, A. M. y Ruiz M. C. (2013). La Enfermería Geriátrica en el Espacio Europeo de Educación Superior, *Gerokomos*, 24 (2): 63-68.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento en red*, nº 12. [Fecha de publicación: 30/07/2015].

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. London: Harrison.

Siles, J. y Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 19 (21):19-27.

Rubio del Peral, J. A. y Gracia, M. S. (2018). Ejercicios de resistencia en el tratamiento y prevención de la sarcopenia en ancianos. Revisión sistemática. *Gerokomos*, 29 (3):133-137.

Warren, M. W. (1946). Care of the chronic aged sick. *The Lancet*, 247: 841-843.

¿Es suficiente un cambio de modelo de cuidados en el ámbito hospitalario?

Is it enough a change of care model in the hospital setting?

Concepción Molina Pérez

Enfermera especialista en Geriátría. Complejo Hospitalario de Navarra

Resumen:

En este artículo se reivindica la necesidad de realizar un cambio de modelo de gestión y de atención en los hospitales y, en relación con las personas mayores, se propone la figura de la enfermera especialista en geriatría como herramienta para la mejora asistencial.

Palabras clave: Enfermera especialista, geriatría, hospital, efectos adversos, modelo de cuidados.

Summary:

This article claims the need to make a change in the management and care model in hospitals. On the other hand, the article requests the figure of the nurse specialized in geriatrics to improve care concerning hospitalized elderly people

Key words: Nurse specialized in, geriatrics, hospital, adverse effects, model care.

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria que se presta en el hospital pertenece al ámbito de la atención especializada, porque ofrece sus servicios en las cuestiones y problemas sanitarios de mayor complejidad. Los cuidados que dispensan las enfermeras deben ir, por tanto, en consonancia con los avances científicos y tecnológicos que se producen día a día en el ámbito de la salud.

En el caso de las enfermeras generalistas, la formación continuada en competencias específicas y la experiencia son aspectos que deben valorarse y potenciarse. En el caso de las enfermeras especialistas en general, es preciso un mayor reconocimiento y la creación de plazas específicas en las que puedan poner en práctica las competencias adquiridas.

La situación actual de las especialidades de enfermería es incongruente. La especialidad de matrona está reconocida profesionalmente en nuestro país y homologada en Europa. Dispone de plazas específicas y compensación económica para enfermeras con dicha titulación. Sin embargo, la especialidad de Salud Mental se reconoce en diez Comunidades Autónomas, la de Enfermería del Trabajo en siete y las de Enfermería Familiar y Comunitaria y Geriátrica en una (Rincón, 2018). Para estas especialidades el hecho de que una Comunidad autónoma reconozca la especialidad no significa necesariamente que oferte puestos de trabajo específicos para especialistas ni que, de hacerlo, las enfermeras especialistas que ocupan esas plazas obtengan una compensación económica (Rincón, 2018).

En este artículo se reivindica la necesidad de realizar un cambio de modelo de gestión y de atención en los hospitales y, en relación con las personas mayores, se propone la figura de la enfermera especialista en geriatría como herramienta para la mejora asistencial.

SALUD Y PERSONAS MAYORES

La población anciana es muy heterogénea y, entre sus características, se encuentra la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo. Esta disminución aumenta el riesgo de alteración de la funcionalidad ante situaciones adversas, provoca que la enfermedad tenga características especiales en las personas mayores y se asocia al desarrollo de síndromes geriátricos (Salech, 2012).

La funcionalidad es la capacidad de realizar las acciones requeridas para vivir de manera independiente (con poca o ninguna ayuda de los demás) y autónoma (decidiendo por uno mismo, asumiendo las consecuencias y de acuerdo con las preferencias y valores propios). Ante situaciones estresantes, la persona mayor puede verse afectada y quedar en un estado de fragilidad que, si no se detecta y trata adecuadamente, puede evolucionar progresivamente hacia la discapacidad y la incapacidad (Segovia, 2011).

La enfermedad aguda puede presentarse de una forma atípica al faltar síntomas habituales o manifestarse de forma muy vaga e inespecífica. La pluripatología es frecuente y la cronicidad también, lo que deriva en la toma de un elevado número de fármacos que pueden interactuar entre sí y ocasionar efectos indeseados (Serra, 2013). Así mismo, los aspectos sociales (soledad, recursos económicos, etc.), la esfera mental (enfermedad neurocognitiva, estado afectivo) y la esfera funcional (existencia de dependencia) influyen estrechamente en la evolución de la enfermedad (Corujo y Pérez, 2007).

Los síndromes geriátricos son manifestaciones clínicas inespecíficas que no se asocian a patologías concretas y, sin embargo, afectan seriamente a la calidad de vida de las personas que los padecen. Se relacionan con el aumento de morbilidad, con discapacidad, con sobrecarga de la persona cuidadora, con institucionalización y con sobrecostes para el sistema sanitario.

Según la literatura, los cinco síndromes geriátricos más frecuentes son las úlceras por presión, la incontinencia, las caídas, el declive funcional y el delirium. La malnutrición y los trastornos del sueño son otros síndromes frecuentes (Brown-O'Hara, 2013).

EFFECTOS ADVERSOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

En la última década el 50% de los pacientes-hospitalizados tienen 65 o más años (Romero, 2009). Sin embargo, la filosofía de atención de los hospitales se orienta a satisfacer las necesidades de personas más jóvenes, no pluripatológicas y con capacidad de respuesta a situaciones adversas. Este modelo de atención no se adapta a las necesidades de las personas mayores, especialmente de las más vulnerables, por lo que no es infrecuente que el ingreso hospitalario en sí mismo provoque efectos indeseados.

Los efectos adversos de la hospitalización en personas mayores vienen describiéndose desde la década de los 80. Mc Vey publicó en 1989 un estudio según el cual el 30% de los adultos agudos mayores desarrollaban discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD) mientras estaban ingresados (Mc Vey, 1989).

Paradójicamente, algunos de los factores relacionados con estos efectos adversos se asocian al modelo de atención convencional y son modificables (Admi, 2015). Restringir la movilidad prescribiendo reposo en cama o colocando las camas altas y con barras elevadas, mantener en ayunas a pacientes para realizar exploraciones complementarias, mantener horarios rígidos en las comidas, utilizar pañales en pacientes con movilidad reducida o interrumpir el descanso, pueden desencadenar síndromes geriátricos como los enumerados anteriormente (Villar, 2012; Zuria, 2012; Salvador-Monferrer, 2014).

Susan P Bell publicó una investigación en la que se había estudiado la presencia de nueve síndromes geriátricos en personas mayores hospitalizadas procedentes de diversos hospitales (Bell, 2016). En más del 90% de los pacientes estudiados se identificó algún síndrome geriátrico y en el 55% de los mismos se observó que coexistían 3 o más síndromes. En muchos casos eran de reciente aparición. Sin embargo, no se mencionaban en los informes de alta (33-90%). Aunque los más prevalentes fueron caídas, incontinencia, pérdida de apetito y pérdida de peso, los más declarados fueron caídas y úlceras por presión. Ambos síndromes estaban enmarcados

en la estrategia de mejora de la calidad asistencial de los hospitales participantes en el estudio (Bell, 2016).

OTROS MODELOS DE ATENCIÓN

Incluir en los hospitales modelos de atención orientados a mejorar la calidad asistencial que se ofrece a las personas mayores hospitalizadas ha demostrado su eficacia. Las primeras experiencias comenzaron a desarrollarse en la década de los 90. Básicamente se orientan a prevenir el deterioro físico y cognitivo y a satisfacer las necesidades especiales de las personas ancianas para mantener la independencia funcional y cognitiva, en lugar de centrarse exclusivamente en la atención a enfermedades específicas (Admi, 2015).

Algunos de estos modelos han sido liderados específicamente por enfermería, como por ejemplo el proyecto NICHE (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders) (Capezuti, 2012; Admi, 2015) o el Modelo de Atención Centrado en la Función (Boltz, 2012; Resnick, 2011). Otros se desarrollan en el marco de la interdisciplinariedad, como los Equipos de Evaluación Geriátrica Integral (Farber, 2011) y las Unidades de Geriátrica de Agudos (UGA) (Romero, 2009), centrados más específicamente en atención a la persona mayor frágil hospitalizada.

El programa NICHE nace en 1992 en la Universidad de Nueva York para mejorar los resultados de la atención a las personas mayores en los hospitales. En los Centros en los que se implanta, enfermeras de práctica avanzada en gerontología forman a otras enfermeras que, en sus Unidades de Hospitalización, implementan guías clínicas y protocolos de atención geriátrica y se convierten en referentes para sus compañeras (Admi, 2015). Como resultado se observan actitudes más sensibles en relación con el manejo de la incontinencia, con el uso de las restricciones físicas, con la detección de síndromes geriátricos, con la prevención del dolor y con el apoyo de las enfermeras a familiares. Los pacientes, por su parte, presentan mayor participación en la toma de decisiones (Admi, 2015).

El modelo de Atención Centrada en la Función se basa en una filosofía de atención en la que las enfermeras ayudan a los pacientes

a mantener el estado funcional prehospitalario, favoreciendo la realización independiente de actividades básicas como comer, tomar medicamentos, lavarse, vestirse, moverse hasta el baño y caminar por la Unidad (Boltz, 2012; Resnick, 2011).

Los Equipos de Evaluación Geriátrica Integral tienen como objetivo reducir los riesgos de la hospitalización en unidades hospitalarias generales, mejorar la coordinación con los servicios médicos de la comunidad, planificar el alta y educar a los pacientes y sus cuidadores (Farber, 2011). La herramienta fundamental de trabajo es la evaluación geriátrica integral. El equipo evalúa al paciente y recomienda un tratamiento y manejo apropiados. Además, se comunica con los servicios comunitarios para coordinar los planes de alta (Farber, 2011). Este enfoque se utiliza en varios países europeos porque permite acceder a un gran número de pacientes y responder con relativa rapidez a sus necesidades. Se ha demostrado una disminución de eventos adversos durante la hospitalización (caídas, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, etc.) y una disminución de la estancia hospitalaria (Hung, 2013).

Las Unidades de Geriatria de Agudos (UGA) son Unidades de Hospitalización dotadas de personal especializado en geriatría y orientadas a atender a personas mayores frágiles (pre-discapacidad) desde un enfoque integral enmarcado en la interdisciplinariedad (Romero, 2009). El equipo está formado fundamentalmente por médicos, equipo de enfermería, trabajador social, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. El objetivo común consiste en prevenir durante el ingreso la inmovilidad, la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la desnutrición, la caída, la depresión y el delirio. Para ello, las plantas de hospitalización disponen de un entorno especialmente diseñado para fomentar la independencia, con pasamanos en los pasillos, relojes y calendarios grandes que permitan la orientación temporal, asientos de inodoro elevados, salas de estar comunes, etc. Los profesionales evalúan a diario la función física, cognitiva y psicosocial, realizan las intervenciones propias de su competencia profesional y planifican el alta de manera coordinada (Romero, 2009; Barnes, 2012; Admi, 2015).

El papel de enfermería en estas Unidades consiste en realizar la valoración integral y del estado de salud de la persona hospitalizada, emplear los instrumentos diagnósticos y las técnicas habituales de enfermería, elaborar y desarrollar un plan de cuidados individualizado, llevar a cabo actividades de prevención y participar en la creación de protocolos específicos de actuación geriátrica. Como miembro del equipo interprofesional debe, además, participar en las sesiones programadas y colaborar en la formación de otros profesionales y en la educación sanitaria a cuidadores (Romero, 2009).

Se ha observado que los pacientes atendidos en las UGAs tienen estancias hospitalarias más cortas, menor riesgo de institucionalización, menor necesidad de dispositivos médicos, menor incidencia de depresión y mayor satisfacción con la atención dispensada. Se produce también una reducción del gasto (Barnes, 2012).

SITUACIÓN ACTUAL EN LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA

A pesar de lo expuesto, son pocos los hospitales de la red pública de España que cuentan en su Cartera de Servicios con la especialidad de Geriatria. En 2006 el Observatorio de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) estimaba que un tercio de los hospitales españoles disponía de algún tipo de asistencia geriátrica especializada (Gómez, 2006). Poco después, el Servicio de Información y Noticias Científicas (SINC), concretaba que solo 38 hospitales españoles estaban dotados con UGAs (SINC, 2008). No parece que en la última década la situación haya cambiado. Diez años después el grupo "Geriatria Basada en la Evidencia" afirma tener detectado el mismo número de hospitales dotados con UGAs, lo que supondría que solo un 11% de los hospitales públicos han desarrollado este recurso (Varela, 2018).

Cuando los hospitales cuentan con asistencia geriátrica pese al esfuerzo de sus médicos y enfermeras, difícilmente puede prestarse una atención coordinada e interdisciplinar. Faltan fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. En el caso de las enfermeras especialistas en geriatría, si bien la especialidad está reconocida oficialmente, no existen plazas destinadas a ser ocupadas exclusivamente por en-

fermeras con dicha titulación. Esto es, puede darse la circunstancia de que la presencia de enfermeras formadas y sensibilizadas en geriatría en plantilla sea anecdótica. Si la opción de que los Servicios de Geriátría dispongan de enfermeras especialistas es minúscula, resulta impensable para otros miembros del equipo de enfermería (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y celadores) en estrecho contacto con sus pacientes.

Romero Rizos dice que ofertar una atención sanitaria de calidad supone identificar las necesidades de salud de los individuos o de un grupo poblacional y destinar los recursos necesarios para satisfacer estas necesidades de forma tan efectiva como el resultado actual del conocimiento permita (Romero, 2009). En el caso de las personas mayores, no parece probable que estas necesidades puedan identificarse si los profesionales sanitarios en contacto con ancianos carecen de formación específica sobre atención y cuidados en la vejez, y si los gestores no incluyen este elemento en sus políticas de calidad asistencial.

SITUACIÓN DESEABLE EN LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA

Los cuidados que las enfermeras prestan en el medio hospitalario a las personas mayores no deben limitarse solo a solventar el problema de salud que motivó el ingreso. Tampoco han de centrarse en exclusiva en la atención a la dependencia establecida o la presencia de síndromes geriátricos. Deben dirigirse también a detectar e intervenir sobre el riesgo de deterioro funcional (Pons, 2016). Por ello, es necesario un cambio de modelo de atención en los hospitales, en el que los profesionales de la salud especializados en Geriátría y Gerontología puedan ocupar el lugar que ahora les corresponde, dispensando cuidados y formando y sensibilizando a profesionales de otras disciplinas que asisten a personas mayores. La realidad socio-demográfica así lo impone.

También deben promocionarse el resto de las especialidades de enfermería oficialmente reconocidas y dirigidas a otros grupos poblacionales específicos (salud mental, pediatría, matronas). Los beneficios obtenidos han de revertir en los pacientes y en el propio Centro. No en vano durante el periodo de formación (2 años) las especialistas consiguen alcanzar competencias asistenciales

específicas para el mejor cuidado de estos grupos poblacionales en los distintos ámbitos asistenciales existentes y competencias investigadoras, docentes y gestoras (Orden SAS/1349/2009; Orden SAS/3225/2009; Orden SAS/1730/2010); Orden SPI/1356/2011).

En cuanto a las enfermeras generalistas, no hay que olvidar que la asistencia sanitaria que se presta en el hospital ofrece sus servicios en las cuestiones y problemas sanitarios de mayor complejidad y que la práctica clínica actualmente, si bien es más efectiva, también resulta más peligrosa (Terol, 2009). En 2005 se estimaba que la incidencia de efectos adversos ligados a la hospitalización era del 8.4% (Aranaz, 2006). Los cuidados que dispensan las enfermeras generalistas, por tanto, deben ir en consonancia con los avances científicos y tecnológicos que se producen día a día en el ámbito de la salud, individualizándose en función de las necesidades de cada persona y del entorno en el que se recibe la asistencia y considerando en todo momento la seguridad del paciente. No se parte de la misma base a la hora de establecer un plan de cuidados individualizado a un “paciente clásico” aquejado de una patología concreta o a una persona en estado crítico o a otra con una enfermedad crónica o en situación de postoperatorio inmediato. Tampoco son las mismas competencias asistenciales las que se desempeñan en una unidad de hospitalización médica “convencional”, en un quirófano, en una unidad de hospitalización quirúrgica, en una consulta, etc.

En resumen, ofrecer cuidados de enfermería de calidad exige poseer formación específica y experiencia en el campo en el que se desempeña la labor asistencial. Ambos aspectos deben valorarse y potenciarse. Una de las herramientas para conseguirlo es dotar a los Centros Asistenciales con plazas para enfermeras especialistas y, en el caso de las enfermeras generalistas, velar por la estabilidad de la plantilla para que el equipo de enfermería pueda tener, por una parte, una trayectoria de progreso y, por otra, la capacidad de asumir la incorporación de nuevos miembros sin que la calidad asistencial que reciben los pacientes pueda verse afectada.

No cabe duda que los profesionales de enfermería como ciudadanos tienen derecho a “acceder en condiciones de igualdad a

las funciones y cargos públicos” y que para ocupar un puesto de trabajo de enfermería el requisito consiste en “estar en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería”. Sin embargo, para los pacientes en general y para las personas mayores en particular supondría un beneficio que sus enfermeras pudieran individualizar la atención que les prestan de acuerdo con la evidencia científica disponible, desde un abordaje integral y adaptado al entorno en el que desarrollan la asistencia clínica. Dicho esto, debería realizarse un esfuerzo para compatibilizar los derechos de los profesionales sanitarios como trabajadores con los de la ciudadanía como usuarios de los Servicios de Salud. No es únicamente un cambio en el modelo de cuidados lo que hace falta para mejorar la calidad asistencial en los hospitales, sino también un cambio en el modelo de gestión. Para la ciudadanía es una cuestión de derecho; para las instituciones, de responsabilidad; y para las enfermeras, de dignidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H. y Zisberg, A. (2015). From research to reality: minimizing the effects of hospitalization on older adults. *Rambam Maimonides Medicine Journal*, 6(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422456/>.
- Aranaz J. M. (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Barnes, D.E., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R., Kowal, J., Chren, MM. y Landefeld, C. S. (2012). Acute Care for Elders Units Produced Shorter Hospital Stays At Lower Cost While Maintaining Patients’ Functional Status. *Health Affairs (Millwood)*, 31, 1227–36.
- Bell, SP., Vasilevskis, E.E., Saraf, A.A., Jacobsen, JML., Kripalani, S., Mixon, A.S., Schnelle, J.F. y Simmons, S.F. (2016). Geriatric Syndromes in Hospitalized Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (4), 715–722.
- Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J. y Secic, M. (2012). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatric Nursing*. 33 (4), 272-279.
- Brown-O’Hara y Tricia MSN, RN. (2013). Geriatric syndromes and their implications for nursing. *Nursing*, 43 (1), 1–3. Disponible en: https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2013/01000/Geriatric_syndromes_and_their_implications_for.1.aspx#.
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Vaughn Dickson, V., Rosenberg, M.C., Wagner, L., Shuluk, J. y Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders – a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117–3125.
- Corujo, E. y Pérez, D. de G. (2007). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). En VV.AA. Tratado de Geriatria para residentes (pp. 47-58). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Farber, J. I., Korc-Grodzicki, B., Du, Q., Leipzig, RM. y Siu, AL. (2011). Operational and quality outcomes of a mobile acute care for the elderly service. *Journal of Hospital Medicine*, 6 (6), 358–63.
- Gómez, J., Ruipérez, I., Rodríguez, A., González, JL. y Maturana, N. (2006). Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41 (1), 77-80.
- Hung, W.W., Ross, J. S., Farber, J., et al. (2013). Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) Service. *Journal of the American Medical Association (JAMA) Internal Medicine*, 173 (11), 990–6.
- McVey, L., Becker, P., Saltz, CC., Feussner, JR. y Cohen, H. J. (1989). Effect of a Geriatric Consultation Team on Functional Status of Elderly Hospitalized Patients: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Annals of Internal Medicine*, 110 (1), 79–84.
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. “Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)”.
- Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.

Pons, M. E., Rebollo, A. y Jiménez, J. V. (2016). Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla? *Enfermería Nefrológica*, 19 (2), 170/173.

Resnick, B., Galik, E., Enders, H., Sobo, K., Hammersla, M., Dustin, I., Boltz, M., Miner, L., y Trotman, S. Pilot. (2011). Testing of Function-Focused Care for Acute Care Intervention. *Journal of Nursing Care Quality*, 26 (2), 169–177.

Rincón, A. (2018). Situación actual de las especialidades de enfermería. Disponible en: <http://planeir.blogspot.com/2014/10/situacion-actual-de-las-especialidades.html> (23/01/2019).

Romero, L., Sánchez, PM. y Abizanda, P. (2009). El anciano en la unidad de geriatría de agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44 (S1), 15–26.

Salech, F., Jara, R. y Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>.

Salvador, L., Fernández, MS. y Murillo, J. (2014). Desnutrición y factores que influyen en la ingesta de alimentos en pacientes hospitalizados: una revisión. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34 (3), 80-91

Segovia, MG. y Torres, EA. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22 (4), 162-166. DOI: 10.4321/S1134-928X2011000400003.

Serra, M. y Germán, JL. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12 (1), 142-151.

Servicio de Información y Noticias Científicas (SINC), (2008). Sólo 38 hospitales españoles cuentan con Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Solo-38-hospitales-espanoles-cuentan-con-Unidades-Geriatricas-de-Agudos-UGA> (25/01/2019).

Terol, E. y Agra, Y. (2009). Seguridad y calidad. La seguridad clínica: Una dimensión esencial de la calidad asistencial. La perspectiva internacional de la seguridad de los pacientes. En: Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J. y Mira J. J. *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Díaz de Santos.

Varela, J. (2018). Unidades de Geriatría de Agudos (UGA): la fuerza de la evidencia. *Avances en Gestión Clínica*. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/03/unidades-de-geriatria-de-agudos-uga-la.html> (25/01/2019).

Villar, MC., Martín, Y., García, MS. y González, A. (2012). Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. *Revista Enfermería Castilla-León*, 4 (2), 21-39.

Zuria, A., González-Torresb, MA. y Gaviriac, M. (2012). El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 247-259.

La enfermera especialista de geriatría en consulta: una apuesta de futuro

Nursing consultations led by nurses specialized in geriatrics

Esperanza Ciervide Gorriz

Servicio de Geriatría (Pabellón E1º). Complejo Hospitalario de Navarra

Resumen:

El Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) se propuso incluir en su Cartera de Servicios una consulta de enfermería orientada a proporcionar cuidados a los ancianos y a su entorno cuidador, cuyo referente profesional fuera una Enfermera Especialista en Geriatría. En este artículo se presenta el proceso de creación y puesta en marcha de esta consulta de enfermería, que ha iniciado su andadura a mediados de 2018.

Palabras clave: enfermera especialista, consulta de enfermería, Geriatría

Summary:

The Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) proposed to include in its Portfolio Services a Geriatrics Nursing consultation led by a nurse specialized in Geriatrics. It aimed at providing care to the elderly and their caregiver. This article presents the creation and implementation process of this nursing consultation that began to work in mid-2018.

Key words: nursing consultation, geriatrics

INTRODUCCIÓN

La orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, dice textualmente:

“La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

En este contexto, las especialistas en enfermería geriátrica, como fuerza social, tienen la responsabilidad específica de suministrar y fomentar la mejor atención enfermera y colaborar con el sistema sociosanitario para la correcta utilización de los recursos, obteniendo como resultado la mejora del coste-beneficio y la calidad de vida de la población anciana.

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la enfermera especialista en geriátrica se inscribe en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El aumento de la población anciana según los datos sociodemográficos y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo justifican, por sí mismos, la importancia de la especialidad de enfermería geriátrica”. (2009)

En la Comunidad Foral de Navarra, el 19,5% de la población total supera los 65 años de edad. Según el Instituto de Estadística de Navarra, 63.114 habitantes tienen más de 75 años (2018). En este contexto (necesidades sociales, sanitarias y demográficas en nuestra Comunidad y roles a desarrollar por enfermería especializada), el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) se propuso incluir en su Cartera de Servicios una consulta de enfermería orientada a proporcionar cuidados a la población anciana y a su entorno cuidador, cuyo referente profesional fuera una Enfermera Especialista en Geriatria.

En este artículo se presenta el proceso de creación y puesta en marcha de esta consulta de enfermería, que ha iniciado su andadura a mediados del año 2018.

PRIMEROS PASOS

Implantar esta consulta supuso para los profesionales implicados en su desarrollo la aceptación de un reto profesional y personal, con grandes interrogantes. Exigió una revisión bibliográfica de artículos en los que se recogía la creación de otras consultas ya existentes y de sus diversas modalidades de atención: consultas programadas y consultas a demanda. Realizada la revisión bibliográfica, se detectaron las siguientes áreas de trabajo:

- Dotación de espacio físico.
- Elaboración de plantilla de trabajo: agenda de trabajo en la consulta y asignación de horarios por actividad.
- Realización de fichas de registro en la Historia Clínica Informatizada (HCI) para recoger las intervenciones de enfermería realizadas, de manera que fuera posible ofrecer al usuario una continuidad de cuidados integral e integrada, en el marco de la interdisciplinariedad, y con otros ámbitos asistenciales.
- Preparación de fichas de registro específicas orientadas a dispensar cuidados integrales e integrados en el marco de la interdisciplinariedad y con otros ámbitos de atención a grupos de población específica. Por ejemplo:
 - Ficha de registro para la detección de riesgo y prevención de caídas, en previsión de que se implante una consulta de caídas.
 - Ficha de registro específica para incluir en HCI la Valoración Enfermera Geriátrica Integral (VEGI), las intervenciones realizadas y la planificación del alta de los pacientes incluidos en la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos que ingresan en la Unidad de Agudos de Geriatria (UGA) del CHN.
- Realización de documentos con recomendaciones de enfermería, para refuerzo de las indicaciones realizadas de forma oral en la consulta.

- Desempeño de la función docente:
 - Colaboración en la formación de estudiantes de grado de Enfermería.
 - Participación en la formación de Enfermeros Residentes de Geriatría.
 - Colaboración en la Formación Transversal MIR/EIR.
 - Participación en la Formación Continuada del CHN.

APLICACIÓN

- **En relación con el espacio físico**

Se diseñó un espacio físico próximo a la UGA del CHN que permitiera el trabajo autónomo y, en ocasiones, compartido con otros profesionales del equipo: fisioterapeuta, geriatra, trabajador social. La consulta se dotó con:

- Tecnología para valoración física geriátrica: balanza, tallímetro, pulsioxímetro, esfigomanómetros, fonendoscopio, etc.
- Sistema informático: HCI, acceso a bases de datos, acceso a Intranet, etc.
- Documentación elaborada por el Depar-

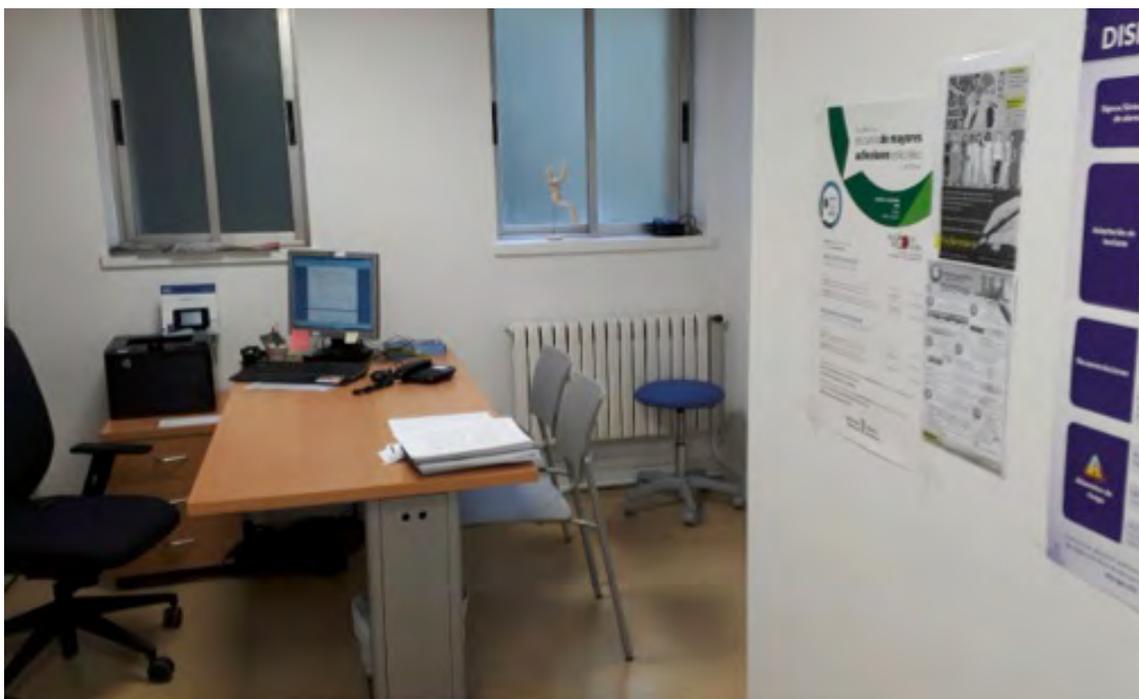
tamento de Salud Pública de Gobierno de Navarra para gestión del autocuidado: alimentación, ejercicio físico, etc.

Con la puesta en marcha de la consulta se ha observado que su ubicación física permite mantener contacto directo con la UGA, situada en el pabellón E del CHN-A (antiguo Hospital). Esto ofrece mayor agilidad para la intervención de enfermería, aunque dificulta en gran medida el acceso al Centro de Consultas Príncipe de Viana (CCPV), donde se realizan exploraciones complementarias (controles analíticos, ECG, RX) de pacientes que en muchas ocasiones tienen movilidad reducida, así como mayor dificultad para acceder con transporte tanto personal como adaptado-ambulancia.

- **En referencia a la elaboración de plantilla de trabajo**

La consulta de enfermería se lleva a cabo en turno de mañana, en días laborables y de 8 a 15 horas. Se genera a demanda de otros profesionales (geriatras, enfermeros de la UGA) y a criterio de la propia enfermera de la consulta.

La actividad se desarrolla en formato presencial y, mayoritariamente, vía telefónica; así como a través de los propios registros realizados en la HCI.



La distribución de tareas que se prevé realizar en la consulta (agenda de trabajo) se ha ido adaptando a las necesidades y circunstancias. Al principio, por ejemplo, se compartía espacio físico con geriatras. Posteriormente, se diferenciaron dos espacios intercomunicados por una puerta común para favorecer la actividad específica y autónoma de cada profesional de manera coordinada. De esta forma, el campo de actuación de la consulta de enfermería se ha ampliado, dando cabida a la demanda asistencial originada en las consultas médicas de geriatría, y a la demanda originada en otros ámbitos (unidad de hospitalización, atención Primaria) en los que la enfermera especialista en geriatría actúa como enfermera de enlace.

El proceso de diseño de la plantilla de trabajo es dinámico y, previsiblemente, continuará modificándose. De hecho, actualmente se detecta falta de tiempo disponible para desarrollar actividad de enfermería de carácter autónomo dirigida a pacientes no hospitalizados y a su entorno de cuidados.

• **Creación de fichas de registro de la actividad de enfermera para la inclusión de las intervenciones realizadas a cada paciente en su HCI**

Para registrar adecuadamente la VEGI realizada a cada paciente hubo que preparar una ficha que permitiera la inclusión de los test de valoración realizados y que, además, fuera compatible con el programa informático de HCI.

Para elaborar la ficha de valoración se siguió el guion de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (2014), enfermera que ha contribuido de modo significativo al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (Gordon, 2007). La valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon enfoca su atención sobre 11 áreas, lo cual facilita tanto la recogida de datos como la planificación e intervención de enfermería (2007).

Tras la realización de la ficha de registro se contó con la colaboración de la Unidad de Calidad en Cuidados y Sistemas de Información, que creó el formato para la HCI. La ficha se pilotó durante 1 mes y se estableció la actual, que está pendiente de nueva revisión.

La recogida de datos en esta ficha integrada en HCI facilita la realización de los Informes de Continuidad de Cuidados, elemento imprescindible en la atención de la persona anciana y de su entorno cuidador, puesto que permite dispensar continuidad asistencial desde una perspectiva integral e integrada, en el marco de la interdisciplinariedad y en coordinación con otros ámbitos asistenciales (Comunitaria, Especializada y, previsiblemente, en el espacio Sociosanitario).

• **Respecto a la preparación de recomendaciones enfermeras**

Durante la actividad asistencial de la consulta de enfermería, tras valorar las necesidades de los ancianos y de su entorno cuidador, y realizar las intervenciones necesarias, es preciso aportar, a modo de refuerzo, recomendaciones de salud orales y escritas, de las que los usuarios puedan beneficiarse. En las personas mayores existen signos y síntomas que se manifiestan con frecuencia y que pueden originar incapacidad funcional y social. Estos signos y síntomas, que en ocasiones pueden constituir manifestaciones clínicas de un problema agudo de salud, se denominan Síndromes Geriátricos (Luengo, 2007; Tabloski, 2010; Oinuye, 2007; Brown-O'Hara, 2013).

Siguiendo los Síndromes Geriátricos se elaboraron recomendaciones para facilitar en el domicilio habitual el manejo de:

- Incontinencia urinaria.
- Incontinencia Fecal.
- Estreñimiento.
- Dolor.
- Déficit visual.
- Déficit auditivo.
- Deterioro de la deglución: disfagia.

- Insomnio.
- Conducta sexual inapropiada.
- Síndrome de la sombra.
- Síndrome del atardecer.
- Pérdida de objetos.
- Comunicación con persona con demencia.
- Prevención de caídas en entorno domiciliario.
- Alteraciones nutricionales.
- Síndrome del cuidador.

Se contó con la colaboración de la Unidad de Calidad en Cuidados y Sistemas de Información para dar a los documentos creados el formato oficial de las Recomendaciones de Enfermería que el CHN facilita a pacientes de otras disciplinas médicas. Este apoyo ha permitido que personas mayores no asignadas a Geriátrica puedan, sin embargo, beneficiarse de éstas al poder ser empleadas por profesionales de otros Servicios Médicos y de otros niveles de atención.

• **Realización de fichas de registro específicas:**

Se elaboraron dos fichas de registro orientadas a dispensar cuidados integrales e integrados en el marco de la interdisciplinariedad y con otros ámbitos de atención a grupos de población específica: la ficha de detección de riesgo y prevención de caídas, y la ficha de registro de enfermería en historia clínica, que incluye la Valoración Enfermera Geriátrica Integral (VEGI), las intervenciones realizadas y la planificación del alta de los pacientes incluidos en la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos que ingresan en la Unidad de Agudos de Geriátrica (UGA) del CHN.

En cuanto a la ficha de registro para la detección y prevención de caídas

Siguiendo la premisa de que la función es la que determina la expectativa de vida en la población anciana y su calidad de vida, uno de los objetivos de las intervenciones enfermeras consiste en intervenir de forma proactiva con

personas ancianas en situación de pre-fragilidad o fragilidad para mantener un nivel funcional que permita el mayor grado de autonomía (libre de incapacidad) durante el mayor tiempo posible (EUNESE, 2012; Consejo Interterritorial del SNS, 2014; Lee, 2013). Así nos centramos, como enfermeros especialistas en geriatría, en la funcionalidad y no exclusivamente en la enfermedad. Por ello es preciso conocer:

- Qué es la fragilidad: estado de pre-discapacidad, de riesgo de discapacidad, de hospitalización, de caídas y de pérdida de movilidad (EUNESE, 2012; Consejo Interterritorial del SNS, 2014; Lee, 2013); y cómo intervenir de manera proactiva para prevenirla o reducirla.
- Qué repercusión tiene la inactividad.
- Qué es la sarcopenia: pérdida de masa y potencia muscular que se produce a consecuencia del envejecimiento o por llevar una vida sedentaria (EUNESE, 2012; Consejo Interterritorial del SNS, 2014; Lee, 2013).
- Qué son las caídas.

La ficha de enfermería elaborada en previsión de implantar una consulta de caídas está actualmente pendiente de revisión por parte de la Unidad de Calidad en Cuidados y Sistemas de Información. Hasta la fecha consta de los siguientes campos:

• **Valoración geriátrica integral**

1. Situación social.
2. Parámetros antropométricos.
3. Toma de constantes vitales y valoración de ortostatismo (influencia de la postura erecta del cuerpo sobre la función de los órganos, en particular sobre la presión arterial) (Bayona, 2002).
4. Mini mental: test de carácter cognitivo que se utiliza para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y para seguir la evolución de esta (Consejo Interterritorial del SNS, 2014).
5. Barthel: instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar 10

actividades de la vida diaria, que se consideran básicas. En esta consulta se consideran especialmente la incontinencia y los sensorios (Consejo Interterritorial del SNS, 2014; Moruno, 2006).

6. Lawton: escala que evalúa la capacidad para realizar actividades instrumentales. En esta consulta se considera especialmente la capacidad de responsabilizarse del manejo de fármacos (Consejo Interterritorial del SNS, 2014).

7. SPPB (Short Physical Performance Battery): batería de valoración de la función física que explora el equilibrio, la velocidad de la marcha y la fuerza en las piernas (Consejo Interterritorial del SNS, 2014).

8. Valoración del MNA (Mini Nutritional Assessment): escala para evaluar el estado nutricional (Consejo Interterritorial del SNS, 2014).

9. Conocimiento del tratamiento farmacológico.

• **Recomendaciones enfermeras:**

1. Ejercicio físico personalizado según el resultado obtenido en el SPPB y basado en el Programa de Ejercicio Multicomponente VIVIFRAIL (Izquierdo, 2017) oral y con documentación escrita y APPs.

2. Recomendaciones en caso de hipotensión ortostática (Bayona, 2002).

3. Recomendaciones en caso de afectación visual y/o auditiva.

What is Orthostatic Hypotension?

If the systolic blood pressure falls by more than 20 millimeters of mercury (mmHg) between lying flat and standing up, this is called *orthostatic hypotension*. By consensus, experts define *orthostatic hypotension* in terms of a fall in the systolic blood pressure by at least 20 mmHg and a fall in diastolic blood pressure by at least 10 mmHg between lying down and standing up at least 3 minutes. Doctors sometimes use different definitions, but the 20 mm Hg fall in systolic blood pressure seems to be a common theme in research reports.

To diagnose orthostatic hypotension, the fall in blood pressure with standing should be a consistent, persistent finding.

Orthostatic hypotension is a key sign of failure to tighten blood vessels reflexively by activation of the sympathetic noradrenergic system. In other words, orthostatic hypotension is a sign of sympathetic neurocirculatory failure. Any of several diseases can produce orthostatic hypotension from sympathetic neurocirculatory failure. These include diabetes, amyloidosis, pure autonomic failure (PAF), multiple system atrophy (MSA), Parkinson disease (PD), and autoimmune autonomic ganglionopathy (AAG).

There are several other dysautonomias in which the patients cannot tolerate prolonged standing, even though they do not have persistent, consistent *orthostatic hypotension*. These disorders come under the heading, **chronic orthostatic intolerance**.

Orthostatic hypotension can also result from conditions that cause depletion of blood volume, such as heavy menstrual periods or gastrointestinal hemorrhage from a bleeding ulcer. Any of several drugs can do this, including tricyclics, monoamine oxidase inhibitors, and ganglion blockers.

Failure of the sympathetic noradrenergic system to regulate blood pressure occurs in both persistent diseases (e.g., diabetes) and in occasional episodes (e.g., fainting reactions). **Orthostatic hypotension refers to a persistent, consistent problem, not episodes.**

Causes
Sensors in the carotid arteries and aorta don't respond to falling blood pressure.
The heart fails to beat faster to compensate for blood pooling.
Blood pools in veins in abdomen and legs because of gravity.

Consequence
Lightheadedness and dizziness occur because not enough blood is reaching the brain.

Dysautonomias: A Handbook for Patients
David S. Goldstein, MD PhD

4. Recomendaciones nutricionales: Importancia de la ingesta proteica y de los requerimientos de la Vitamina D.
5. Recomendaciones de adaptaciones del entorno (medidas ambientales) para la prevención de caídas.
6. Recomendaciones sobre efecto de los fármacos prescritos.

• **Citaciones para consulta de enfermería: reevaluar la actividad física.**

En cuanto a la ficha de registro de enfermería en historia clínica:

Se trata de una ficha de registro específica para incluir en HCI la VEGI, las intervenciones realizadas y la planificación de alta de los pacientes que pertenecen a la citada Estrategia Navarra de Crónicos y Pluripatológicos e ingresan en la UGA del CHN.

Esta Estrategia se concibe como un instrumento de transformación del Modelo de Atención para conseguir resultados de salud en pacientes con procesos crónicos (Ibarrola 2013). En este sentido, la enfermera de consulta de Geriátrica está realizando también la labor de Enfermera de Enlace de Geriátrica.

Una enfermera de enlace se coordina con profesionales de otros ámbitos asistenciales, fundamentalmente de Atención Primaria, para proporcionar al usuario continuidad de cuidado: gestiona citas para atención especializada e incluso la hospitalización, si es necesario (Jodar, 2005). Entre sus funciones se incluye la atención al entorno de cuidados ya que los cuidadores, a su vez, pueden manifestar problemas de salud relacionados con el esfuerzo que supone proporcionar cuidados a personas dependientes de manera continuada (Afa contigo, 2006; Alberca, 2010; The Journal of the Alzheimer's Association, 2011; CEFA, 2011; Vila, 2005).

En esta consulta en concreto, su actividad se centra en la atención de aquellos pacientes pertenecientes a "Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos-Geriátrica" y a "Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos-Demencia Geriátrica" que ingresan en la UGA. Se realiza la VEGI al ingreso, se detectan las necesida-

Recomendaciones de Enfermería

Alteración del sueño: Insomnio

Representa un problema de salud que repercute en la calidad de vida de la persona y de la persona cuidadora.
Es muy frecuente en pacientes con demencia.

Causas

- Entorno no adecuado para dormir
- Cambios en el ritmo de vida
- Falta de actividad física
- Estreñimiento
- Dolor
- Determinadas enfermedades

Recomendaciones

- Disponga horarios fijos para levantar y acostar
- Evite las siestas ("cabezadas") durante el día. Puede descansar 30 minutos durante el mediodía
- Facilite la cena dos o tres horas antes de ir a la cama
- Disminuya la toma de líquidos a partir de media tarde
- Limite la toma de alimentos o bebidas que alteren el sueño: té, alcohol, café, chocolate...
- Mantenga la temperatura del dormitorio adecuada a la estación del año.
- Disponga de una luz tenue que le permita ver si necesita levantarse. Mantenga el orden del mobiliario
- Aproveche la luz solar por el día. Por la noche baje la intensidad de la luz
- Favorezca la actividad física hasta media tarde y a partir de ahí vaya disminuyendo estímulos progresivamente
- Procure la utilización de la cama solo para dormir
- Realice de manera sistemática los rituales previos a dormir: W.C, aseo, etc., intentando respetar los mismos horarios
- Si utiliza pañal, adecúe la absorción para evitar escapes
- Si hay despertares por la noche, evite la confrontación. Procure mantener la calma



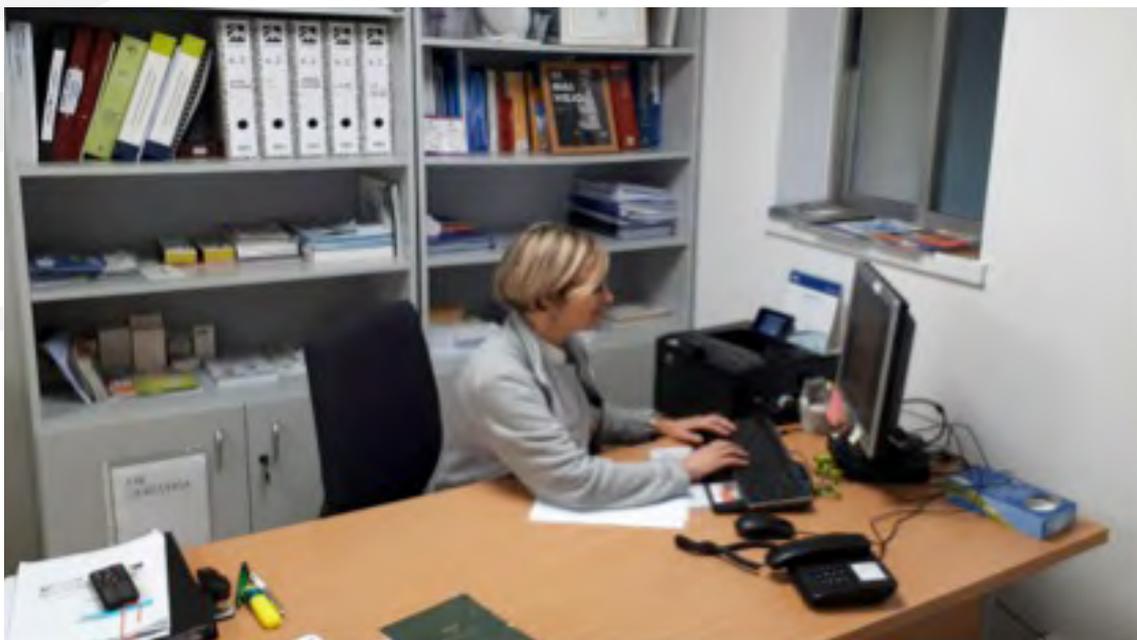
Enfermería CHN 2018

des funcionales, físicas, psicológicas y sociales que son susceptibles de intervención y se coordina el alta desde la UGA con otros niveles asistenciales. Así mismo, se evalúa la situación del entorno cuidador.

Desempeño de la función docente

La formación de nuevos profesionales requiere no solo conocimientos teóricos sino también valores y habilidades adquiridas a través de la experiencia. Se desarrolla en tiempo real, con grado de supervisión variable en función de los objetivos docentes predeterminados en cada caso.

La colaboración con las actividades de formación continuada del CHN se desarrolla a través de la participación en sesiones de formación y el apoyo en la realización de protocolos y procedimientos de actuación como, por ejemplo, el manejo no farmacológico del síndrome confusional agudo.



CONCLUSIONES

La creación de una consulta de Enfermería de Geriátría en el CHN ha supuesto la aceptación de un reto profesional y personal para los profesionales implicados en su implantación, con grandes interrogantes. Su mantenimiento es un proceso dinámico sujeto a evaluación continua de acuerdo con las exigencias que los pacientes y la sociedad demanden.

Nuestra labor como enfermeras especialistas en geriatría tiene un futuro alentador por la posibilidad de desempeñar nuestro trabajo en múltiples ámbitos: atención comunitaria, atención especializada, atención sociosanitaria, asesoramiento en departamentos de gestión de cuidados.

La población a la que nos dirigimos es numerosa, heterogénea y predominantemente femenina. Nuestras intervenciones deben ir dirigidas a preservar sus capacidades y maximizar su autonomía, desde una visión proactiva y no “de enfermedad” como veníamos realizando hasta ahora.

En la labor diaria debemos recordar nuestro compromiso como especialistas en geriatría sobre:

- La defensa de los derechos de las personas ancianas.

- Evitar los estereotipos negativos vinculados a la vejez.
- La educación al anciano y su entorno en salud, enfermedad, tratamientos y rehabilitación.
- La consultoría y asesoría a otros profesionales con quienes se comparten los cuidados del anciano y su entorno cuidador.
- La investigación enfermera para el desarrollo de la propia disciplina y especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

Alberca, R. y López Pousa, S. (2010). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

AFAL Contigo (2006). *Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer*. Aula Diez.

Bayona, C. A., Santiago, J. M., Oriol, A., y Muñoz, J. M. (2002). Tensión arterial: Hipotensión ortostática en el anciano. *MEDIFAM*. 12, 9, 12, 563-576.

Brown-O' Hara, T. (2013). Síndromes geriátricos y sus implicaciones para enfermería. *Nursing*, 43 (1), 1-3.

- Boletín Oficial del Estado. 2009. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Núm. 288, Sec. III, pág. 101976.
- CEAFA (2011). Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el domicilio.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Documento aprobado el 11 de junio de 2014.
- European Network for Safety among Elderly (EUNESE) (2012). Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. Seguridad de las personas de edad avanzada centrada en las lesiones accidentales. Center for Research and Prevention of Injuries-CEREPRI Department of Hygiene & Epidemiology, School of Medicine, Athens University. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4755248/boletín-informativo-prevención>.
- Gordon, M. (2007). Manual de diagnósticos de enfermería. España: McGraw-Hill de Interamericana de España.
- Gordon, M. (2014). Manual of nursing diagnosis. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Ibarrola, C., Sanz, A., Iribarren, I., Yurss, I., Peralta, V. y Gabilondo (2013). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E. y Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (5), 780–791.
- Instituto de Estadística de Navarra (2018). Estadística del Padrón Continuo de la Comunidad Foral de Navarra. Disponible en: <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=1>
- Izquierdo, M., Casas, A., Zambon, F., Martínez, N., Alonso, C. y Rodríguez, L. (2017). Programa de ejercicio físico multicomponente VIVIFRAIL. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Disponible en http://www.semeg.es/profesionales/actualidad/_/guia-vivifrail-en-espanol.html.
- Jódar, G., Cadena, A., Parellada, N. y Martínez, J. (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Atención Primaria*. 36, 10, 558-62. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13082489>
- Lee, M., Lee, K. W. y Khang, P. (2013). Prevención de caídas en la población geriátrica. *The Permanente Journal*. 17 (4), 37-39.
- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, M. J. y Romero, L. (2007). Justificación, concepto e importancia de los Síndromes Geriátricos, tratado para residentes. En C. Luengo Márquez., (Ed.) (2007), *Tratado de Geriatria para Residentes* (pp 143-150). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Moruno, P. y Romero, D. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Madrid: Elsevier.
- Tabloski, P.A. (2010). *Enfermería Gerontológica*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- The Journal of the Alzheimer's Association (2011). *Alzheimer's & Dementia*, 7 (3), 253-256.
- Vila, J. (2005). *Guía Práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer*. España: Eumo Octaedro.

La enfermera especialista en geriatría: gestionar una residencia e implementar el modelo de atención centrada en la persona

Nurse specialized in geriatrics: managing an elder people's home and implementing the person centred attention model

Brígida Argote Martínez de Lagrán

Residencia Lakua (Instituto Foral Bienestar Social de Álava). Vitoria-Gasteiz

Resumen

En los últimos años se está desarrollando un movimiento que busca la humanización del cuidado de las personas mayores y el modelo que más se ajusta a este objetivo es la Atención Integral Centrada en la Persona.

La excelencia en la atención a las personas mayores, sobre todo en situación de fragilidad o vulnerabilidad, va más allá que la de prestar un servicio de calidad. Se trata de lograr apoyos que ayuden a la persona mayor a llevar la mejor vida posible, teniendo en cuenta sus valores, gustos y preferencias, en instituciones justas que garanticen el respeto de los derechos fundamentales.

El presente artículo trata de argumentar la importancia del papel de la Enfermera especialista en Geriatría en un centro residencial (Residencia Lakua), no solo como dispensadora de cuidados, sino como líder de un equipo interdisciplinar a la hora de implementar un modelo de atención que mejore la calidad de vida de las personas mayores y como gestora de organizaciones responsables de su cuidado.

Palabra clave: atención centrada en la persona, plan de atención individualizado, enfermera, gestión, coordinación.

Abstract

Over the last few years, a new movement is being developed which seeks the humanization of the care of elder people, and the model that suits better to this, is the Person Centred Attention model.

The excellence in the attention of elder people, mainly in conditions of fragility and vulnerability, goes further from providing a quality service. It consists on finding supports that help elder people living the best life possible, taking in consideration their values, likes and preferences, in fair institutions that ensure respect of their fundamental rights.

This article is about debating the importance of the role of nurses specialized in geriatrics in elder people's homes (Lakua), not only as a person who provides cares, but as a leader of an interdisciplinary team when having to implement a care model that improves the quality of elder people's lives, and as a manager in organizations responsible of their care.

Key words: person centred attention, individualized attention plan, nurse, management, coordination

INTRODUCCIÓN

Estamos asistiendo a un cambio importante y vertiginoso en nuestra sociedad. El envejecimiento de la población es un hecho. Según las proyecciones realizadas por el INE, en España, en el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población. Los octogenarios llegarán a superar la cifra de cuatro millones.

También ha cambiado el perfil de las personas mayores que viven en residencias o centros sociosanitarios. En general, son muy mayores, más frágiles, dependientes, con características más complejas y que requieren cuidados más profesionalizados.

Esta situación requiere que los equipos profesionales y las organizaciones sanitarias y sociales realicen un esfuerzo de adaptación a estos cambios y capacitación para ofrecer una atención de calidad a la persona mayor. También se debe cuestionar las implicaciones que todo el nuevo contexto tiene en la forma de trabajo y en la relación con las personas mayores, sus familias y con el equipo de trabajo. ¿Cuáles son los conocimientos, habilidades y actitudes que se deben adquirir y cuál debe ser el rol para llegar a ser un buen profesional?

La atención a las personas mayores ha de ser integral, continua, personalizada, interdisciplinaria e interinstitucional, centrada en la persona, que visualice sus capacidades y que les facilite los apoyos necesarios para poder llevar “la mejor vida posible”, en una sociedad justa que garantice la igualdad de oportunidades (Martínez, 2011). Este objetivo implica que la Atención ha de estar más Centrada en la Persona, menos en la organización y coordinada con otros profesionales y sistemas, de manera que se garantice la continuidad de los cuidados con independencia del nivel asistencial en el que se encuentre la persona.

La Enfermería es una profesión especialmente dirigida a las personas y constituye el motor de las organizaciones sanitarias desde el momento en que la gestión de los cuidados es parte intrínseca de la profesión enfermera. En el caso de las enfermeras geriátricas, nos encargamos no solo del cuidado de las personas mayores sino también de su familia, de sus cuidadores y de su entorno comunitario.

Por ello, es necesaria la presencia de enfermeras en los centros de atención a personas en situación de dependencia. No se trata solo de realizar planes de cuidados, sino también gestionar la organización, los recursos humanos y materiales y liderar los equipos formados por profesionales de distintas disciplinas (enfermería, medicina, psicología, trabajo social, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, etc.). Todos estos equipos tienen un objetivo común: la atención y los cuidados de calidad, y con calidez, de las personas mayores.

Parafraseando lo expuesto por la gerontóloga social Lourdes Bermejo en una de sus conferencias, *“la ayuda a las personas mayores debe ser para que la vida les merezca la pena”*.

La vida en una residencia está sometida a una serie de condicionantes que vienen dados por las necesidades de convivencia y organización. La sociedad está demandando nuevos modelos de atención, menos paternalistas, en los que la persona mayor sea el centro de la atención y pueda tener los apoyos suficientes para poder seguir tomando decisiones en los asuntos que le afectan y llevar el control de su propia vida (SIIS, 2011).

Aunque queda mucha tarea pendiente, se está asistiendo a un proceso de humanización y dignificación de las residencias (SIIS, 2011). Asimismo, se están introduciendo cambios que garantizan la mejora continua de la atención.

Este cuidado va más allá de la ejecución de tareas rutinarias: son necesarias aptitudes y competencias para poder tomar decisiones y realizar intervenciones que respondan a las necesidades de las personas. Este compromiso requiere, según se recoge en la literatura, que la enfermera lleve a cabo un proceso de reflexión, integre las creencias y valores de las personas, aplique los conocimientos, el juicio clínico y la intuición, organice los recursos y evalúe la calidad de las intervenciones.

El Marco europeo de competencias básicas para profesionales que trabajan con personas mayores (ELLAN, 2016) establece que el nivel de competencia del profesional viene dado por su capacidad para hacer frente a la complejidad, a la imprevisibilidad y al cambio.

Según el Documento de consenso sobre Competencias Comunes de los Profesionales de la Gerontología Clínica y Social, publicado por el Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG (2013), las competencias comunes de los profesionales de la Geriatría y la Gerontología son:

- Saberes teóricos y conceptuales (conocimientos): Saber qué.
- Saberes prácticos o procedimentales contextualizados y reflexivos (destrezas): Saber hacer y saber sobre este hacer.
- Saberes actitudinales y éticos (personas): Saber ser, estar, para qué y por qué.

Conceptos como la optimización de recursos, la identificación y resolución de problemas, la necesidad de cambio, la satisfacción de usuarios y profesionales, la introducción de la ética en la práctica profesional, etc., constituyen una muestra de la evolución del papel de la enfermera, siempre encaminado hacia la calidad en los cuidados.

LA ENFERMERA COMO GESTORA DE UN CENTRO RESIDENCIAL

En el año 1996, y en el marco del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava (IFBS), un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, que trabajan en centros residenciales, participó en la elaboración del Manual de Buena Práctica para Residencias de Personas Ancianas. En él se hacía referencia a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con una filosofía asistencial basada en los derechos individuales y orientaba las diferentes intervenciones profesionales a respetar el derecho que las personas tienen *“a llevar, en la medida de sus deseos, una vida lo más normal posible, derecho a la oportunidad de vivir, aprender y disfrutar del ocio y del tiempo libre, sin ser excluidos de los riesgos inherentes a la vida diaria”* (IFBS, 1996).

Por otra parte, consideraba que el perfil profesional más cualificado para gestionar y dirigir los Centros de Día y las Residencias de Personas Mayores con una capacidad de menos de 100 plazas era el de Enfermería. Así continúa en la actualidad. Las residencias con un número de plazas

de 100 o más personas son gestionadas por enfermeras supervisoras: organizan, planifican, dirigen, lideran, evalúan, detectan, proponen los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad y valoran la eficacia y la eficiencia de la actividad de los miembros del equipo, detectando posibles áreas de mejora y proponiendo formas de implementar esas mejoras.

En definitiva, el rol que la Enfermera gestora desempeña en una residencia es el de llevar a cabo una serie de intervenciones y estrategias encaminadas a la consecución de los siguientes objetivos:

- Prestar cuidados y atención geriátrica y gerontológica de calidad a las personas mayores, acordes a su dignidad y derechos
- Desarrollar una metodología de trabajo basada en la interdisciplinariedad para que la atención sea integral y tenga en cuenta las dimensiones de Calidad y Vida.
- Impulsar y favorecer la motivación y la formación continuada en los profesionales y crear cultura de equipo.
- Impulsar y liderar una organización de profesionales competentes que trabajen en equipo.
- Gestionar los recursos humanos adscritos al Centro mediante la creación y mantenimiento de espacios de reflexión, encuentro y deliberación que permitan compartir iniciativas, inquietudes y detectar áreas de mejora en aras a crear un clima laboral agradable.
- Informar, formar y apoyar a las familias, ajustando las expectativas sobre la atención que se les presta y pactar con ellas las formas de cooperación en los cuidados de su familiar.
- Mantener las instalaciones y proponer iniciativas que hagan del centro un lugar agradable y acogedor para las personas mayores que allí viven y sus familias y para los profesionales que prestan los cuidados.

En definitiva, hacer de la residencia, lo que ha venido a denominarse como “un lugar para vivir”.

IMPLANTACIÓN DEL MODELO ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP) EN UN CENTRO RESIDENCIAL PÚBLICO

Durante estos años hemos tratado de que nuestras rutinas e intervenciones estuvieran basadas en la promoción de la autonomía, el respeto a los derechos de las personas mayores y la no exclusión automática, de las personas mayores, de los riesgos inherentes a la vida diaria.

Para ello, desde instancias del IFBS y otras instancias autonómicas se pusieron en marcha varias acciones como: los Planes de Atención Individualizada, el procedimiento de quejas y sugerencias, la familia como fuente complementaria de cuidados, se aprobó el Estatuto Básico de Centros para Personas Mayores del que emanan los Reglamentos Internos de cada centro. De igual forma y a instancias del IFBS, se conocieron experiencias que se estaban llevando a cabo en Nykobing (Dinamarca).

Sin embargo, aunque el término “atención individualizada” era muy común, lo cierto es que quedaba mucho camino por recorrer para avanzar la plena implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la residencia Lakua.

En junio de 2011, Teresa Martínez y cols., elaboraron una Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Quedaba patente que, aunque estaba iniciado el camino que llevaría a ese modelo de atención, todavía existía un trato paternalista con las personas mayores residentes. Se quería avanzar en esa senda para mejorar la calidad de vida de estas personas.

METODOLOGÍA

Todos los técnicos de la Residencia Lakua comparten la misma herramienta asistencial informática (Resiplus), a excepción de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAEs), que son los profesionales de atención directa necesarios para garantizar una atención personalizada, integral y centrada en la persona.

Por ello, se han planteado los siguientes objetivos para la residencia siguiendo la propuesta de Schallock y Verdugo (2007):

- Dar formación a los profesionales para dotarles de competencias dirigidas a dar una atención individualizada, según el modelo de atención de Calidad y Vida.
- Fomentar la participación de la persona mayor y/o familiar en la elaboración de su PAI (Plan de atención individualizada), posibilitando los apoyos que requiera en la toma de decisiones sobre aquellos aspectos que le afecten.
- Crear cohesión en el equipo de centro e incorporar en él a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Informar a las personas mayores, familias y/o allegados de la implementación del modelo AICP.

Se llevó a cabo una formación inicial general, que fue impartida por una persona experta en el Modelo AICP a todo el equipo multidisciplinar: dirección, profesionales de enfermería, medicina, psicología, TCAEs, trabajo social, fisioterapia, animador sociocultural, etc. Cuatro meses después, la misma persona formadora efectuó asesorías con los equipos de cada unidad para evaluar lo que se estaba haciendo y poder detectar áreas de mejora.

A esta formación no era posible que asistieran todos los profesionales por igual y al mismo tiempo, por lo que se elaboró, junto con las supervisoras de cada unidad, una Guía de orientación sobre los aspectos a tener en cuenta para que la persona mayor pueda llevar a cabo su proyecto de vida. Se realizaron una serie de reuniones con cada equipo.

Además de llevar a cabo la Valoración Geriátrica Integral y personalizada de las personas mayores, se introdujeron los ítems del Modelo de calidad de vida de Shallock y Verdugo (2007), teniendo en cuenta su biografía o historia de vida, sus capacidades, y contando con la participación de la propia persona mayor y/o su familiar o persona de referencia, ya que este es uno de los elementos claves en el avance de la implementación del modelo AICP en centros sociosanitarios.

Se trataba de recoger datos sobre sus capacidades (experiencias, conocimientos, habilidades, aficiones), sus limitaciones, hábitos, preferencias, deseos y necesidades.

Para poder cumplir el tercer objetivo arriba mencionado, dotamos a los TCAEs de cada unidad de un equipo informático, en el que se instaló la herramienta asistencial empleada por el resto de técnicos. De esta forma la totalidad de profesionales estaban en red y podían compartir la información necesaria para prestar una atención de calidad, integral y continuada a la persona usuaria.

Una vez que el conjunto de profesionales compartía la misma herramienta y el mismo lenguaje, se estableció cuándo y cómo aplicar los acuerdos adoptados al respecto fueron:

- Los Planes de Atención Individualizada (en adelante PAIs) se comenzarán a aplicar con los nuevos ingresos o con aquellas personas mayores que, por diferentes motivos (cambio en su situación de salud, problemática social, alteraciones neuropsicológicas, etc.), se considera conveniente que el equipo efectúe una valoración.
- Se posibilitará que la persona mayor y/o su familia o allegados puedan participar, si así lo desean, en la reunión en la que se realice su valoración. En el caso de no poder participar, se les trasladará, posteriormente, información sobre la misma.
- Se asigna un profesional de referencia, que va a ser quien lleve a cabo la recogida y el registro de la información, participe en la valoración del usuario y sea el responsable del seguimiento y evaluación del PAI de cada persona.
- Se establece que la persona que va a convocar, coordinar y liderar estas reuniones sea la supervisora (para los equipos de residencia) o las responsables de los centros de día (para los equipos de estos servicios) (Martínez, 2011).
- Se establece la periodicidad de las revisiones de los PAIs realizados.
- Se determina el sistema de registro de la información, de la comunicación y coordinación entre el equipo y el conjunto de profesionales de los diferentes turnos de trabajo.

Esta metodología de trabajo se lleva a cabo en reuniones interdisciplinares que son coordinadas y lideradas por enfermeras gestoras: supervisoras, responsables de centros de día o directoras de centro. En esas reuniones, se establecen unos objetivos de mejora y una posterior evaluación de los mismos.

En cuanto a la información a las personas mayores, familiares y/o allegados, en los nueve centros (residencias y centros de día) de la Diputación Foral de Álava existen unos órganos de participación a través de los cuales las personas mayores y/o sus familias o allegados tienen derecho a participar directa o indirectamente en las decisiones que les afecten y en el funcionamiento de los centros. Periódicamente se celebran reuniones con los representantes de las personas mayores (Junta de Gobierno) y las familias. Se utilizan estos foros para trasladar la información sobre el nuevo procedimiento a implementar en la valoración integral y la elaboración de la historia de vida de la persona mayor.

RESULTADOS

- El ritmo de implementación en cada equipo fue diferente; sin embargo, en los nueve meses posteriores al inicio del modelo, todos utilizaban la misma herramienta y el mismo lenguaje.
- La incorporación de equipos informáticos en el colectivo de TCAEs y la integración de su trabajo en la red con el mismo programa que el resto de disciplinas generaron motivación y cohesión en los equipos. Además, ha supuesto una profesionalización de los mismos.
- Tanto las personas mayores como sus familiares manifestaron mayor satisfacción y bienestar. Los primeros, porque participaban en la toma de las decisiones y en el planteamiento de objetivos, lo que facilitó su consecución. En cuanto a las familias, manifestaban sentirse integradas en el centro y satisfechas porque se fomentaban las relaciones familiares y podían ser copartícipes, si lo deseaban y la persona mayor lo permitía, de sus cuidados y del bienestar de su familiar.

CONCLUSIONES

Para instaurar cualquier cambio en la práctica asistencial, en la rutina y organización, son necesarios la formación y el acompañamiento a los profesionales. El modelo AICP implantado percibe a la persona mayor como un individuo sujeto de derechos, lo que aumenta considerablemente su autonomía decisoria y su bienestar personal. Genera bienestar en las personas mayores y en sus familias, y se transmite al equipo asistencial, para el que supone un elemento motivador.

Los profesionales se han hecho conscientes del riesgo de etiquetación, infravaloración y paternalismo en la atención a las personas mayores. El ámbito geriátrico sigue considerándose de segunda división, pero es precisamente en él donde la enfermera se manifiesta como líder auténtica en la atención a las personas mayores. Por tanto, hay que insistir en la creación de espacios de reflexión dentro del ámbito asistencial y promover la formación continuada y la investigación.

En suma, las enfermeras en general, y en el ámbito de la atención a las personas mayores en particular, tienen un papel muy importante en todos los niveles, tanto asistenciales como organizativos.

BIBLIOGRAFÍA

Bermejo García, L. (2011). Plan individualizado de Atención en Geriatría. Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava.

Bermejo García, L., (2009). Guía de Buenas Prácticas en Residencia de personas mayores en situación de dependencia. Disponible en: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I

ELLAN-European Later Life Active Network (2016). Marco Europeo de competencias básicas para profesionales que trabajan con las personas mayores en los servicios sociales y de salud. Disponible en: ellan.savonia.fi/images/Spain__ECCF.pdf

Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG (2013). Documento de consenso sobre Competencias Comunes de los Profesionales de la Gerontología Clínica y Social. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_consenso_sobre_Competencias_Comunes_de_los_Profesionales_de_la_Gerontologia_Clinica_y_Social

IFBS y SIIS (2011). Vivir Mejor. Cómo concebimos la atención residencial. Vitoria: Diputación Foral de Álava.

IFBS (1996). Manual de Buena Práctica para Residencias de Personas Ancianas. Vitoria: Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

Martínez Rodríguez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Diputación Foral de Álava.

SIIS (2011). Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles? Cuadernos Técnicos Fundación Eguía-Careaga, serie Zainduz, 02.

Sacanell, E. y Gómez Tejedor, G. (2010). Excelencia en la gestión de residencias en el tercer sector. Guía de aplicación del modelo EFQM. Fundación Aspaldiko y Fundación Zorroaga.

Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 38 (224), 21-36.

#Breves

#1 XVIII Congreso de Zahartzaroa, Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología y XI Congreso de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología: Cómo envejecer bien para vivir mejor. San Sebastián/Donostia, 9 y 10 de mayo de 2019.



#3 61º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG): Cada vez más mayores: la vejez en positivo. 26º de la Sociedad Aragonesa de Geriátría y Gerontología (SAGG). Zaragoza, 12-14 de junio de 2019.



#2 XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría (SEGG): De los cuidados geriátricos a los cuidados gerontológicos. Santander, 30-31 de mayo de 2019.

#4 Plazo abierto para el envío de Originales, casos y reseñas para el número 2 de 2019. Temática abierta.





#Premio Tomás Belzunegui 2018

- MODALIDAD AUDIOVISUAL

Premio: ¿A dónde vamos? Marían Guerrikabeitia Barrón.

Accésit: El descubrimiento de Darío. María Monreal Otano.

- MODALIDAD SENIOR

Premio: El retrato. Salvador Martín Cruz.

Accésit: Hoy no me puedo abanicar. Dña. M^a Elena Oliva Gómez.

- MODALIDAD ABIERTA DE RELATO CORTO

Premio: Buscándote Annete. Nuria Alguacil Morales.

Accésit: La abuela se llevó las historias. Roberto Rodríguez Andrés.

- MODALIDAD PERIODISMO ESCRITO

Premio: Una afición que no tiene edad. Nerea Alejos Garizabal.

Accésit: Urbanismo en Femenino. Virginia Urieta.

- MODALIDAD UNIVERSIDAD

Trabajo Fin de Grado: Deterioro Cognitivo y Consumo de ácidos grasos Omega3. Francesca Fortique Carleo.

Trabajo Doctoral: Envejecimiento, dieta y telomeros. Ana Ojeda Rodríguez, Lydia Morell Azanza y Lucía Alonso.

- Reconocimiento al PROGRAMA UNED SENIOR PAMPLONA: Carmen Jusué Simonena, directora del Centro Asociado UNED-Pamplona.

Cuadernos Gerontológicos

Se abre la convocatoria de nuevos artículos para el nº 2 de 2018. El monográfico llevará por título: La vejez desde otras miradas. La temática central girará en torno a los diferentes enfoques con los que es posible mirar la realidad de la vejez y el envejecimiento. Tendrán cabida trabajos en los que se analice la vejez desde las artes plásticas, la literatura, la prensa, la arquitectura, los medios audiovisuales, la didáctica, etc. Junto a estos trabajos tendrán cabida otros de contenido abierto o misceláneas.

Fecha límite de envío: 30 de septiembre de 2018.

Normas de publicación para autores

1. Enfoque y alcance

La revista Cuadernos Gerontológicos es una revista de contenido científico, editada en formato electrónico por la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología. Su periodicidad es semestral.

Su objetivo es la difusión de artículos científicos, preferentemente, de carácter multidisciplinar, referidos a los campos de la Geriátrica y la Gerontología. Es decir, se centra en el envejecimiento de la población y sus consecuencias, poniendo el énfasis en este proceso en la Comunidad Foral de Navarra.

Es de acceso libre siguiendo el principio de hacer disponible gratuitamente los estudios teóricos, las experiencias profesionales y los análisis de la realidad socio-sanitaria, desde diferentes puntos de vista (enfermería, medicina, trabajo social, animación social, psicología, terapia ocupacional, etc.).

Todas las contribuciones enviadas a Cuadernos Gerontológicos han de ser originales y serán evaluadas antes de ser publi-

cadadas por revisión externa y anónima por pares (peer review). El conjunto de autores ha de declarar que los datos y resultados expuestos en el trabajo son originales, no han sido presentados al mismo tiempo a otra revista para su publicación y no existe plagio, distorsión o manipulación.

2. Secciones

1. Originales. Trabajos de investigación que aportan nuevos resultados en los ámbitos de interés de la Revista. Los manuscritos deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). Deben acompañarse de un resumen de un máximo de 250 palabras estructurado en los mismos apartados que el texto y de 3 a 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores, no superar las 6 tablas y figuras (esquemas, gráficos o imágenes) y un número máximo de 40 referencias bibliográficas.

2. Originales breves y Notas Clínicas y Sociales. Trabajos de investigación con número reducido de casos, estudios epidemiológicos descriptivos y trabajos con objetivos y resultados muy concretos (casos clínicos y casos de intervención social). Deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. Su extensión no superará las 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía), 2 figuras y/o tablas y 15 referencias bibliográficas. Se aportará un resumen estructurado (máximo de 150 palabras), además de entre 3 y 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores.

3. Revisiones. Puesta al día de un problema, cuestión de impacto social/sanitario o conceptualización, mediante la aportación de la necesaria bibliografía. Su extensión en

ningún caso superará las 3.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía) y 2 figuras y/o tablas.

4. **Cartas al Director.** Se recogerá la opinión argumentada, conforme o disconforme, de una publicación en la Revista, así como sobre un tema de actualidad. Se pretende fomentar la reflexión dialogada y la discusión entre lectores de la Revista. Deben ser claras, concisas y argumentadas, con una extensión máxima de 750 palabras y entre 10 y 15 citas bibliográficas. Excepcionalmente las Cartas al Director pueden ser aceptadas directamente por el Comité de Redacción.
5. **Breves.** Espacio para informaciones diversas: congresos, jornadas, cursos, reuniones, etc., que se puedan desarrollar en la Comunidad Foral de Navarra o fuera de ella. Asimismo, puede recogerse normativa de interés que pueda tener algún impacto sobre la atención socio-sanitaria de las personas mayores.

3. Presentación de manuscritos

- Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), a doble espacio y justificado, en letra Times New Roman, 12 pt, y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.
- Título del texto en castellano e inglés.
- Resumen del trabajo (entre 150 y 250 palabras) y el listado de palabras clave (máximo 5) en castellano e inglés.
- Tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.
- Imágenes: resolución de 300 pp en formato JPG o TIFF.
- Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábica y serán las imprescindibles.
- Referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto. Aparecerán completas al final del artículo, siguiendo

los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (American Psychological Association).

- Citas en el texto:
- Si la oración incluye el apellido del autor sólo se escribe la fecha entre paréntesis: Roldán (2006).
- Si no se incluye el apellido del autor en la oración: (Roldán, 2006).
- Si es un fragmento literal: (Christff, 1996, p. 21).

4. Proceso editorial

El envío de los textos ha de realizarse a la secretaria técnica de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología: sngeriatria@yahoo.es

La redacción de la Revista acusará recibo de los trabajos. Se realizará una primera revisión editorial de los artículos admitidos para evaluar su adecuación temática a la Revista y el cumplimiento de los requisitos recogidos en estas Normas. A continuación los manuscritos serán revisados de forma anónima por dos expertos externos (peer review) que dispondrán de un plazo de 1 mes para emitir su dictamen. Los revisores se seleccionan entre expertos en el tema, teniendo en cuenta su disponibilidad para la rápida corrección que se les requiere.

En cuanto a los derechos de autor, la aceptación de un trabajo para su publicación supone que los derechos de propiedad (copyright) quedan transferidos al editor de la revista. No obstante, la revista no es responsable de la información remitida por los autores.

Los autores han de recoger cualquier relación que tengan y que pudiera dar lugar a conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Una vez aceptado el trabajo, se notificará por medios electrónicos la disponibilidad de las galeras para su corrección en un plazo de una semana desde su notificación, así como el número y fecha de publicación definitiva. Se podrá emitir un certificado de autoría y edición, previa solicitud a: sngeriatria@yahoo.es

