



Protocolo de Atención Clínica
Intervención de Enfermería para la
gestión del cuidado centrado en
la persona adulta mayor
en los tres niveles de atención

Código PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Regulación Y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
Coordinación Nacional de Enfermería

2025




ELABORADO POR:


- Dr. Gabriel Ugalde Rojas. Asistentes, Coordinación Nacional de enfermería.
- Dra. Kattia Ramírez Araya. Profesional de Enfermería, Hospital Nacional Geriátrico.
- Dra. Diana Lisbeth Fernández Mayorga. Profesional de Enfermería, Hospital Nacional Geriátrico.
- Dra. Nieves María del Carmen Monge Fonseca. Profesional de Enfermería, Hospital Calderón Guardia.
- Dra. Amalia Villalobos Porras. Profesional de Enfermería, Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria.
- Dra. Gabriela Prado Mena. Profesional de Enfermería, Área de Salud Pérez Zeledón.
- Dr. Johan Joseph Molina Alvarado. Profesional de Enfermería, Hospital San Vito Juana Pirola.
- Dra. Katty Casanova García. Profesional de Enfermería. Hospital Enrique Baltodano Briceño.

VALIDADO POR:


1. Dra. Vilma García Camacho. Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor, Área de Atención Integral a las personas. – Oficio: DDSS-AAIP-1458-2025
2. Profesionales, Enfermería de Áreas de Salud y Hospitales de la Red de Servicios de Salud: Coordinación Nacional de Enfermería
 - Dra. Marianela Espinoza Guerrero, UP2904, Coordinación Nacional de Enfermería.
 - Dra. Laura Arguedas Bolaños, UP2904, Coordinación Nacional de Enfermería.
 - Dra. Maritza Solís Oviedo; UP2904, Coordinación Nacional de Enfermería.**Hospitales Nacionales y Especializados**
 - Dra. Elsa Rodríguez Salazar, UP2104, Hospital México.
 - Dra. Shirley Ramirez Moya, UP2021, Hospital San Juan de Dios.
 - Dra. Clarita Isabel Fallas Badilla, UP2102, Hospital San Juan de Dios
 - Dr. Douglas Loria Manzanares, UP2101, Hospital Calderón Guardia.
 - Dra. Karla Godoy Barrantes, UP2202, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.
 - Dra. Karen Fernández Ureña, UP2202, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.
 - Dra. Anais Elizondo Valverde, UP2305, Hospital Chacón Paut.
 - Dra. Annie González Oviedo, UP2801, Centro Nacional Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
 - Dr. José Luis Vargas Herrera, UP2805 Centro Nacional de Imágenes Médicas.
 - Dr. Guillermo Valverde Fernández, UP2203, Centro Nacional de Rehabilitación.
 - Dra. Eva Hurtado García, UP2203, Centro Nacional de Rehabilitación.
 - Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
 - Dra. Alejandra Trejos Chacón, UP2399, DRIPSS Central Sur.
 - Dra. Rosa Gallardo de Villa, UP2799 DRIPSS Brunca.**Hospitales Regionales y Periféricos**
 - Dr. Luis Gonzalo Retana Gonzalez, UP2208, Hospital San Vicente de Paul Heredia. Educación en Servicio
 - Dra. Yessica Araya Arias, UP2235, Hospital San Rafael de Alajuela.
 - Dr. Deyner José Zúñiga Briceño, UP2501, Hospital Monseñor Sanabria.
 - Dra. Shirleny Ugarte Porras, UP2501 Hospital Monseñor Sanabria.
 - Dra. Beatriz López Morales, UP2601, Hospital Dr. Tony Facio Castro.
 - Dra. Dunia Ureña Murillo, UP2601, Hospital Tony Facio Castro.
 - Dra. Johanna Carvajal Coto, UP2307, Hospital William Allen Taylor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 3 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

	<ul style="list-style-type: none"> ● Dra. Grettel Leitón Sequeira, UP2402, Hospital Los Chiles ● Dra. Georgina Blanco Guido, UP2504, Hospital Upala. ● Dra. Guiselle de los Ángeles Matarrita Castillo, UP2503, Hospital la Anexión Nicoya. <p>Áreas de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dra. Johanna Quirós Vargas, UP2760, Área de Salud Pérez Zeledón. ● Dra. Tatiana Solano Gutiérrez, UP2395 Área de Salud de Oreamuno - Pacayas-Tierra Blanca. ● Dra. Jessie Piedra Tames, UP2395, Área de Salud Oreamuno - Pacayas - Tierra Blanca. ● Dr. Cristian Zúñiga Villegas, UP2331, Área de Salud Puriscal Turrubares. ● Dra. Ivannia Isabel Bustamante Marin, UP2331, Area de Salud Puriscal Turrubares. ● Dra. Laura Aguilar Soto, UP2331 CAIS Puriscal ● Dra. Laura Patricia Vargas Vargas, UP2348, Área de Salud Turrialba Jimenez. ● Dr. Otto Calvo Quirós, UP2210, Área de Salud Carmen Montes de Oca. ● Dra. Aurea Maritza Leon Sequeira, UP2535, Area de Salud Nicoya. ● Dra. Mauren Arrieta Briceño, UP2560, Área de Salud Carrillo. ● Dr. Wilberth Antonio Rodríguez Guevara, UP2536, Área Salud Upala. ● Dra. Elvia Elena Solís Córdoba, UP2634, Área de Salud de Guápiles. ● Dr. Julio Molina Masis; UP2680, Área de Salud de Talamanca. ● Dra. Yuliana Vargas Barrantes, UP2552, Área da Salud de Esparza. ● Dra. Andrea Cascante Campos, UP2554, Área de Salud Chomes Monteverde. ● Dra. María del Mar Alvarez Soto, UP2553, Área de Salud Montes de Oro. ● Dra. Noris Maribel Chavarría González, UP2351, Area Salud Parrita. ● Dra. Maricela Avila Perez, UP2594, Area de Salud Quepos. ● Dra. Marcela Cubero Gómez, UP2594, Área de Salud Quepos. ● Dra. Andrea Valverde Valverde, UP2594, Área salud Quepos. ● Dra. Estela Zúñiga Morales, UP2579, Área de Salud Paquera. ● Dra. Jocselin Gonzáles Rojas, UP2256, Área de Salud Orotina San Mateo. ● Dra. Johanna María Montero Salas, UP2256, Área de Salud Orotina-San Mateo. ● Dra. Dixy Molina Guerrero, UP2256, Área de Salud Orotina San Mateo. ● Dra. Yorlenny Núñez Moya, UP2552, Área de Salud de Esparza. ● Dra. María Auxiliadora Carballo Saballo, UP2484, Área de Salud Los Chiles. ● Dra. Katherine Bucan Grijalba, UP2230, Área de Salud San Pablo de Heredia ● Dra. María Marcela Araya Alvarado, UP2214, Área de salud Heredia Cubujuqui. ● Dra. Kenneth León Chavarría, UP2281, Área de Salud Alajuela Central. ● Dra. Keilyn Mendez Venegas, UP2254, Area de Salud Sarchí.
CORRECCIÓN DE ESTILO:	Irene Cubillo Escalante EDNASSS
REVISADO POR:	Jacqueline Monge Medina, Enfermera Jefe Coordinación Nacional de Enfermería. ARSDT. DDSS. GM.
REVISADO POR:	Mario Mora Ulloa, Médico Jefe. Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. DDSS. GM.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 4 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

APROBADO POR:	Ana Jéssica Navarro Ramírez, Médica, Directora, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. GM.
AVAL DE BIOÉTICA POR:	Sandra Rodríguez Ocampo, Médico Jefe Área de Bioética, CENDEISSS, Gerencia Médica Mediante oficio CENDEISSS-AB-0720-2025, de fecha 16 de diciembre de 2025 (Ver Anexo No. 2).
AVALADO POR:	Alexander Sánchez Cabo, Médico, Gerente a.i., Gerencia Médica Mediante oficio (Ver Anexo #1).
Fecha revisión y aprobación	2025
Próxima revisión:	2030
Observaciones	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AAIP: Área de Atención Integral a las Personas ● ARSDT: Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento ● ASC: Área de Salud Colectiva ● DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. ● SAVE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica <p>Consultas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Correspondencia Área de Regulación: teléfono (506) 25391253, corrarsd@ccss.sa.cr ● Coordinación Nacional de Enfermería: teléfono (506) 25391253 secenfer@ccss.sa.cr <p>Declaración de Intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el ETCM y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 5 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Índice

<i>Presentación</i>	7
<i>Introducción</i>	8
<i>Abreviaturas y fundamentos teóricos relacionados con el cuidado de las PAM</i>	10
<i>Metodología</i>	14
<i>Referencias normativas</i>	15
<i>Alcance y campo de aplicación</i>	18
<i>Objetivos</i>	18
<i>Población diana</i>	19
<i>Personal que interviene</i>	19
<i>Contenido</i>	20
Módulo No.1. Situaciones de salud y necesidades de apoyos en el cuidado de la PAM.	20
Módulo No. 2 Intervención de enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en el primer nivel de atención.	37
Módulo No. 3. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en los servicios de urgencias y emergencias en los tres niveles de atención.	43
Módulo No. 4. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en los servicios de consulta externa en los tres niveles de atención.	61
Módulo No. 5. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la PAM en los servicios de hospitalización de segundo y tercer nivel.	71
Módulo No. 6. Intervenciones de enfermería en la gestión del cuidado de la PAM en modalidades no convencionales de hospitalización.	89
<i>Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos</i>	95
<i>Declaración de Intereses</i>	100
<i>Herramientas de Aplicabilidad</i>	100
<i>Contacto para consultas</i>	1023



<i>Anexos</i>	<i>103</i>
Anexo #1: Aval recibido por Gerencia Médica	103
Anexo #2: Aval recibido por Bioética	104
Anexo "3: Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional, SIES-EDUS. (Vista parcial)	106
Anexo #4: Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional, SIFF-EDUS.	107
Anexo #5. Visualización de la escala PERROCA en el SIES.	108
Anexo "6. Escala de Barthel, valoración de actividades básicas	108
Anexo #7. Escala Frail en el Expediente de Salud.	109
Anexo #8. Indicadores del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería aplicables al Protocolo de Gestión del Cuidado de Enfermería a la Persona Adulta Mayor (CCSS)	109
<i>Referencias</i>	<i>1111</i>



Presentación

En la actualidad existen procesos científicos establecidos para fundamentar la toma de decisiones y las acciones en salud, con evidencia sólida que brinde una seguridad razonable de que las políticas e intervenciones que se pongan en práctica causen el impacto deseado para el buen desarrollo de los servicios de salud, los cuales deben a su vez respetar y considerar los derechos humanos y los principios bioéticos.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) requiere de herramientas que faciliten al personal de salud, proporcionar una atención de calidad, eficaz, eficiente, oportuna y con un enfoque integral al individuo, la familia y la comunidad. Institucionalmente la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (DDSS) es la unidad encargada, de la coordinación, edición y elaboración de los documentos de normalización técnica, con los cuales se contribuye a estandarizar y mantener actualizados los procesos de atención que se ofrecen a la población.

Fundamentado en lo anterior es indispensable para la CCSS delimitar el manejo que se brinda a las personas adultas mayores (PAM), a fin de homologar la prestación de servicios de enfermería en los tres niveles de atención en el marco del trato digno y el respeto a la atención centrada en la persona, en el marco de la seguridad social con criterios de salud pública, eficiencia y sostenibilidad financiera.


Como parte de procesos de mejora continua en los servicios de salud, se presenta el Protocolo de Atención Clínica dirigido al Profesional de Enfermería para la gestión del cuidado de la PAM en los tres niveles de atención, por lo que es responsabilidad del personal de esta disciplina conocer este documento, utilizarlo y promoverlo en el día a día de su labor, con la seguridad del esfuerzo en mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios(as).

GERENCIA MÉDICA

Original firmado
ALEXANDER LEON SANCHEZ CABO (FIRMA)
Fecha: 2026.01.21 12:23:27 -06'00'

Dr. Alexander Sánchez Cabo

Gerente Médico a.i.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 8 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Introducción

Costa Rica atraviesa un acelerado proceso de envejecimiento poblacional que atribuye nuevos retos para el sistema de salud. Se proyecta que, de mantenerse las tendencias actuales, a partir del año 2035 el país experimentará un incremento marcado en la proporción de PAM. La población de 65 años y más pasaría de representar aproximadamente un 15% en 2035 a cerca del 18% del total nacional para 2045. Este cambio demográfico conlleva un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, condiciones de dependencia y necesidades de cuidados a largo plazo en la etapa de la vejez. ¹


Estudios indican que en los países con los sistemas de cuidados de larga duración más desarrollados del mundo y con mayores ingresos per cápita, aproximadamente uno de cada ocho personas mayores de 65 años recibe cuidados de larga duración, y la probabilidad de necesitar institucionalización crece significativamente en las edades más avanzadas (alcanza un 7.7% entre quienes superan los 90 años). Estas tendencias subrayan la urgencia de fortalecer la gestión del cuidado gerontológico en todos los niveles asistenciales, con estrategias efectivas y humanizadas que garanticen la calidad de vida, la dignidad y la autonomía de este grupo poblacional. ²⁻³

En respuesta a esta realidad, Costa Rica cuenta con un sólido marco institucional orientado a proteger los derechos de las PAM y a adaptar los servicios de salud a sus necesidades. La Ley Integral para la PAM⁴ establece los deberes del Estado en la materia, disponiendo la atención integral en salud mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigidos a esta población. Esta ley impulsa la creación de servicios especializados de geriatría en todos los niveles de atención –desde hospitales nacionales hasta Áreas de Salud– con personal capacitado y recursos adecuados, bajo la asesoría técnica del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Complementariamente, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033⁵ define lineamientos de largo plazo para un envejecimiento activo, con calidad de vida y respeto pleno de los derechos humanos de las PAM. Esta política nacional promueve una imagen positiva de la vejez, entornos accesibles y amigables, seguridad económica y el cuidado como función social para la atención de las PAM en situación de dependencia. Se rige por principios de universalidad, equidad, dignidad, solidaridad intergeneracional, participación social y corresponsabilidad, valores que deben orientar todas las intervenciones en este ámbito.

En el marco de la seguridad social, la CCSS ha adoptado una Política Institucional para la Atención Integral de la PAM⁶ con estrategias específicas para adecuar los servicios de salud al perfil demográfico y epidemiológico emergente¹. Esta política institucional aboga por fortalecer la atención integral e integrada de las PAM, con un enfoque de curso de vida que promueva un envejecimiento activo y saludable. Asimismo, enfatiza la continuidad de la atención a través de distintos niveles asistenciales, impulsando modalidades como la atención ambulatoria especializada, el alta hospitalaria programada con seguimiento en el hogar y la hospitalización domiciliaria, de forma tal que la PAM reciba cuidados oportunos y personalizados en cada nivel de atención de la CCSS. Este marco normativo e institucional provee los cimientos y el mandato para desarrollar protocolos clínicos estandarizados que guíen la labor de enfermería en la gestión del cuidado de la salud integral de la persona adulta mayor.

En consonancia con lo anterior, se elabora este Protocolo de Atención Clínica de Enfermería para la gestión del cuidado de la PAM en los tres niveles de atención de la CCSS, fundamentado en un

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 9 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

enfoque centrado en la persona, acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las directrices nacionales, buscando que los servicios de salud ubiquen a la PAM, con sus valores, necesidades y preferencias, en el eje de la atención, por encima del enfoque tradicional centrado únicamente en la enfermedad. Esto implica reconocer a las PAM como participantes activas en su propio cuidado y tomadoras de decisiones informadas, brindándoles educación, apoyo y un trato respetuoso e integral.

La atención centrada en la persona se operacionaliza asegurando la continuidad de los cuidados, la interdisciplinaria, la accesibilidad y la adaptación de las intervenciones a la singularidad de cada individuo. En el contexto costarricense, este enfoque se alinea plenamente con los principios de dignidad y autonomía consagrados en la legislación vigente, y resulta particularmente pertinente dado que muchas personas adultas mayores conviven con multimorbilidad y situaciones de vulnerabilidad que exigen planes de cuidado integrales y coordinados.

Enfermería desempeña un rol estratégico en la atención de la población adulta mayor, actuando a menudo como eje integrador del equipo de salud y garante de la continuidad de los cuidados. Los profesionales de enfermería lideran intervenciones clave como la educación para la salud y el autocuidado, monitoreo de condiciones crónicas, detección temprana de riesgos, coordinación de la atención interdisciplinaria y apoyo a las familias cuidadoras. Un protocolo clínico específico proporcionará a los equipos de enfermería una guía basada en mejores prácticas para estandarizar y optimizar estas intervenciones, asegurando que se apliquen de manera consistente y con enfoque humanizado desde el primer hasta el tercer nivel de atención en todos los escenarios, consulta externa, atención primaria, emergencias, hospitalización y modalidades no convencionales.


Revisiones integrativas internacionales han demostrado que los modelos de cuidado liderados por enfermería en la comunidad, tales como programas de atención domiciliaria, gestión de casos con educación en autocuidado y equipos gerontológicos interdisciplinarios, mejoran los síntomas y la calidad de vida de las personas adultas mayores, a la vez que disminuyen la utilización de servicios hospitalarios evitables.⁷

En concreto, la prestación de cuidados integrales en el hogar por enfermería se ha asociado con menos ingresos y reingresos hospitalarios en personas con enfermedades crónicas, contribuyendo a preservar su independencia en la comunidad.⁷

Asimismo, intervenciones de prevención de fragilidad conducidas por enfermería han evidenciado reducciones significativas en indicadores de fragilidad física y mejoras en la salud mental y el apoyo social percibido por las personas adultas mayores, sin incrementar los costos totales de atención.⁸

Tales hallazgos reflejan el valor agregado de la gestión del cuidado de enfermería en la promoción de un envejecimiento saludable, al enfocarse en la persona de manera integral (considerando dimensiones físicas, psicosociales y funcionales), enfermería puede implementar cuidados proactivos y personalizados que previenen complicaciones, mantienen la funcionalidad y prolongan la autonomía de la persona adulta mayor en su entorno habitual.

En síntesis, la confluencia de un marcado envejecimiento demográfico, un marco legal e institucional propicio, y una base de evidencia cada vez más robusta sobre intervenciones efectivas, justifican plenamente la elaboración de este protocolo de atención clínica de enfermería para la PAM.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 10 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Abreviaturas y fundamentos teóricos relacionados con el cuidado de las PAM

I. Abreviaturas:

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AD: Atención Domiciliar.

AD-I: Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel.

AED: Atención Especializada a Distancia.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

AP: Alta Programada.

ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CECR: Colegio Enfermeras de Costa Rica.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión.

CLD: Cuidados de larga duración.

CONAPAN: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

EDUS: Expediente Digital Único en Salud.

EFES: Escenarios fuera de los establecimientos de salud.

ETS: Enfermedad de transmisión sexual.


HD: Hospitalización domiciliar.

HDP: Hospital de Día Polivalente.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

ITU: Infección del tracto urinario.

IV: Intravenoso.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 11 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

LPP: Lesiones por presión.

PEESMP: Profesional Enfermería Especialista en Salud Mental y Psiquiatría.

PNA: Primer nivel de Atención.

PRN: Por razón necesaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAM: Persona Adulta Mayor.

PAC: Protocolo de Atención Clínica.

RAND/UCLA: Siglas en inglés, métodos para determinar la adecuación o pertinencia de intervenciones clínicas.

REM: Movimiento rápido de los ojos, estado del sueño.

RIPSS: Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

RS: Revisión sistemática.

SIAC: Sistema Integrado de Agendas en Consulta Externa (CCSS).

SIES: Sistema integrado expediente de salud.


SIFF: Sistema Integrado de Ficha Familiar

VGI: Valoración Geriátrica Integral.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

II. Fundamentos teóricos relacionados con el cuidado de las PAM

- A. Propósito del abordaje interdisciplinario en la gestión del cuidado: Los modelos interdisciplinarios que integran enfermería, trabajo social, nutrición, medicina y fisioterapia mejoran sustancialmente los resultados en salud, disminuyen el riesgo de rehospitalizaciones y aumentan la satisfacción del usuario y la familia con los servicios recibidos⁹.
- B. Propósito del enfoque de atención centrado en la persona pretende mejorar la atención en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad, siendo la característica esencial el deber de proporcionar una mejor respuesta


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 12 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado, que asegure que sean atendidas con respeto.¹⁰

- C. Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson: Plantea que el rol de enfermería es ayudar al individuo en aquellas necesidades básicas que no puede realizar por sí mismo, fomentando su independencia lo antes posible. Las catorce necesidades fundamentales (respirar normalmente, alimentarse e hidratarse adecuadamente, eliminar desechos, moverse y mantener posturas, dormir y descansar, vestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene e integridad de la piel, evitar peligros ambientales, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, ocuparse en actividades que le resulten gratificantes, recrearse y aprender) ofrecen un marco integral para valorar a la PAM. En la PAM, muchas de estas necesidades pueden verse alteradas, de modo que el profesional de enfermería debe evaluar sistemáticamente cada necesidad y proporcionar apoyo o educación para satisfacerla, involucrando a la propia persona adulta mayor en la medida de sus capacidades. Henderson resaltaba la importancia de promover la independencia en la realización de las ABVD, lo cual es consistente con el objetivo de mantener la autonomía de la persona adulta mayor en su entorno habitual.¹¹


- D. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem: Complementa lo anterior al enfatizar el autocuidado como práctica de las actividades que los individuos realizan en beneficio propio para mantener la vida, la salud y el bienestar. En la PAM, pueden presentarse déficits de autocuidado debido a cambios fisiológicos, enfermedades crónicas o limitaciones funcionales. La enfermería, según Orem, interviene para identificar esas demandas de autocuidado no satisfechas y diseñar sistemas de apoyo (totalmente compensatorias, parcialmente compensatorias o de apoyo y educación) según el nivel de dependencia de la persona. Aplicado al primer nivel de atención, esto implica que el equipo de salud debe capacitar a la persona adulta mayor y a su red de apoyo (familiares, personas cuidadoras) para que adquieran o mantengan habilidades de autocuidado, interviniendo directamente solo en aquellas tareas que la persona no pueda realizar por sí misma. El modelo de Orem guía la educación en salud y el empoderamiento de la persona adulta mayor, reduciendo la dependencia innecesaria de los servicios de salud y potenciando su capacidad de vivir de manera segura y con bienestar en su comunidad.¹²

- E. Patrones funcionales según Marjorie Gordon: Los patrones funcionales de salud constituyen un marco valorativo propio de la disciplina de enfermería que organiza la valoración en once áreas o “patrones” de funcionamiento humano (percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés y valores-creencias). Estos patrones agrupan conductas, respuestas y experiencias relativamente comunes a todas las personas, que se expresan de forma dinámica en el tiempo y condicionan la salud, la calidad de vida y el logro del potencial

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 13 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

humano. Su uso permite a la enfermería recoger de manera sistemática datos subjetivos y objetivos, identificar fortalezas y problemas de salud reales o potenciales y vincularlos con diagnósticos, resultados e intervenciones estandarizadas, favoreciendo una gestión del cuidado integral y centrada en la persona, aplicable a cualquier edad, contexto asistencial y nivel de complejidad. En la PAM, la valoración por patrones funcionales facilita una aproximación holística a la funcionalidad, la multimorbilidad, la fragilidad, el deterioro cognitivo y las vulnerabilidades psicosociales, siendo especialmente útil para fundamentar planes de cuidado individualizados en el primer nivel de atención y en la red de servicios de salud.¹³

- F. Vivifrail: Programa de intervención comunitaria y hospitalaria diseñado para promover la actividad física multicomponente enfocado en las personas adultas mayores que busca prevenir la fragilidad, caídas y mejorar la funcionalidad física.¹⁴⁻¹⁵¹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 14 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Metodología

Para la construcción del presente Protocolo se utilizó el formato y metodología institucional, según lo establecido en el documento Manual Metodológico para la construcción de un protocolo de Atención Clínica en la DDSS.¹⁵

Se utilizaron normativas y documentos de referencia internacional y nacional. Además, se contó con el aporte de profesionales de Enfermería expertos en la atención de las personas adultas mayores, en los establecimientos de salud de la CCSS, a saber, Hospital Calderón Guardia, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, Hospital San Vito Juana Pirola, Área de Salud Pérez Zeledón y la Coordinación Nacional de Enfermería.


Para la validación, se incluyeron 57 profesionales de Enfermería que laboran en la Institución, incluyendo colaboradores de los distintos Hospitales nacionales, especializados y regionales, así como de áreas de salud, que participan en la atención de la PAM. Dicha validación, se realizó utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado) con el fin de obtener un consenso de opiniones de las personas funcionarias expertas en relación con el contenido del documento.

Se utilizó una encuesta enviada a través de formato Forms, así como el documento final en formato PDF, donde los validadores calificaron cada ítem o sección por separado, con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento, en una sesión virtual de trabajo guiada, celebrada el 10 de diciembre del 2025.

El promedio de los 20 ítems evaluados fue de 98,7% con una calificación de 7 o más, es decir de poco apropiado a extremadamente apropiado, y si se consideran solo las calificaciones de 8 o más – muy apropiada a extremadamente apropiado-, la calificación obtenida por los validadores fue de 96,6%. En cuanto a los módulos del contenido, recibieron un 96.2% con apreciación de 8 o más en su calificación.

Tras ese proceso de validación de expertos, se revisaron e incorporaron las observaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso, emitiéndose una segunda versión del Protocolo de Atención Clínica con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final. Además, se contempla la actualización de este Protocolo de Atención de Clínica en un plazo de 5 años.

Para el monitoreo y evaluación de este protocolo de atención clínica se desarrollaron una serie de indicadores contemplados en el Anexo No 8.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 15 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Referencias normativas

El fundamento normativo que respalda el desarrollo del Protocolo de Atención Clínica dirigido al Profesional de Enfermería para la gestión del cuidado de la PAM en los tres niveles de atención es el siguiente:

Cuadro #1: Referencia de la Normas que se aplican en este documento

Número	Nombre de normativas y año	Año
Ley 17.	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS (Asamblea Legislativa, 1943). ¹⁶	1943
Resolución 217 A (III), de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en París el 10 de diciembre de 1948.	Declaración Universal de los Derechos Humanos (OEA, 1948). ¹⁷	1948
NA.	Constitución Política de la República de Costa Rica (Asamblea Nacional Constituyente, 1949). ¹⁸	1949
NA.	Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969). ¹⁹	1969
Ley No. 5395.	Ley General de Salud (Asamblea Legislativa, 1973). ²⁰	1973
LEY N° 6227	Ley general de administración pública. ²¹	1978
Ley No. 7085.	Estatuto de Servicios de Enfermería (Asamblea Legislativa, 1987). ²²	1987
Ley No. 7600.	Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Asamblea Legislativa, 1996). ²³	1996
Ley N° 7586	Ley contra la violencia doméstica. ²⁴	1996
Ley No. 7771.	Ley General sobre el VIH-SIDA (Asamblea Legislativa, 1998). ²⁵	1998
Ley 7935	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su reglamento. ⁴	1999
Ley 8111	Ley General de Vacunación (Asamblea Legislativa, 2001). ²⁶	2001
Ley 8131	Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos. ²⁷	2001
Ley No. 8239.	Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados (Asamblea Legislativa, 2002). ²⁸	2002
Ley No. 8292.	Ley General de Control Interno (Asamblea Legislativa, 2002). ²⁹	2002
33.ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO (en París)	Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, ³⁰	2005
Ley N° 9379	Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. ³¹	2016



Número	Nombre de normativas y año	Año
Ley N° 9394	Ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. ³²	2016
Ley N° 10177	Modificación de la Ley 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. ³³	2022
Ley N° 10231	Ley de Voluntades Anticipadas. Diario Oficial La Gaceta N.º 182 ³⁴	2022
Decreto Ejecutivo No. 1743-SPPS.	Reglamento General de Hospitales Nacionales (Poder Ejecutivo, 1971). ³⁵	1971
Decreto Ejecutivo No. 19276-S.	Reglamento General Sistema Nacional de Salud (Poder Ejecutivo, 1989). ³⁶	1989
Reglamento 7082.	Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 1996). ³⁷	1996
Aprobado por Junta Directiva de la CCSS, artículo 15º, sesión No. 7308, del 25 de febrero de 1999.	Código de Ética del Servidor del Seguro Social (CCSS, 1999). ³⁸	1999
Reglamento 7364.	Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS, 1999). ³⁹	1999
Decreto Ejecutivo No. 30965-S.	Reglamento sobre la Gestión de los Desechos Infectocontagiosos que se Generan en Establecimientos que Prestan Atención a la Salud y Afines (Poder Ejecutivo, 2002). ⁴⁰	2002
	Reglamento para la Aplicación de Procedimientos de Restricción de Movimientos y Aislamiento a Personas con Trastornos Mentales y del Comportamiento en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2004). ⁴¹	2004
Decreto Ejecutivo No. 32612-S.	Reglamento de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados (Poder Ejecutivo, 2005). ⁴²	2005
Reglamento 8601.	Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Clínica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2012). ⁴³	2012
Reglamento 8954.	Reglamento del Expediente Digital Único en Salud (CCSS, 2018). ⁴⁴	2018
Junta Directiva, en el artículo 230º	Plan Estratégico Institucional Caja Costarricense de Seguro Social 2023-2033 ⁴⁵	2023
Aprobado mediante el acuerdo de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 5º de la sesión Ordinaria N° 9518, celebrada el 08 de mayo del año 2025.	Política institucional para la atención integral a la persona adulta mayor 2025-2035. ⁶	2025



Número	Nombre de normativas y año	Año
Código MT.GM.DDSS.ASRDT.ENF.311014.V2.	Manual de Procedimientos de Enfermería (CCSS, 2014). ⁴⁶	2014
Código MT.GM.DDSS.ASRDT.ENF.001. Versión 02.	Manual de Normas, Técnicas y Procedimientos de la Central de Esterilización/Equipos y Arsenales Quirúrgicos (CCSS, 2018). ⁴⁷	2018
MT.GM.DDSS.ASRDT-12092019	Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería ¹⁶⁶	2019
	Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (CCSS, 2002). ⁴⁸	2002
	Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la C.C.S.S.: 1. Área de Consulta Externa (CCSS, 2012). ⁴⁹	2012
	Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, CCSS (CCSS, 2013). ⁵⁰	2013
	Lineamientos: Abreviaturas, Símbolos y Siglas Técnicas Aplicadas en los Registros de Enfermería (CCSS, 2017). ⁵¹	2017
Código M.GM.DDSS.ASC.SAVE.20022019. Versión 03.	Manual de Procedimientos de Limpieza y Desinfección para el Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CCSS, 2019). ⁵²	2019
Código M.GM. DDSS-ASC-SAVE-25032020. Versión original	Manual para la Gestión de Áreas de Aislamiento para el Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en los Establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS (CCSS, 2020). ⁵³	2020
Código MP.GM.DDSS.ASRDT.ENF.28062021. Versión: 03.	Manual de Procedimientos Generales en Enfermería (CCSS, 2021). ⁵⁴	2021
Código M.GM. DDSS.010813	Manual Metodológico para la Construcción de un Protocolo de Atención Clínica en la DDSS (CCSS, 2021). ¹⁵	2021
Código M.GM. DDSS.010813V2	Instrucción de Trabajo para la Redacción de los Aspectos Bioéticos y Derechos Humanos a Describir en los Protocolos de Atención Clínica que se Desarrollan en la DDSS (CCSS, 2021). ⁵⁵	2021
IT.GM.DDSS.08072021	Instrucción de Trabajo Egreso de personas adultas mayores atendidas en los servicios de emergencias de Áreas de Salud y Hospitales. ⁵⁶	2021
DDSS-ARSDT-E-0039-2021-Plan Presupuesto 2021. META PAO 5.	Lista Oficial de Medicamentos. Versión electrónica. ⁵⁷	2022
Código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323.	Manual de Gestión: Atención de la Persona, Familia y Comunidad por el Profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención Primaria. San José: CCSS. ⁵⁸	2023

Número	Nombre de normativas y año	Año
LT.GM.DDSS. AAIP.PNAPAM-ARSDT. CNE.27062024	Lineamiento para el Acompañamiento a las Personas Usuarias en los Establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. ⁵⁹	2024
GM-18536-2024	Lineamiento para la aplicación de las modalidades de atención telepresencial en la CCSS ¹⁶⁵	2024
LT.GM.DDSS. AAIP.PNAPAM-ARSDT.CNTS. 10062025	Lineamiento Detección y Abordaje de La Persona Adulta Mayor con Factores de Riesgo Social en los Servicios de Hospitalización y Emergencias de los Establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. ⁶⁰	2025
L.GG.CENDEISSS-AB.07.01.2022	Lineamiento bioético para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la CCSS ¹⁵²	2022
GM-CENDEISSS-AB-IT-001	Instructivo bioético para el manejo de imágenes clínicas y sus datos asociados, en la CCSS ¹⁵³	2024
GM-CENDEISSS-AB-MA-002	Manual sobre la comunicación de noticias difíciles en la atención clínica: consideraciones bioéticas ¹⁵⁴	2024

Fuente: Este documento de normalización técnica.

Alcance y campo de aplicación


Este protocolo tiene alcance para todos los profesionales de enfermería, y el personal de apoyo del servicio (Auxiliares de enfermería, Asistentes técnicos de atención primaria -ATAP-, Asistentes de pacientes), en los establecimientos de salud de la CCSS de la Red de servicios en los tres niveles de atención. Considerando el Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y el Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, el protocolo orientará la gestión integral del cuidado de la persona adulta mayor en los establecimientos de salud y en los Escenarios fuera de los Establecimientos de Salud (EFES).

Las intervenciones propuestas se enfocan en un modelo de atención centrado en la persona, promoviendo una atención continua, integral, integrada y humanizada, alineada con las necesidades particulares de la población adulta mayor.

Objetivos

I. Objetivo General

Establecer el proceso de atención de enfermería para la gestión del cuidado de la PAM en los establecimientos de salud de la CCSS en los tres niveles de atención, bajo un enfoque integral y centrado en la persona que satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud y fomente su autocuidado, asegurando la calidad, continuidad, humanización y seguridad del cuidado, en apego a los principios bioéticos, científicos, humanos y legales que rigen el ejercicio de enfermería.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 19 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

II. Objetivos Específicos

1. Implementar el enfoque de atención de enfermería centrado en la PAM, que promueva el trato digno, la autonomía, el autocuidado y la participación informada en la toma de decisiones, considerando su contexto sociocultural y nivel de funcionalidad.
2. Fortalecer la coordinación y continuidad del cuidado de enfermería a la PAM en los tres niveles de atención de la CCSS, mediante la articulación efectiva de las RIPSS y la aplicación de estándares, mecanismos y herramientas que aseguren la calidad técnica, la seguridad del usuario y el cumplimiento del marco legal y normativo vigente.


Población diana

La población diana del protocolo está constituida por todas las PAM, definidas conforme al artículo 1 de la Ley N.º 10.177 del 25 de abril de 2022, que reforma el artículo 2 de la Ley Integral para la PAM (Ley N.º 7935): toda persona de sesenta y cinco años o más, así como toda persona con síndrome de Down mayor de cuarenta años.⁴⁻³³

Personal que interviene

La implementación del protocolo corresponde al personal de enfermería con diversos perfiles profesionales, generales y especialistas, y personal de apoyo auxiliar de enfermería, Asistentes técnicos de Atención Primaria (ATAP) y asistentes de pacientes.

Este equipo actúa de forma coordinada en los tres niveles de atención de la CCSS; atención primaria (primer nivel), atención especializada (segundo nivel) y atención altamente especializada (tercer nivel); y en todas las modalidades asistenciales (consulta externa, servicios de urgencias y emergencias, hospitalización), garantizando continuidad y cobertura integral. Además, el alcance del protocolo incluye modalidades no convencionales, como la hospitalización domiciliaria y la atención transicional entre el hospital y la comunidad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 20 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Contenido

Módulo No.1. Situaciones de salud y necesidades de apoyos en el cuidado de la PAM.

La gestión de enfermería promueve la autonomía y la independencia de las PAM. Se brindan apoyos y si la persona lo requiere se brindan cuidados. De ahí la importancia de incorporar el enfoque de atención centrada en la persona que parte de las necesidades individuales, particulares y respeta la dignidad y sus derechos.

Según el Informe mundial sobre envejecimiento y salud de la OMS (2015), el objetivo final de las intervenciones en los planes de cuidado de enfermería para las PAM debe ser mantener y optimizar la capacidad funcional, entendida como la combinación de las capacidades intrínsecas de la persona y las características del entorno que le permiten ser y hacer lo que considera valioso, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida.⁶¹


En el presente módulo se desarrolla conceptualmente un compendio de situaciones de salud y necesidades de apoyos en el cuidado de la PAM a partir de una revisión bibliográfica:

I. Situaciones de salud y necesidades de apoyo

- A. **Enfermedades crónicas y multimorbilidad:** Una proporción importante de PAM padece al menos una condición crónica no transmisible (hipertensión, diabetes, artrosis, enfermedad cardiovascular, EPOC, entre otras), y es común la presencia de múltiples enfermedades concurrentes. A nivel global se estima que alrededor del 80% de las PAM tiene al menos un padecimiento crónico, y cerca del 68% presenta dos o más enfermedades crónicas⁷⁹. Esta multimorbilidad incrementa la complejidad del manejo, con riesgos de interacciones farmacológicas y mayor requerimiento de seguimiento.
- B. **Síndromes Geriátricos:** Es la presentación de uno o varios síntomas únicos y/o atípicos, con alta prevalencia en esta población, generados por múltiples factores y enfermedades; su relevancia está directamente relacionada con el impacto en la calidad de vida las PAM y la discapacidad es una constante amenaza a su independencia.⁹¹⁻⁹²

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, señala que son “la manifestación de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que se deben tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de estos”.
71-92


Los principales síndromes geriátricos por su prevalencia son, en orden de importancia: Dolor crónico, déficit sensorial, delirium, deterioro funcional, caídas, insomnio y trastornos del sueño, sarcopenia, fragilidad, entre otros.⁹³

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 21 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- C. Polifarmacia y riesgos asociados:** El uso de múltiples medicamentos es una de las consecuencias de la multimorbilidad. La polifarmacia (definida como 5 o más fármacos) es frecuente y conlleva riesgo de reacciones adversas, interacciones medicamentosas, baja adherencia al tratamiento e incluso síndrome de fragilidad inducido por medicamentos. Los problemas relacionados con medicamentos (duplicaciones, contraindicaciones, automedicación – medicación no prescrita-) son un campo de intervención importante para enfermería en la comunidad, mediante educación y coordinación con el médico para revisiones periódicas de tratamiento⁸⁹.
- D. Fragilidad:** A pesar de la existencia de varias definiciones, predominan dos conceptos de fragilidad: fragilidad como síndrome y fragilidad como estado. Cada una se vuelve más común con la edad y predice resultados adversos en la salud. Cabe destacar que identifican diferentes subconjuntos de población como frágiles. El fenotipo de fragilidad física de *Fried* ve un síndrome clínico que resulta de un metabolismo alterado, junto con respuestas anormales al estrés. Las características típicas son: agotamiento (primera manifestación), debilidad, lentitud, inactividad física y pérdida de peso (última manifestación). El grado de fragilidad se determina por el número de características presentes: «robusto» si no hay ninguna, «pre-frágil» si hay 1–2 características, y «frágil» si hay 3–5 características. Tener las cinco características indica una transición crítica. La mortalidad aumenta drásticamente y la posibilidad de reversión disminuye. El fenotipo de fragilidad física de *Fried* es distinto de la multimorbilidad y la discapacidad.⁸¹
- E. Sarcopenia:** Se define como un “síndrome geriátrico que se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética y la fuerza, con riesgo de presentar resultados adversos como discapacidad física, calidad de vida deficiente y mortalidad. Los criterios para el diagnóstico son: 1) Masa muscular baja. 2) Menor fuerza muscular. 3) Menor rendimiento físico⁷³”.

A partir de la tercera década de la vida, y por causas multifactoriales, se pierde masa y fuerza muscular de forma progresiva, afectando a la funcionalidad del aparato locomotor. La sarcopenia, se asocia a una mayor morbimortalidad en las PAM, por lo que el tratamiento precoz es fundamental, siendo el ejercicio físico la estrategia terapéutica que mejores resultados ha demostrado.

- F. Deterioro funcional:** La hospitalización resulta en un deterioro funcional en las PAM debido a la interacción entre los cambios del envejecimiento primario, la enfermedad y las prácticas hospitalarias. El deterioro funcional se caracteriza por la incapacidad de participar en actividades necesarias o deseables en la vida diaria. Este problema no solo está relacionado con la condición clínica que llevó a la hospitalización; por lo tanto, su recuperación no es automática después de la resolución del problema médico.⁷²
- G. Movilidad reducida:** La movilidad se puede definir en términos generales como la capacidad de un individuo para moverse de forma independiente en el entorno y es crucial para la autonomía, la participación y la calidad de vida. Las PAM ingresados de forma aguda en el

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 22 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

hospital corren un riesgo extraordinario de disminución de la movilidad debido a los altos niveles de inactividad física⁸⁸.


La inactividad física puede conducir rápidamente a una pérdida dramática de masa muscular y fuerza en PAM, y varios estudios han demostrado que los PAM hospitalizados con baja actividad física y/o movilidad restringida tienen un mayor riesgo de numerosos resultados negativos, como deterioro funcional adquirido en el hospital, estadía hospitalaria más larga, reingreso hospitalario, institucionalización y mortalidad⁸⁸.

H. Caídas y accidentes: Las caídas constituyen una de las principales causas de lesión, discapacidad e incluso muerte en PAM. Más del 25% de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año, y el riesgo se duplica en presencia de alteraciones visuales u otros factores como problemas de equilibrio o ambientes hogareños inseguros. Las caídas pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y pérdida de la autonomía. Entre los factores predisponentes se identifican: debilidad muscular, marcha inestable, hipotensión ortostática, efectos secundarios de fármacos (sedantes, antihipertensivos), neuropatías, alteraciones de la vista o audición, y peligros ambientales (iluminación pobre, alfombras sueltas, falta de pasamanos). La prevención de caídas es una prioridad en la atención comunitaria de las PAM, requiriendo evaluaciones de riesgo en el hogar y programas de ejercicio de equilibrio y fuerza.⁶³ En los entornos hospitalarios, hay una mayor incidencia de caídas en personas con delirio y un mayor riesgo de delirio en personas que se caen. ^{63 – 64}

- **Deficiencias sensoriales:** El envejecimiento conlleva alta prevalencia de déficit sensorial. Hasta un tercio de las PAM tiene algún grado de pérdida de visión no corregida (por cataratas, glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular), lo cual no solo dificulta actividades cotidianas, sino que incrementa significativamente el riesgo de caídas⁶³ y reduce la calidad de vida. De igual modo, la hipoacusia relacionada con la edad es muy común; la pérdida auditiva parcial afecta la comunicación y puede llevar a aislamiento social. Estudios recientes señalan que la pérdida de audición no tratada se asocia con mayor deterioro cognitivo, mientras que el uso de audífonos puede atenuar dicho deterioro subrayando la importancia de pesquisar y tratar la hipoacusia. ⁶⁵

Otros sentidos también pueden afectarse: el gusto y el olfato disminuyen con la edad, lo cual puede contribuir a problemas nutricionales y a riesgos de seguridad. El tacto puede alterarse por neuropatías periféricas, reduciendo la sensibilidad a temperaturas extremas y predisponiendo a quemaduras u otras lesiones. ⁶⁶

I. Identificación y manejo del dolor: El dolor se define como “una experiencia angustiosa asociada con daño tisular real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. El dolor crónico se refiere al dolor que persiste durante meses o años, o se relaciona con afecciones de salud crónicas. Según la OMS, los trastornos musculoesqueléticos son una de las principales causas de discapacidad entre las PAM. Con el envejecimiento, hay un aumento en la incidencia de afecciones crónicas de salud, lo que lleva a una mayor carga de dolor.¹⁰⁴

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 23 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Un metaanálisis publicado en 2024 confirmó una asociación significativa entre el incremento del dolor y mayor riesgo de delirium en PAM hospitalizados, concluyendo que un manejo analgésico adecuado reduce la incidencia y severidad del delirium en este grupo.⁸² Por tanto, la gestión óptima del dolor es una prioridad en la atención de emergencias geriátricas, bajo un enfoque que equilibre el alivio sintomático con la seguridad del usuario.

J. Lesiones por presión (LPP): También conocidas como úlceras por presión, son complicaciones adquiridas en la atención médica potencialmente evitables, aunque algunas pueden ser inevitables. Tienen numerosas secuelas negativas para los individuos, los cuidadores y los servicios de salud. Una lesión por presión se define como un “daño localizado en la piel y/o el tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado con un dispositivo médico o de otro tipo”. La evaluación visual regular de la piel es el estándar de oro para identificarlas, siendo la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno los componentes clave en su manejo. Por muchas razones, las PAM en hogares de larga estancia son especialmente vulnerables a estas. El proceso de envejecimiento se asocia con cambios en la integridad de la piel que aumentan el riesgo de presentarlas. Otros factores como la inmovilidad, la desnutrición, la incontinencia, las comorbilidades múltiples y la polifarmacia también aumentan el riesgo de desarrollarlas en esta población, especialmente cuando existe una combinación de factores.⁸³⁻¹¹⁴


K. Disfagia: La disfagia orofaríngea es un síntoma que hace referencia a la dificultad para formar y manejar el bolo y secreciones endógenas, desde la cavidad oral hasta el esófago.⁷³ El envejecimiento produce un deterioro progresivo de las funciones sensitivo-motoras, que afectan a las estructuras anatómicas de cabeza y cuello implicadas en la deglución.⁷³

Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento también predisponen a la disfagia: alteraciones anatómicas y funcionales, disminución de la reserva muscular, y prolongación del tiempo de deglución⁷⁴⁻⁷⁵. Estas alteraciones pueden provocar reingresos frecuentes, complicaciones clínicas, ansiedad, sobrecarga de la persona cuidadora y mayor mortalidad⁷⁶⁻¹⁴¹.

Desde el punto de vista práctico, la disfagia sería una patología cuando altera la calidad de vida (percibida) de la persona o implica alteraciones de seguridad o eficacia en la deglución con expresividad clínica⁷³.


Más de la mitad de las personas diagnosticadas con disfagia orofaríngea presentan algún tipo de síntomas afectivos. Pero no sólo afecta a las personas con el diagnóstico, sino que también afecta a la calidad de vida de las personas cuidadoras. La disfagia provoca, además de ansiedad, vergüenza y aislamiento durante los períodos de alimentación. La neumonía por aspiración a su vez produce un incremento de la morbimortalidad y del gasto hospitalario⁷⁷.

L. Deshidratación: La deshidratación de baja ingesta es una afección común y, a menudo, crónica en las PAM. Los resultados adversos para la salud asociados con la deshidratación

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 24 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

por consumo bajo en PAM incluyen un rendimiento cognitivo más deficiente, una calidad de vida reducida, un empeoramiento del curso de la enfermedad y la recuperación, y un alto número de ingresos hospitalarios no planificados y una mayor mortalidad.⁶⁸

- M. Malnutrición y problemas bucodentales:** Un porcentaje importante de las PAM en la comunidad padece o presenta riesgo de desnutrición, a menudo relacionada con factores como vivir solos, dificultades económicas, depresión o problemas dentales que dificultan la masticación. Por otro lado, también existe la obesidad sarcopénica en algunos, mostrando patrones de malnutrición con exceso de peso, pero con pobre masa muscular⁸⁴. Los problemas de salud bucal son prevalentes: la pérdida de piezas dentales, enfermedad periodontal, boca seca y prótesis inadecuadas pueden limitar la ingesta de alimentos variados y seguros. Se ha documentado que la mala salud oral en la persona adulta mayor contribuye a mala nutrición, fragilidad e incluso mayor mortalidad⁸⁵. Una revisión sistemática mostró que mejorar la salud oral protege contra la mortalidad en PAM, y que la atención bucodental durante hospitalizaciones reduce complicaciones respiratorias.⁸⁶
- N. Estreñimiento e Impactación Fecal:** El estreñimiento crónico es un trastorno común en la población adulta mayor a nivel mundial y se asocia con comorbilidades e implicaciones negativas en la calidad de vida. La prevalencia del estreñimiento varía en diferentes estudios, principalmente debido a la falta de uniformidad de los criterios diagnósticos. Sin embargo, entre el 15% y el 30% de las personas mayores de 60 años son diagnosticadas con este problema. Algunos factores asociados son la inactividad física, la polifarmacia, las afecciones médicas crónicas, la hiposensibilidad rectal y otros defecatorios.⁸⁰
- O. Trastornos cognitivos y mentales:** El deterioro cognitivo leve y las demencias (como la enfermedad de Alzheimer) aumentan marcadamente con la edad, afectando memoria, orientación y otras funciones, con impacto en la autonomía. Igualmente, los problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad son frecuentes pero subdiagnosticados en las PAM, a veces enmascarados por quejas somáticas. La OMS estima que alrededor del 14% de las personas mayores de 60 años tienen algún trastorno mental (depresivo, ansiedad, demencia, etc⁹⁴). La depresión en la PAM puede manifestarse con aislamiento social, descuido personal o síntomas somáticos más que tristeza manifiesta, y se asocia a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (por suicidio o por interferir con el manejo de enfermedades físicas).
- P. Delirium (síndrome confusional agudo):** Es un trastorno cerebral agudo caracterizado por alteraciones cognitivas, especialmente déficits atencionales, posibles cambios de comportamiento y alteración de la alerta, con inicio súbito y curso fluctuante. Es una condición común entre las PAM hospitalizados y tiene consecuencias graves para la persona, su familia y el sistema de salud.⁶⁷
- Q. Deterioro cognitivo y demencias:** Abarca desde déficits leves de memoria o pensamiento hasta demencias establecidas (Alzheimer, demencia vascular, mixta, entre otras). Con frecuencia las PAM hospitalizadas presentan algún grado de deterioro cognitivo crónico, y otros pueden desarrollar delirium agudo sobreañadido.⁶⁹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 25 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


Las personas con demencia requieren un abordaje especial centrado en sus necesidades cognitivas y emocionales: suelen desorientarse con el cambio de entorno, pueden agitarse, deambular sin rumbo o tener dificultades para comunicar sus malestares. Un entorno hospitalario extraño puede exacerbar la confusión⁷⁰.

Por otra parte, incluso las personas adultas mayores sin demencia pueden experimentar problemas de memoria a corto plazo durante la hospitalización debido al estrés, falta de sueño o efectos de medicamentos. Promover la orientación y estimular las funciones cognitivas es parte integral del cuidado, así como manejar los síntomas conductuales de la demencia con enfoques no farmacológicos preferentemente⁷¹.

- R. **Trastornos afectivos:** Los trastornos afectivos se asocian a una mala calidad de vida en las PAM y a menudo conviven con la fragilidad. Los trastornos mentales más comunes entre ellos son la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas depresivos aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y discapacidad funcional. Además, la depresión en esta población se asocia con frecuencia con el deterioro cognitivo y la ansiedad geriátrica también conduce a cambios en el funcionamiento neuropsicológico.⁹³

- S. **Trastornos del sueño:** Los cambios en el sueño entre las PAM sanos son muy relevantes cuando se considera la alteración del sueño entre las que están en el entorno hospitalario. El sueño en las PAM se caracteriza por una disminución del sueño profundo, mayores cantidades de sueño más ligero, despertares más frecuentes, menos sueño *REM* y menos tiempo total de sueño. Además, las quejas de insomnio son más frecuentes en ellos. Las PAM también se despiertan más fácilmente del sueño por estímulos ambientales como el ruido o la exposición a la luz (que es común en el entorno hospitalario). Como resultado, el sueño se fragmenta cada vez más y la eficiencia del sueño disminuye. El ciclo circadiano de sueño / vigilia también avanza con frecuencia con la edad, lo que resulta en una tendencia a conciliar el sueño y despertarse antes, y los ritmos circadianos son más sensibles a la interrupción en las PAM. Estos cambios ocurren independientemente de cualquier patología médica o psiquiátrica. La ansiedad, la depresión, la pérdida de apoyo social, el dolor y las enfermedades agudas pueden contribuir aún más a los trastornos del sueño en personas mayores.⁹⁵

- T. **Aislamiento social y problemas psicosociales:** La soledad es una preocupación significativa entre las personas mayores, particularmente en sociedades con un rápido crecimiento de la población envejecida. La soledad es un concepto complejo descrito como un estado emocional aversivo experimentado subjetivamente, que resulta de la percepción de necesidades personales y sociales insatisfechas, y puede derivar de cambios en el estilo de vida con el envejecimiento, la disminución de la salud, la muerte de seres queridos con la reducción de redes sociales, y preocupaciones sobre la institucionalización y la situación financiera.⁶² También pueden sufrir maltrato o abuso en el ámbito familiar o comunitario, problema serio pero subregistrado. La violencia hacia las PAM es penalizada por la ley, pero requiere que el personal de salud esté atento a signos de alerta (moretones inexplicados, miedo, descuido, desnutrición severa) y sepa canalizar las denuncias o intervenciones con trabajo social según protocolos vigentes⁶⁰.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 26 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- U. Maltrato y la violencia contra la persona adulta mayor:** comprende toda acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una PAM. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión⁸⁷.
- V. Riesgos ambientales y del entorno:** Los entornos incluyen el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y se relacionan con los productos, el equipamiento y las tecnologías disponibles. Además del entorno natural o construido, abarcan el apoyo emocional, la asistencia y las relaciones proporcionadas por otras personas y animales; la cultura y actitudes de la sociedad, ya que estas influyen, tanto negativa como positivamente, en el comportamiento de la persona mayor y de otras personas con las que se comparten los entornos; y los servicios, sistemas y políticas que pueden contribuir (o no) a mejorar el funcionamiento en todas las edades y, en particular, en las edades avanzadas.¹⁵⁵

Si bien los riesgos ambientales afectan a todos los grupos de edad, la evidencia demuestra que la población de personas mayores se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad ante sus efectos. Por ejemplo, la combinación de factores ambientales como el calor extremo, los cambios de temperaturas, la mala calidad del aire y la contaminación resulta particularmente dañina para las personas mayores que padecen de enfermedades cardiovasculares o respiratorias. Además, como consecuencia del cambio climático, se producen también fenómenos climáticos extremos —sequías, inundaciones y huracanes, entre otros— que conllevan una mayor mortalidad para las personas mayores, parcialmente debido a dificultades para obtener medicamentos y otros insumos básicos; obstáculos para una evacuación rápida (por ejemplo, movilidad reducida o planes de evacuación que no consideran las necesidades particulares de este grupo etario); y un mayor riesgo de abandono o migración forzada a comunidades donde pueden encontrarse en un ambiente desconocido y en situación de vulnerabilidad.¹⁵⁵

- W. Valoración Geriátrica Integral:** Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del usuario geriátrico en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.⁷¹

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración» que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a la PAM. Se puede llevar a cabo por un equipo interdisciplinario (geriatras, profesionales de enfermería, trabajadores sociales...) que diseñará un plan individualizado de actuaciones, recomendaciones y cuidados para la corrección de los problemas detectados y la obtención de los objetivos fijados. Este plan no es inamovible y deberá ser modificado en función de la consecución de dichos objetivos, la situación clínica y la evolución que presente la persona.⁷¹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 27 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Líneas transversales de educación para la salud en las PAM

La promoción de la salud y la educación sanitaria son componentes transversales en todas las intervenciones comunitarias con PAM. La CCSS establece una serie de líneas temáticas prioritarias que deben incorporarse en las actividades educativas, de modo que en cada contacto con la población adulta mayor (sea en la consulta, visita domiciliar o charla grupal) se aborden de forma integrada diversos aspectos clave para un envejecimiento saludable. A continuación, se desarrollan estas líneas transversales de educación en salud específicas recomendadas para la PAM y personas cuidadoras, sustentadas en evidencia científica reciente:


A. Abordaje y prevención de riesgos ambientales, enfermedades vectoriales, calor y frío: Esta línea complementa lo expuesto en problemas frecuentes, con medidas prácticas de educación ambiental y de autocuidado frente al clima. Se enseña a las PAM y familia a identificar y mitigar riesgos en el hogar: mantener pisos secos y sin obstáculos (limpiar inmediatamente derrames, asegurar cables eléctricos pegados a la pared), usar calzado antideslizante dentro de casa, instalar barras de apoyo en ducha e inodoro, colocar rampas o barandas donde haya gradas. Asimismo, dispositivos de seguridad: detector de humo, reguladores de gas, extintor casero, timbre o teléfono al alcance en caso de emergencia (incluso botón de pánico si vive solo y es viable).

B. Actividad física, ejercicio y deporte (promoción, prevención y factores de riesgo): Mantenerse físicamente activo es uno de los pilares del envejecimiento saludable. Se debe educar al PAM sobre los beneficios del ejercicio regular que ayuda a preservar la fuerza muscular, el equilibrio y la flexibilidad, reduciendo el riesgo de caídas y mejorando la salud cardiovascular y mental. La recomendación general de la OMS para las PAM es acumular al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, adaptada a sus capacidades, e incorporar ejercicios de fortalecimiento muscular y de equilibrio al menos 2-3 veces por semana⁹⁶.

En la práctica, el personal de salud puede sugerir actividades sencillas y seguras: caminatas diarias, bailes suaves, yoga, ejercicios sentados para las PAM que tienen movilidad reducida, o su participación en grupos comunitarios de actividad física. Es importante destacar que cualquier cantidad de actividad es mejor que nada, animando incluso a quienes nunca han hecho ejercicio a empezar.

C. Calidad de vida: Se educa que la edad avanzada incluye dimensiones subjetivas además de las objetivas de salud, como sentirse útil, tener relaciones satisfactorias, mantener cierta independencia en decisiones. Por ello, desde la atención de enfermería se debe reforzar el hábito de preguntar a la PAM sobre sus preferencias y metas personales en su plan de cuidado⁶¹.

Iniciativas como ciudades y comunidades amigables con la edad son mencionadas para motivar la participación social y el derribo de barreras ambientales, persiguiendo el ideal de lograr que las personas lleguen a edades avanzadas con la mayor salud y autonomía posible, y aquellos que ya tienen limitaciones igualmente puedan experimentar bienestar y dignidad⁶¹.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 28 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- D. Cambio climático y desastres:** se educa sobre medidas para protegerse del calor: hidratarse con agua frecuentemente (incluso sin sed), usar ropa ligera de colores claros, permanecer en la sombra o interiores frescos durante las horas de mayor sol (10am-4pm), nunca quedarse dentro de vehículos cerrados estacionados, consumir comidas ligeras. Hay que explicar que las PAM son especialmente susceptibles a golpes de calor y muertes por altas temperaturas⁹⁷.

En caso de frío intenso, recomendar vestir en capas abrigadas, mantas adicionales en la noche, calentadores seguros si los usan (y ventilación adecuada para evitar intoxicación por monóxido de carbono), y vacunación anual contra influenza para prevenir complicaciones respiratorias en época lluviosa o de bajas temperaturas. También alimentarse bien para tener energía térmica.

- E. Cuidados a la PAM con dispositivos de alimentación, urinarios y ostomías:** Cuando se identifican PAM en la comunidad con dispositivos médicos de apoyo (alimentación enteral por sonda, sonda urinaria permanente, o alguna estoma como colostomía) que requieren cuidados específicos para prevenir complicaciones. La educación se dirige principalmente a las personas cuidadoras y familiares, aunque la PAM si está en plenas capacidades funcionales debe comprender los cuidados básicos.

1. **Alimentación enteral (sonda nasogástrica, yeyunal o gastrostomía):** se instruye sobre la técnica adecuada de administración de la dieta (en bolos con jeringa o por gravedad), siempre con la persona semisentada durante y mínimo 30 minutos después para evitar bronco - aspiración. Se recalca lavar la sonda antes y después de cada alimentación con agua pura para evitar obstrucciones. Mantener higiene alrededor de la estoma de gastrostomía, limpiando con solución salina y secando bien, vigilando signos de infección (enrojecimiento, secreción purulenta). Hay que mencionar que la complicación más grave es la aspiración pulmonar de contenido gástrico, por lo que nunca se debe alimentar al usuario acostado, y si vomita o tose, pausar la alimentación y consultar. También enseñar a realizar la medición del contenido gástrico previo a la alimentación, cambios en la fijación y a reconocer si la sonda se desplaza o tapa, y la importancia de mantener el equipo limpio (bolsas, jeringas). ^{54,98}
2. **Sondas urinarias (Foley) permanentes:** enfatizar la prevención de infección urinaria (ITU). Las ITU asociadas a catéter son muy comunes si no hay buen cuidado, por ello se debe minimizar el uso y tiempo del catéter, si el médico lo dejó indefinido, periódicamente reevaluar si aún es necesario. Mientras tanto, mantener siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, evitar tracciones o acodaduras del tubo, realizar el sondaje limpio (lavado de manos antes de manipular, higiene diaria del meato urinario con agua y jabón). Cambiar el catéter y la bolsa según indicación médica (usualmente cada 4-6 semanas) o si se ensucia. Reportar signos de alarma: orina turbia, con mal olor, fiebre, malestar; en tal caso acudir por posible ITU. También instruir cómo vaciar la bolsa sin contaminar la salida y mantenerla cerrada. ⁵⁴⁻⁹⁹
3. **Ostomías (colostomía, ileostomía, urostomía):** enseñar la técnica de cambio de bolsa recolectora, con material adecuado y a cuidar la piel periostomal: limpiando con suavidad solo con agua y secar bien, no usar químicos irritantes, aplicar protectores

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 29 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

cutáneos (como barrera hidrocoloide) para evitar dermatitis por el contacto con heces u orina. Se sugiere llevar un registro de la frecuencia de cambios y aspecto de la estoma (debe ser rosado/rojo, húmedo; si está pálido o ennegrecido es urgencia). Además, orientación dietética: en colostomizados, ciertos alimentos pueden causar gases u olores (legumbres, repollo) – moderarlos según tolerancia; en ileostomizados, cuidar la hidratación porque pierden más líquidos. Brindar apoyo emocional también es parte del plan de educación: aceptar una estoma puede ser difícil, se alienta la participación en grupos de apoyo de ostomizados.^{100,54}


Además, considerar la educación en el mantenimiento de los patrones funcionales según el protocolo institucional vigente.¹⁰¹⁻¹⁰²

- F. Cuidados al final de la vida** Los cuidados al final de la vida se fundamentan en un enfoque integral, activo y continuo, orientado a la atención de las personas en situaciones de enfermedad avanzada, independientemente de su edad.

Estos cuidados forman parte de los cuidados paliativos y tienen como propósito principal promover el bienestar, la dignidad y la autonomía de la persona adulta mayor, así como brindar acompañamiento y apoyo a su familia o red de apoyo durante este proceso.

Los objetivos del plan de atención de enfermería deben orientarse a:

1. Ofrecer cuidados que contribuyan a mantener la mejor calidad de vida y confort posibles, respetando los valores, deseos y prioridades expresadas por la persona adulta mayor. Asimismo, se busca minimizar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, tanto de la persona usuaria como de su familia, mediante intervenciones oportunas, humanizadas y coordinadas con el equipo interdisciplinario. Control y seguimiento de los síntomas.
2. Establecer la coordinación entre los distintos niveles asistenciales a fin de proporcionar una adecuada atención y soporte tanto al enfermo como a su familia, promoviendo la continuidad de cuidados y potenciando la formación de equipos interdisciplinarios en cuidados paliativos.
3. Proporcionar cuidados adaptados a las necesidades de la persona enferma, potenciando la incorporación de la familia en el plan de cuidados.¹⁰³
4. Tener información es un derecho básico y general. Uno de los valores centrales de los cuidados paliativos es que la PAM enferma tome sus propias decisiones en cuanto a la elección del cuidado que, a su vez, es el reflejo de una atención centrada en la persona. En este sentido, para minimizar algunas de las barreras existentes es recomendable:
 - Valorar la capacidad autónoma de la persona y valorar su deseo de participación en la toma de decisiones.
 - Hay que considerar que la competencia de decidir incluye voluntariedad, comprensión de la información y la capacidad de tomar decisiones.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 30 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- Si la persona no puede o no quiere participar en la toma de decisiones, determinar con la PAM enferma qué familiar o representante quiere que decida, siguiendo las regulaciones y principios éticos y el consentimiento informado.
- Introducir en la historia clínica aquellos aspectos que puedan ser de interés para un cuidado más personalizado en ese momento o en un futuro.
- Mejorar la accesibilidad y facilitar el proceso de elaboración y registros del documento de voluntades anticipadas^{34- 103}.


G. Cuidados sensoriales: La educación en este campo busca prevenir o minimizar los efectos de la pérdida sensorial y aprovechar las soluciones disponibles. En salud visual, se recomienda un examen de la vista anual, aun si no refieren problemas, dado que condiciones como glaucoma o degeneración macular pueden detectarse a tiempo. Se explica que incluso defectos leves de visión duplican el riesgo de caídas si no se corrigen. Usar los lentes recetados todo el tiempo indicado, mantenerlos limpios, y actualizar la fórmula óptica cuando sea necesario. Si el PAM tiene diagnóstico de cataratas y estas afectan sus actividades, se le informa sobre la posibilidad de cirugía, la cual es altamente efectiva para restaurar la visión. También se brindan consejos de higiene visual: iluminar bien la casa, colocar luces nocturnas para ir al baño, usar lentes de sol para protegerse de rayos UV al exterior¹⁰⁴.

En salud auditiva, se promueve la evaluación auditiva (audiometría) si la persona o su familia notan que pide repetir las cosas, sube el volumen de la televisión. La hipoacusia es tratable con frecuencia con audífonos, y se enfatiza que usarlos mejora la comunicación y puede incluso enlentecer el deterioro cognitivo asociado a la privación sensorial. Se educa sobre el uso correcto de audífonos: mantenerlos con baterías cargadas, limpiarlos, usarlos diariamente e ir a calibración cuando corresponda. A falta de audífono, se sugiere mantener entornos de conversación sin exceso de ruido de fondo, hablar de frente y vocalizando bien¹⁰⁴.

En cuanto al gusto y olfato, se explica que su disminución puede hacer que la comida se sienta insípida; se dan consejos para realzar sabores sin sal ni azúcar en exceso: usar hierbas aromáticas, condimentos naturales, marinados, variedad de colores y texturas para estimular el apetito. Y se advierte a las PAM y personas cuidadoras sobre riesgos de la pérdida del olfato: no oler gas de cocina o comida descompuesta; por ello, instalar detectores de humo/gas en casa si es posible, y verificar fechas de vencimiento de alimentos.¹⁰⁵⁻¹⁰⁶

Sobre el tacto, PAM con neuropatía diabética u otra tienen sensibilidad reducida; se les enseña a evitar temperaturas extremas: entre otros, siempre probar el agua del baño con el codo primero, usar guantes para manipular objetos calientes, revisar diariamente sus pies y piel en busca de lesiones inadvertidas (especialmente diabéticos, con ayuda de la persona cuidadora si hay zonas que no alcanza a ver)¹⁰⁷.

Finalmente, se anima a aprovechar tecnologías de apoyo sensorial debidamente indicadas según necesidades particulares: lupas de aumento o libros con letra grande para la vista, teléfonos con volumen alto o vibración, alarmas visuales para timbres, bastón para personas con déficit visual⁶³.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 31 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

H. Eliminación de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, sedentarismo y estrés: Esta línea se enfoca en modificar conductas poco saludables que estén presentes en las PAM:


1. **Tabaquismo:** Se comunica claramente que dejar de fumar aporta beneficios inmediatos y a largo plazo, incluso en edades avanzadas. Estudios muestran que personas que abandonan el cigarrillo entre los 60-69 años logran reducir significativamente su riesgo de mortalidad en comparación con quienes continúan fumando¹⁰⁸. Por tanto, se motiva a intentar la cesación tabáquica con ayuda médica si es necesario (Clínica de cesación CCSS, apoyo psicológico). Se explican los riesgos activos: fumar empeora la EPOC, incrementa riesgo cardiovascular, favorece cáncer y deteriora la calidad de vida (disnea, menor gusto de alimentos).
2. **Alcohol:** La OMS ha identificado los daños relacionados con el alcohol entre las PAM como una preocupación creciente. En las últimas décadas, el consumo de alcohol en esta población ha aumentado en varios países.¹⁰⁹

El consumo de alcohol, incluso en cantidades consideradas bajas, puede generar efectos más perjudiciales en las personas adultas mayores que en poblaciones más jóvenes. Esto se debe a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, que afectan el metabolismo y la eliminación del alcohol, prolongando su permanencia en el organismo. En este grupo etario, el consumo de alcohol puede acelerar o agravar problemas frecuentes asociados al envejecimiento, como el aumento del riesgo de caídas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño.

Adicionalmente, muchas personas adultas mayores utilizan medicamentos de forma crónica para el manejo de estas y otras condiciones de salud. La ingesta concomitante de alcohol y fármacos —particularmente, analgésicos, antidepresivos u otros medicamentos de acción central— incrementa el riesgo de interacciones adversas. Estas interacciones pueden potenciar los efectos sedantes, aumentar la concentración de alcohol en sangre, reducir la eficacia terapéutica de los medicamentos y exacerbar efectos secundarios como la confusión, la somnolencia o la inestabilidad postural.

La evidencia señala que las intervenciones más efectivas para abordar el consumo de alcohol en personas adultas mayores incluyen:

- la provisión de información clara y adaptada sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud;
 - el fortalecimiento del apoyo social mediante el diálogo y la comunicación sobre el consumo y sus efectos; y
 - la entrega de retroalimentación personalizada sobre los patrones de consumo, favoreciendo la toma de decisiones informadas y el autocuidado.¹⁰⁹
3. **Estrés crónico:** Los altos niveles de estrés se han asociado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y en pacientes con Eventos Cardio Vasculares, con resultados adversos, incluida la muerte, eventos recurrentes y peor calidad de vida. Las últimas pautas del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 32 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Estadounidense del Corazón sobre la prevención de Eventos Cardiovasculares recomiendan abordar los factores estresantes psicosociales como una medida preventiva para disminuir el riesgo cardiovascular. Los ensayos controlados aleatorios que prueban intervenciones para mitigar el impacto del estrés, incluida la terapia cognitivo-conductual, la meditación trascendental y las sesiones de psicoterapia grupal han demostrado una disminución del riesgo de muerte y eventos recurrentes en pacientes con Eventos cardiovasculares. Se ha demostrado que equipar a las personas con habilidades de afrontamiento para reducir el estrés en sus vidas es eficaz para mejorar la calidad de vida en personas con enfermedad de las arterias coronarias. ¹¹⁰.

- I. **Enfermedades vectoriales (dengue, zika, chikungunya)**, la educación se centra en eliminar criaderos de mosquitos *Aedes* en el domicilio: vaciar o tapar recipientes con agua estancada (baldes, llantas, floreros), cambiar el agua de bebederos de mascotas diario, limpiar canaletas; también protegerse de picaduras: usar repelente en las partes expuestas de piel, mosquiteros en camas, telas metálicas en ventanas, ropa de manga larga clara cuando la incidencia de mosquitos sea alta. Dado que las PAM tienen mayor riesgo de complicaciones por dengue⁹⁰, se enfatiza en no subestimar síntomas: si presenta fiebre, dolor detrás de los ojos, malestar, acudir pronto al médico.
- J. **Envejecimiento saludable y calidad de vida:** Esta línea resume e integra todas las anteriores, centrándose en el concepto de envejecimiento saludable según la OMS, definido como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”¹¹¹. Se educa a la población sobre qué es envejecer saludablemente: mantener y optimizar la capacidad funcional, entendida como la combinación de las capacidades intrínsecas de la persona y las características del entorno que le permiten ser y hacer lo que considera valioso, favoreciendo así su bienestar y calidad de vida.¹²⁶

En términos prácticos, se promueven los determinantes de un envejecimiento saludable: llevar una dieta equilibrada, mantenerse activo físicamente, participar socialmente, continuar estimulando la mente (leer, juegos mentales, aprender cosas nuevas), asistir regularmente a controles de salud para prevención y manejo adecuado de enfermedades, vivir en entornos seguros y accesibles, y contar con apoyo social y afectivo. Se enfatiza la importancia de la prevención a lo largo de la vida: muchas condiciones patológicas o agravantes asociadas al envejecimiento no saludable se pueden atenuar si se cuida la salud desde etapas más tempranas, pero incluso empezando en la propia vejez siempre hay ganancias.

- K. **Fomentar la autoestima y propósito de vida en las PAM:** animarlo a fijarse metas, a seguir disfrutando pasatiempos o roles significativos (interacción familiar e intergeneracional - nietos, hijos, vecinos-, el voluntariado comunitario), ya que esto da sentido y mejora la calidad de vida⁶¹. También se promueve la planificación para el futuro (toma de decisiones anticipadas sobre cuidados, aspectos patrimoniales)³⁴ como parte de un envejecimiento activo y con control sobre la propia vida.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 33 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


La educación en esta línea busca inspirar a la población adulta mayor a adoptar una actitud positiva hacia el envejecimiento, evitando el edadismo interiorizado; al contrario, hacerles ver que pueden seguir aprendiendo, aportando a la sociedad y disfrutando. Para la comunidad y las familias, se inculca la importancia de integrar a la PAM, evitar aislarlo en decisiones o subestimarle, pues eso impacta su bienestar. Una actividad recomendada a los nuevos cumplimientos de edad adulta mayor es la preparación para la jubilación, accediendo a capacitaciones ofrecidas por la CCSS el ente empleador o cualquier otra organización pública o privada; la planificación de esta etapa post laboral contribuye con la calidad de vida de la PAM.¹¹²

- L. Mantenimiento de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria (AVD):** Este componente transversal se orienta a mantener a las PAM lo más independiente posible en sus funciones diarias, retrasando la discapacidad. Se educa sobre la importancia de las AVD básicas (baño, vestido, alimentación, etc.) y AIVD (manejo del hogar, finanzas, transporte) como indicadores de salud funcional. Se enseña tanto a la PAM como a su familia estrategias para conservar la autonomía: como instaurar rutinas que le permitan hacer por sí mismo lo que aún pueda (aunque tome más tiempo, animarlo a que intente vestirse solo usando adaptaciones como calzador de mango largo, abotonadores, en lugar de hacer todo por él). Se sugiere adecuar la vivienda para fomentar la independencia: silla de baño si tiene dificultad al aseo, elevador de inodoro, utensilios especiales, andaderas o bastones para facilitar la marcha.¹¹³

El personal de enfermería puede realizar o coordinar sesiones de entrenamiento en AVD: enseñar ejercicios de amplitud de movimiento, entrenar en cómo levantarse de la cama para evitar mareos, o cómo subir escaleras de forma segura. Un mensaje central es evitar la inmovilidad prolongada: estar en cama o sillón sin necesidad acelera la pérdida funcional; se anima a mantenerse activo en tareas cotidianas (regar plantas, ayudar a doblar la ropa, cocinar)¹¹³.

Por otro lado, se educa sobre factores que precipitan dependencia: hospitalizaciones largas sin movilización pueden hacer que una PAM previamente independiente quede postrado (síndrome de des acondicionamiento); se aconseja a las personas cuidadoras que, incluso durante enfermedad, procuren movilizar a la PAM lo antes posible y hacer ejercicios pasivos en cama si no puede levantarse, para conservar fuerza. Igualmente, la desnutrición y el sedentarismo son enemigos de la funcionalidad – de ahí la importancia de la nutrición adecuada y ejercicio ya mencionados¹¹³.

- M. Nutrición amigable con la salud oral:** Priorizar alimentos de textura adecuada si hay dificultad de masticación, limitar azúcares refinados que causan caries. En hogares de larga estancia, el profesional de enfermería debe capacitar a los colaboradores en realizar la higiene oral a los residentes con dependencia. Mejorar la salud bucodental en las PAM protege contra múltiples problemas; estudios demuestran que una buena higiene oral incluso se relaciona con menor mortalidad en personas mayores institucionalizados⁸⁶.
- N. Preparación en el marco de las voluntades anticipadas,** en Costa Rica, las voluntades anticipadas se formalizan a través de la Ley N° 10231 de Voluntades Anticipadas y su reglamento, permitiendo a una persona decidir sus preferencias de tratamiento médico en caso de no poder comunicarse. Se pueden realizar ante un notario público y dos testigos, ante dos profesionales de la salud calificados y dos testigos, o ante un representante del

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 34 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Registro Nacional de Voluntades Anticipadas y dos testigos. El documento debe ser escrito, incluir la voluntad del declarante, sus datos, y renovarse cada cinco años para mantenerse válido³⁴.

- O. **Prevención en desastres:** Educar sobre elaborar un plan familiar en caso de sismos, inundaciones, erupciones volcánicas u otra emergencia, tener un botiquín y documentos a mano.
- P. **Prevención de úlceras por presión en quienes ya tienen movilidad reducida:** El personal de enfermería debe orientar tanto al usuario como a su cuidador sobre las medidas preventivas que pueden aplicarse en el hogar o durante la hospitalización, de forma que comprendan su importancia y participen en el cuidado. Se deben promover acciones como:

Cambios posturales frecuentes, evitando la permanencia prolongada en una misma posición y utilizando técnicas seguras de movilización¹¹⁴.

Inspección diaria de la piel, prestando especial atención a prominencias óseas, zonas enrojecidas o húmedas, y comunicando de inmediato cualquier alteración al personal de salud¹¹⁴.

Higiene e hidratación cutánea adecuada, utilizando jabones neutros, secado sin fricción y aplicación de cremas humectantes¹¹⁴.

Uso correcto de dispositivos de apoyo, como colchones y cojines anti escaras, asegurando su mantenimiento y posicionamiento correcto¹¹⁴.

Nutrición e hidratación suficientes, enfatizando el consumo de proteínas, vitaminas y líquidos, ajustado a las indicaciones médicas y nutricionales¹¹⁴.


Evitar la fricción y el arrastre, especialmente en transferencias en la cama¹¹⁴.

Promoción de la autonomía, estimulando al usuario a participar, según sus posibilidades, en sus actividades de autocuidado¹¹⁴.

- Q. **Reducción del sedentarismo:** evitar estar sentado o acostado por períodos prolongados; al contrario, intercalar pausas activas, levantarse y moverse cada cierto tiempo⁹⁶. Aquí se puede sugerir combinar la televisión, radio, o redes sociales, con algún movimiento fortaleciendo la combinación de hábitos. Además, se advierte sobre los factores de riesgo asociados a inactividad: la vida sedentaria incrementa la pérdida muscular, favorece obesidad, diabetes, depresión y deterioro cognitivo.

Las evidencias muestran que incluso personas frágiles mejoran su funcionalidad con programas de ejercicio de resistencia y equilibrio, revirtiendo la fragilidad en semanas¹¹⁵⁻¹⁵¹.

El profesional de enfermería puede demostrar ejercicios básicos durante visitas o talleres, entregar folletos ilustrativos y establecer metas personalizadas de actividad.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 35 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- R. Riesgos externos:** precaución al cruzar calles (tiempo de reacción más lento), evitar horas pico de tráfico, usar bastón o andadera si tiene marcha inestable fuera de casa. En zonas rurales, cuidado con animales ponzoñosos (escorpiones, arañas, serpientes) manteniendo patios limpios, y en zonas urbanas, protegerse en horas nocturnas por la inseguridad (no salir solo muy tarde).
- S. Salud bucodental:** Una buena salud oral es esencial para una nutrición adecuada, para prevenir infecciones y para la autoestima de la PAM. Se enfatiza la importancia de la higiene bucal diaria: cepillado de dientes (o prótesis) al menos dos veces al día con pasta fluorada, limpieza de encías y lengua, uso de hilo dental o cepillos interproximales si es posible. Se explica que las enfermedades periodontales no tratadas pueden llevar a pérdida de piezas dentales y a complicaciones⁸⁵. La periodontitis y la caries no solo causan dolor y pérdida dental, sino que se asocian a mayores tasas de⁸⁵. Se promueve la visita anual al odontólogo para revisión, limpieza dental y ajuste de prótesis en quienes las usan. Se recalca que con higiene y controles es posible conservar dientes sanos de por vida. A quienes usan dentadura postiza, se les enseña cómo limpiarla cada día y retirarla por las noches, así como vigilar la mucosa bucal para detectar lesiones por roce (que podrían ulcerarse o incluso desarrollar candidiasis).
- T. Sexualidad en las personas adultas mayores:** Es una dimensión frecuentemente olvidada en la educación a las PAM debido a tabúes, pero forma parte integral de la salud y el bienestar. Se educa a las PAM y a la sociedad en general sobre el hecho de que la sexualidad no desaparece con la edad. Se promueve una actitud abierta y respetuosa hacia la sexualidad de las PAM, combatiendo mitos (“las personas mayores no tienen deseo”, “no deben/pueden tener relaciones”). Estudios han encontrado que la actividad sexual en PAM se asocia con mayor disfrute de la vida y bienestar emocional¹¹⁶.

En cuanto a promoción, se alienta a quienes tienen pareja a mantener la intimidad física y emocional de forma segura y satisfactoria: esto puede implicar explorar nuevas formas de expresión (caricias, masajes) si hay impedimentos para el coito, utilizar lubricantes vaginales para las mujeres postmenopáusicas y así evitar dispareunia, o consultar con el médico sobre tratamientos para la disfunción eréctil en varones (hay opciones como fármacos, terapia psicológica si hay componentes emocionales¹¹⁶).

Es importante educar que los cambios fisiológicos (menor lubricación, menor elasticidad vaginal, erecciones más lentas o menos firmes) son normales, pero manejables con comunicación y adaptación. Asimismo, en residentes de hogares de larga estancia se debe respetar su derecho a la intimidad, ofreciendo espacios privados si tienen una relación afectiva¹¹⁶.

1. **Noción de sexualidad plena** más allá del coito: afecto, compañía, contacto físico (abrazos, besos) son parte de la sexualidad y fundamentales para la salud mental. Para quienes ya no tienen pareja, se sugiere mantener vínculos afectivos cercanos (amistades, familiares) y no descartar la posibilidad de nuevas relaciones si así lo


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 36 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

desean, venciendo barreras sociales. Se enfatiza que la sexualidad es un derecho humano a lo largo de toda la vida y que el personal de salud (Psicología, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, entre otros) está disponible para brindar orientación profesional sobre disfunciones sexuales, terapia de pareja o lo que se requiera, sin prejuicios¹¹⁶.

2. **Prevención de abusos sexuales:** Cualquier PAM y con mayor riesgo en aquellas con deterioro cognitivo pueden ser vulnerables a abusos; se educa a la persona cuidadora en vigilar y reportar cualquier sospecha, y a las PAM capaces se les empodera para decir no y denunciar abordaje que puede darse en espacios de enfermería como consulta de Salud Mental y Psiquiatría⁸⁴.
3. **Riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS):** Se educa que estos existen a cualquier edad, con el incremento de separaciones y viudez, los PAM inician nuevas relaciones, a veces sin la educación en métodos de protección porque no temen el embarazo, pero olvidan las infecciones. De hecho, la incidencia de infecciones de transmisión sexual en PAM se ha más que doblado en las últimas décadas, evidenciando la necesidad de educación. Se informa sobre el uso del condón como única medida preventiva contra ETS (y que, aunque algunos varones adultos mayores puedan tener dificultad para usarlo por disfunción eréctil, hay alternativas como condones femeninos). También se recomienda pruebas diagnósticas si hubiese conductas de riesgo, valorando cada exposición particular, PAM heterosexuales con múltiples parejas, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (test de VIH si ha tenido contactos sexuales sin protección¹¹⁷⁻¹¹⁸).

U. Xerostomía (boca seca) es frecuente por medicamentos o edad, y puede aumentar caries; se aconseja mantenerse hidratado, masticar chicle sin azúcar o usar sustitutos de saliva si es muy molesto. También se integran a la educación las personas cuidadoras.⁸⁵

El éxito de la educación en salud radica en la constancia, claridad y pertinencia cultural. Se deben adaptar los mensajes a la realidad local (usando ejemplos prácticos, respetando creencias), involucrar a líderes comunitarios o pares (alguna PAM que comparta su experiencia positiva tras cambiar un hábito) y utilizar metodologías participativas (dinámicas grupales, consultas interactivas, materiales visuales, recursos locales). Con estas líneas transversales bien integradas, cada contacto con la PAM se transforma en una oportunidad para mejorar algún aspecto de su salud y prevenir complicaciones, contribuyendo al objetivo mayor: un envejecimiento saludable con calidad de vida.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 37 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Módulo No. 2 Intervención de enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en el primer nivel de atención.

Lugar

Servicios de consulta externa en los establecimientos de salud de la CCSS:

- Sedes de área de salud tipo 1-2 y 3
- Sedes de EBAIS
- Puestos de visita periódica
- EFES (Domiciliar, laboral, comunal, educativo)

Personal que interviene

- Profesional de Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- ATAP

Intervenciones:

El acelerado envejecimiento poblacional plantea nuevos retos a los sistemas de salud. La CCSS ha establecido lineamientos específicos para la atención integral de las PAM en el PNA, con énfasis en escenarios extramuros o EFES¹⁰. Estos escenarios incluyen la atención domiciliar, en la comunidad, en ámbitos educativos y laborales, reconociendo que son los lugares donde las personas viven, estudian y trabajan donde se logra el mayor impacto en su salud⁷³. Este módulo desarrolla las intervenciones de enfermería para la gestión del cuidado de la persona adulta mayor en estos escenarios comunitarios, siguiendo un enfoque de atención centrada en la persona y sustentado en modelos teórico-prácticos de enfermería^{11,12}.


El profesional de enfermería y el ATAP forman un equipo clave en el PNA, complementando roles para promover el envejecimiento saludable, prevenir enfermedades y detectar precozmente problemas de salud en la PAM, manteniéndola en su entorno familiar y comunitario tanto como sea posible⁵⁸.

En el modelo de atención primaria de la CCSS, el trabajo en equipo entre el Profesional de Enfermería y el ATAP es fundamental para cubrir eficientemente las necesidades de la PAM en la comunidad. Cada uno tiene funciones definidas y complementarias:

I. Rol del Profesional de Enfermería (Enfermera/o)

El profesional de enfermería en el PNA participa en la gestión del cuidado de la PAM, actuando como referente clínico y educador, con actividades que incluyen:


- Valoración integral periódica:** El personal de enfermería realiza la valoración clínica y funcional integral de la PAM, idealmente al menos una vez al año o con mayor frecuencia según riesgos. En la consulta de control anual de salud en el EBAIS, el profesional supervisa

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 38 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

que el Auxiliar de Enfermería verifique indicadores clínicos (presión arterial, glicemia capilar, estado nutricional, salud bucal, agudeza visual y auditiva, estado mental básico) y explore los criterios de evaluación de la pérdida de capacidad funcional en el expediente electrónico para visión, audición, capacidad de movilización, caídas, incontinencia urinaria, pérdida de peso, prueba corta de memoria, depresión, polimedicación, abuso y maltrato, alteración del movimiento, siguiendo las indicaciones y advertencias que el sistema muestra, comentando los hallazgos con el médico o el profesional de enfermería que realizará la consulta y ofreciendo las recomendaciones pertinentes (Anexo 3). En el caso del ATAP en el SIFF, verifica que se explore y completa las secciones de la ficha de control individual, condición actual, hábitos, antecedentes de ideación suicida, indicios de violencia, condiciones de discapacidad y condición de salud, así como que se anote en la sección de Hallazgos y Recomendaciones, las condiciones de riesgo que se observen, así como las recomendaciones oportunas y finalmente, se complete la sesión de referencias cuando corresponda. (Anexo 4)

Esta valoración identifica los riesgos existentes de pérdida de capacidad funcional de la PAM y permite elaborar un plan de atención. Además, debe pesquisar factores de riesgo en cada contacto, como lo señala el manual institucional⁵⁸, promoviendo que toda PAM acuda a su control anual de salud (según su condición de asegurado) y vigilando signos de alerta entre controles.

- B. Detección y captación temprana:** Ante hallazgos de situaciones de salud en la valoración en atención directa o por reportes del ATAP, el profesional de enfermería verifica que la PAM haya sido referida al EBAIS correspondiente para confirmar o descartar problemas incipientes. Además, lidera la captación de nuevas PAM; mediante reportes del SIFF genera listados de estos, adscritos identificados en las familias visitadas, para que los EBAIS los incorporen en el registro y les programen su primera evaluación según normativa, en donde toda PAM debe estar registrada y con control de salud vigente en su EBAIS, lo cual requiere de la coordinación entre enfermería y ATAP para lograr altas coberturas⁵⁸.
- C. Elaboración y gestión del Plan de Cuidados:** Con base en la valoración integral, el profesional de enfermería diseña un plan de cuidados individualizado, estableciendo diagnósticos de enfermería objetivos (en términos de mejorar/ mantener funcionalidad, prevenir complicaciones) e intervenciones específicas según los problemas identificados (Ver Herramientas de aplicabilidad). Este plan debe incluir educación a la PAM y persona cuidadora, seguimiento de enfermedades crónicas (control de presión arterial, glicemia), medidas para abordar problemas identificados (ejercicios para fortalecer marcha en quien tiene riesgo de caídas, derivar a EBAIS para referencia a terapia física; consejos nutricionales en caso de desnutrición; calendario de vacunación al día contra influenza, neumococo). Además, coordina la ejecución del plan en conjunto con el ATAP y el resto del equipo (Profesionales en medicina, farmacia, trabajo social), y realiza la evaluación continua de los resultados en siguientes visitas o atenciones, ajustando intervenciones según necesidad. ⁴⁶⁻
- D. Atención directa y procedimientos de enfermería:** En el establecimiento o en escenarios domiciliarios o comunales, cuando la complejidad lo amerita, el profesional de enfermería brinda atención directa. Entre las atenciones se incluyen curaciones en LPP o heridas

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 39 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

crónicas, administra medicamentos inyectables o terapia IV en el hogar o el establecimiento según prescripción médica, instala sondas vesicales o nasogástricas temporales cuando se requieren y entrena a la familia en su manejo, coordina o apoya con laboratorio clínico para la toma de muestras a domicilio en personas encamadas que no pueden trasladarse. También, en hogares de larga estancia que no cuentan con el recurso de enfermería en su contingente, asesora en la administración de medicamentos, evalúa signos de alarma en residentes y capacita al personal cuidador de estas instituciones en buenas prácticas de cuidado a la PAM.⁵⁴⁻⁵⁸⁻¹¹⁴

- E. Educación para la salud y apoyo psicosocial:** El profesional de enfermería organiza y conduce charlas educativas tanto en las sedes de área o EBAIS como en EFES, abordando temas como autocuidado de enfermedades crónicas, nutrición en PAM, actividad física adaptada, prevención de caídas, estimulación cognitiva.

Presupuesta y gestiona con la administración de la unidad, la ejecución de estas actividades, las cuales se pueden agendar durante todo el año y especialmente en junio, octubre y noviembre, meses en los que se promueven acciones orientadas a la prevención del maltrato a la persona adulta mayor, al respeto a la PAM y el apoyo a las personas cuidadoras, en la institución y el país.


Además, ofrece consejería individual durante las consultas de enfermería, en temas como, por ejemplo: Reforzamiento de la técnica de administración de insulina en la PAM con diabetes mellitus que presenta visibilidad disminuida, o ejercicios respiratorios a una persona con EPOC.

En la dimensión psicosocial, el profesional de enfermería suele brindar apoyo emocional y detectar necesidades de apoyo social: si nota a una PAM desanimada por soledad, puede coordinar con Trabajo Social para la inclusión en algún grupo de PAM en la comunidad; si identifica sobrecarga en una persona cuidadora o familiar, puede orientarlo sobre técnicas de cuidado y espacios de respiro, o referir a grupos de apoyo de personas cuidadoras.⁵⁸⁻¹¹⁹⁻¹²⁰⁻¹²¹

- F. Coordinación interprofesional e interinstitucional:** Gestiona referencias realizadas por los ATAP a los servicios de apoyo. Coordina con el médico general del EBAIS los casos que necesitan ajuste farmacológico o diagnóstico médico.

Mantiene comunicación con el ATAP para dar seguimiento a las indicaciones en el domicilio. Identifica o gestiona con actores sociales programas comunales con los que puede enlazar a PAM como parte del plan de cuidado (actividad física para PAM, o servicios de Cuidados Paliativos en domicilio para personas con enfermedades terminales⁵⁸).

Coordina con Trabajo Social cuando es requerido gestionar apoyo de instituciones estatales u organizaciones locales, notificando situaciones de riesgo social o solicitando beneficios (inclusión en hogares de larga estancia cuando no hay red familiar o de apoyo). Esta gestión intersectorial es crucial especialmente en casos de vulnerabilidad social o maltrato, en que se activa la ruta de protección legal (Denuncia ante las instancias correspondientes de acuerdo con la Ley 7935⁴, Ley 9394³² y protocolos institucionales⁶⁰).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 40 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- G. Consulta de enfermería general para la valoración integral de la PAM en el PNA:** Responde a la necesidad de brindar una atención oportuna, continua, centrada en la persona y basada en la prevención, detección temprana y acompañamiento durante el proceso de envejecimiento.⁵⁸⁻¹²⁰ Esta modalidad permite ejercer el rol profesional con autonomía técnica, conforme al Estatuto de Servicios de Enfermería del Colegio de Enfermeras de Costa Rica (CECR) y a la Ley N.º 7085²², que establece a Enfermería como una profesión independiente, responsable de la gestión del cuidado en todos los niveles del sistema de salud.

Esta consulta de enfermería cumple funciones clave como:


1. La valoración integral de la persona adulta mayor con enfoque funcional, cognitivo, social, afectivo y ambiental.
2. La educación en salud individual y familiar para la promoción del autocuidado y el envejecimiento activo.
3. La estratificación del riesgo de pérdida de capacidad funcional permite identificar situaciones de riesgo como abandono, negligencia y otros tipos de violencia.
4. La coordinación con otros niveles de atención y con redes comunitarias para asegurar una atención continua e integrada.
5. La documentación clínica y registro institucional conforme a los sistemas de información establecidos por la CCSS.

La Política Nacional para el Adulto Mayor y su Plan de Acción¹²², La Política institucional para la atención integral a la PAM 2025-2035⁶ y el Manual de Gestión del Cuidado de Enfermería en Atención Primaria en Salud⁵⁸ instan a fortalecer los servicios dirigidos a la PAM desde un enfoque de curso de vida, con perspectiva biopsicosocial y cultural, lo cual es congruente con la apertura de espacios como la consulta de enfermería para esta población.

La OMS^{111,123} promueve, en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2020–2030, la implementación de acciones lideradas por Enfermería en la atención primaria, orientadas a conservar la capacidad funcional y prevenir la discapacidad en las PAM, entre ellas:

1. Atención integrada centrada en la persona: Ejercer rol de liderazgo en las circunstancias que amerite la intervención de enfermería en los equipos de salud y sociales para brindar un marco de atención que considere todas las dimensiones de la PAM (física, mental, funcional y social) en sus entornos de vida.
2. Promoción del envejecimiento activo: fomentar la capacidad de las PAM para movilizarse, aprender, tomar decisiones, satisfacer sus necesidades básicas, mantener relaciones y contribuir a la sociedad, mediante programas comunitarios o educativos desde atención primaria.
3. Entornos amigables con la PAM: desarrollar y adaptar entornos físicos, sociales y de servicios (como sistemas de salud accesibles, ciudades y comunidades amigables para PAM), en los que enfermería sea promotora activa a nivel local.

- H. Supervisión y capacitación del ATAP y Auxiliares de enfermería:** El plan de educación continua del personal técnico de enfermería debe reforzar contenidos en la identificación de signos de alarma en PAM durante sus visitas (cómo reconocer edema en piernas, lesiones en piel,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 41 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


cambios cognitivos sutiles), así mismo debe revisar periódicamente los registros que el ATAP lleva de las visitas domiciliarias, y brindar retroalimentación.

Asegura que el personal colaborador cuente con los insumos necesarios (como tiras para glicemia capilar, equipos para toma de presión arterial, material educativo) y que siga los protocolos establecidos (Tamizaje de Presión Arterial en visitas domiciliarias, referencias al EBAIS)⁵⁸.

II. Rol del Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP)

El ATAP es un recurso clave para la atención en EFES en el PNA. Como miembro de la comunidad entrenado en tareas básicas de salud pública, su rol con las PAM se orienta a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica y enlace con el equipo profesional⁵⁸. Sus principales tareas operativas incluyen:

- A. Visitas domiciliarias:** El ATAP realiza visitas a domicilio sistemáticas en su sector asignado, procurando alcanzar a todas las viviendas donde residen PAM, con especial prioridad a aquellos con limitaciones para salir de casa (ya sea por dependencia física o por ser mayores de 80 años). Estas visitas se programan según la prioridad del riesgo familiar, familias prioridad I tres visitas al año (Clasificar como prioridad I todas las familias con personas de 80 o más años), a las prioridades II dos visitas al año y las prioridades III una visita al año. En ellas, ejecuta un conjunto de acciones preventivas y de monitoreo: verifica las condiciones sanitarias de la vivienda (calidad del agua, eliminación de desechos, posibles criaderos de mosquitos), identifica riesgos de caídas en el hogar (estado de pisos, iluminación, necesidad de barras de apoyo en baño), revisa el historial de citas en su App de EDUS previa autorización del usuario y la medicación de la PAM para ver si está cumpliendo controles médicos y tomando sus fármacos correctamente, y aplica listas de chequeo básicas sobre el estado de la persona (si ha presentado caídas recientes, si se ha vacunado este año contra la gripe, estado de ánimo⁵⁸).
- B. Toma de signos vitales:** Mide la presión arterial en cada contacto con una PAM y registra el dato⁴⁶; también puede pesar a la persona, y realizar glicemia capilar in situ a personas diabéticas conocidas⁵⁸. Si encuentra valores fuera de rango (PA, glicemia, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), o cualquier hallazgo anormal (heridas, edemas, confusión), informa al EBAIS para que se tomen acciones oportunas o al profesional de enfermería en su rol de enlace para la continuidad de la atención¹¹⁹ y realiza las anotaciones correspondientes en el SIFF⁵⁸.
- C. Detección activa y referencia:** Siguiendo los lineamientos de atención integral, el ATAP se encarga de la “captación” de PAM en la comunidad. Esto implica identificar a todas las personas de 65 años y más y personas con Síndrome de Down mayores de 40 años, que viven

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 42 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


en su sector e incluirlas en su listado nominal de seguimiento (Reportes SIFF)⁵⁸. Si detecta algún PAM que no esté acudiendo a controles en el EBAIS, coordina para agendarle una valoración médica o de enfermería (promueve el control anual de salud de todo mayor de 64 años)⁵⁸⁻¹²⁰. Asimismo, durante sus recorridos, puede detectar nuevos problemas de salud en las PAM e inicia el proceso de referencia: si refiere problemas de salud oral, refiere a odontología; si la familia comenta que la persona ha estado muy olvidadiza y descuidada, lo anota para que enfermería o el EBAIS evalúe deterioro cognitivo; si ve indicios de maltrato o negligencia, lo comunica al profesional en medicina o de trabajo social para activar protocolos establecidos⁵⁸.

En vigilancia epidemiológica, el ATAP notifica al EBAIS sobre síntomas sugestivos de enfermedades infecciosas para la atención correspondiente. Todo riesgo o problema detectado por el ATAP conduce a un plan de abordaje en el equipo⁵⁸. Así mismo según el perfil epidemiológico local refuerza la educación según la patología crónica de mayor prevalencia, cáncer de piel, gástrico, cérvix y mama, nefropatías, entre otras¹²⁴.

- D. Actividades educativas básicas durante las visitas:** En cada visita, aprovecha para reforzar prácticas saludables y recomendaciones personalizadas. Recuerda a la PAM la importancia de tomar sus medicamentos como el médico indicó y a la hora correcta (revisando incluso el pastillero si tiene), aconseja realizar alguna actividad física según capacidad de la persona regularmente (como caminatas cortas en el patio o ejercicios de estiramiento en casa, según su capacidad y respetando posibles restricciones médicas), promueve la higiene del sueño, verifica si ha ido a su control dental anual y anima a mantener la higiene bucal diaria. También brinda consejos sobre nutrición: si nota poca variedad de alimentos, sugiere consumir frutas y vegetales disponibles, una adecuada hidratación, o enseña a un familiar cómo enriquecer las comidas para la PAM con poco apetito. Si identifica hábitos nocivos, interviene: si la PAM fuma o bebe alcohol cotidianamente, le comunica los riesgos e intenta motivar reducción o cesación (aunque sea brevemente, refuerza que dejar de fumar a cualquier edad mejora la salud y reduce el riesgo de muerte¹⁰⁸, y que el consumo de alcohol aumenta la posibilidad de caídas e incidentes¹⁰⁹).

En cuanto a riesgos ambientales, educa sobre eliminar criaderos de mosquitos, sobre protegerse del clima insta a abrigarse bien en noches frías, o a evitar exposición en horas de calor extremo⁹⁷. Toda esta educación es reforzada constantemente en cada visita, adaptada al nivel cultural de la familia, usando lenguaje respetuoso y demostraciones prácticas cuando es posible⁵⁸.

- E. Aplicación de medidas preventivas poblacionales:** Participa en la vacunación a domicilio de PAM contra la influenza estacional cuando no pueden acudir al EBAIS, verifica la aplicación de vacuna contra neumococo en mayores de 60 años según lineamientos vigentes¹²⁵. Realiza búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (detectando oportunamente casos sospechosos de tuberculosis en PAM con tos crónica) y la identificación de sintomáticos dermatológicos (lesiones sospechosas), tal como hace con población general, pero recordando que en las personas mayores algunas presentaciones pueden ser atípicas. Cuando hay alertas sanitarias (circulación de un virus, parásito o riesgo ambiental), el ATAP lleva el mensaje a la comunidad de PAM para prevenir efectos.¹²⁴

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 43 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- F. Organización de actividades comunitarias e intergeneracionales:** Dentro de los EFES, el ATAP colabora en la logística y convocatoria de actividades grupales para PAM. Puede organizar, junto con el EBAIS, el profesional de enfermería y otros actores locales, grupos de PAM en la comunidad (círculos de caminata, clases de baile, talleres de memoria). Aprovechando su conocimiento del territorio localiza a las PAM y les motiva a asistir. También en coordinación con el equipo de salud, participa y promueve la integración intergeneracional: coordinando con escuelas o colegios visitas de estudiantes a hogares de larga estancia locales, o actos en fechas especiales (Día de la Persona Adulta Mayor – Día de los abuelos en los centros educativos) donde jóvenes y PAM interactúen. Estas actividades mejoran la salud mental de las PAM al proveerles espacios de recreación, ejercicio y socialización, a la vez que sensibilizan a la comunidad sobre el envejecimiento activo⁵⁸.
- G. Registro y control local de la población adulta mayor:** El ATAP lleva en sus fichas familiares registros de las PAM de su sector, donde anota datos relevantes de salud y condiciones de vida. Mantiene actualizada la información sobre cuántas PAM hay, en qué estado se encuentran (autovalentes, postrados, institucionalizados), facilitando así la planificación local. Si sabe que en su sector hay PAM viviendo solas y algunas de ellas con algún grado de dependencia o riesgo, enfocará más visitas allí o informará al profesional de enfermería para intervenciones de apoyo. Este registro también le permite priorizar durante emergencias (inundaciones o terremotos, para identificar dónde hay PAM solos que podrían necesitar rescate o asistencia). En coordinación con el EBAIS y el profesional de enfermería, contribuye a la gestión de casos: hace seguimiento domiciliario de las PAM de alto riesgo (por su condición médica o social), asegurando que cumplan las recomendaciones e identificando barreras. ⁵⁸⁻¹¹⁹⁻¹²⁰


Módulo No. 3. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en los servicios de urgencias y emergencias en los tres niveles de atención.

Lugar

Servicios de urgencias y emergencias Áreas de Salud, Hospitales Periféricos, Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y especializados.

Personal que interviene

- Profesional de enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Asistente de Pacientes

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 44 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Intervenciones:


El personal de enfermería en el proceso de atención en los servicios de urgencias y emergencias participa en la valoración de las PAM, identifica riesgos de pérdida de capacidad funcional y previene complicaciones durante la estancia. Un cuidado de enfermería enfocado en la persona y no solo en patologías aisladas, puede mejorar la precisión diagnóstica, guiar intervenciones terapéuticas oportunas y preparar para una atención integral durante y después de la visita de emergencia.¹²⁶

A nivel internacional, han surgido iniciativas como las guías de Servicio de Emergencias Geriátricas¹²⁶ y programas de acreditación específicos que promueven adaptaciones en la dotación de personal, en la infraestructura y en los protocolos de atención para este grupo etario¹²⁷. Diversos estudios han evidenciado que una atención de emergencias adaptada a las necesidades geriátricas puede mejorar resultados clínicos y la satisfacción tanto de las PAM como del propio personal sanitario.¹²⁶⁻¹²⁷

En Costa Rica, la CCSS ha reconocido estas necesidades especiales y ha implementado lineamientos institucionales para la atención preferencial de las PAM en los servicios de emergencias de todos los niveles de atención (desde Áreas de Salud en el PNA hasta hospitales regionales y nacionales)⁵⁶. Estos lineamientos enfatizan la atención digna, la evaluación geriátrica integral y la coordinación interprofesional para garantizar la continuidad de la atención al egreso⁵⁶.

I. Intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el delirium:

- A. **Detección temprana:** El profesional de enfermería debe llevar a cabo un tamizaje sistemático para detectar delirium en todas las PAM que presenten alteraciones en el estado mental o que posean factores de riesgo y reportar oportunamente signos como confusión, alucinaciones, letargo, inquietud, alteración de conductas, alteración en el lenguaje, deterioro de la memoria, deterioro del nivel de conciencia, falta de atención, sobre todo en las PAM con factores de riesgo como edad avanzada, las drogas psicoactivas (combinadas con farmacodinámica y farmacocinética alteradas debido al envejecimiento), los antecedentes previos de abuso de alcohol, la depresión y las enfermedades neurológicas previas.¹²⁸⁻⁶⁹
- B. **Prevención no farmacológica:** El delirium puede ser prevenible o reducible en su severidad, se deben implementar intervenciones ambientales y de apoyo al usuario desde el ingreso mediante adecuación del entorno. Estas incluyen asegurar que la PAM tenga sus auxiliares sensoriales (colocarle lentes y audífonos si los usa), proveer un ambiente tranquilo con señalización orientadora (reloj visible, calendario, buena iluminación) y minimizar estímulos estresantes en la medida de lo posible. También se promueve la reorientación frecuente, explicando dónde se encuentra y qué procedimientos se le realizan, así como involucrar a familiares o personas cuidadoras en la atención para brindar seguridad y compañía, según políticas institucionales⁵⁹. Estas medidas de cuidado humanizado han mostrado efectividad para reducir la incidencia y duración del delirium en entornos hospitalarios agudos.⁸²
- C. **Manejo de causas precipitantes:** El personal de enfermería colabora estrechamente con el equipo médico en la búsqueda y manejo de las causas subyacentes del delirium (infecciones, alteraciones metabólicas, fármacos, dolor no controlado). Un aspecto fundamental es la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 45 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

vigilancia del dolor y su tratamiento adecuado: se ha demostrado que el aumento del dolor se asocia a mayor riesgo de delirium, mientras que un manejo analgésico adecuado puede reducir su incidencia y severidad.⁸²

Además, se debe revisar con el médico tratante, el uso de fármacos que puedan agravar la confusión), especialmente en aquellas PAM en riesgo de delirium. Asimismo, se recomienda evitar la inmovilización innecesaria, dado a su impacto negativo en la evolución clínica.¹²⁹

En caso de agitación, se prioriza la aplicación de intervenciones no farmacológicas (presencia calmante, reducción de estímulos nocivos, orientación a la realidad). El uso de sedantes o medidas restrictivas físicas debe reservarse para situaciones excepcionales, ya que pueden intensificar el cuadro confusional y aumentar el riesgo de complicaciones, con el fin de salvaguardar la integridad de la persona usuaria.¹²⁹

D. Protocolos multidisciplinarios: La implementación de protocolos integrales de delirium en servicios de urgencias y emergencias que incluyen capacitación al personal, tamizaje sistemático, medidas preventivas y guías de manejo, ha demostrado mejorar los resultados. Estudios recientes sugieren que el delirium y el deterioro asociado pueden abordarse eficazmente mediante un cuidado protocolizado en el servicio de emergencias, reduciendo complicaciones y mejorando la recuperación funcional.¹²⁷⁻¹²⁸


II. Intervenciones de enfermería basadas en evidencia para caídas:

A. Evaluación del riesgo de caídas al ingreso: Enfermería debe identificar rápidamente a las PAM con alto riesgo de caídas. Se recomienda utilizar los criterios para la evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional disponibles en SIES al ingreso al servicio (Anexo 3), o apoyarse en la valoración inicial que indaguen antecedentes de caídas dada su prevalencia en la comunidad de hasta 30%⁹², explorando factores intrínsecos como edad avanzada mayor de 80 años, poca o escasa actividad física, deterioro cognitivo y de la capacidad para realizar AVD, dificultades de marcha/equilibrio por enfermedades como Parkinson, evento cardiovascular, o artritis, hipotensión postural, infecciones, neuropatías periféricas, alteraciones en los pies, medicamentos con efecto sedante, alcohol o drogas.¹²⁸⁻¹²⁰

Una PAM identificada con riesgo elevado debe ser marcado (brazalete de “riesgo de caída”) y gestionado con precauciones adicionales inmediatamente.

B. Adaptación del entorno y medidas de seguridad: Las intervenciones ambientales son fundamentales para prevenir caídas dentro del servicio de emergencias. Enfermería se asegura de que el entorno físico sea seguro y accesible: camillas con barandas elevadas (pero sin inmovilizar en exceso), cama en posición baja cuando la PAM esté sola, frenos de la camilla siempre activados, retirar obstáculos del área de atención, proveer iluminación adecuada y caminos despejados hacia el baño. La señalización apropiada también ayuda (letreros visibles, orientación espacial).¹²⁸⁻¹²⁰

C. Asistencia en la movilidad y actividades básicas: Cada vez que la PAM necesite levantarse de la camilla, se le debe asistir directamente o proveer un dispositivo de ayuda, nunca dejándolo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 46 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

deambular solo si tiene inestabilidad. El profesional de enfermería puede solicitar apoyo de dos personas para movilizar a una PAM muy dependiente, así como gestionar los permisos correspondientes para que un acompañante o familiar le asista durante su estancia¹²⁰.

También es importante ofrecer acompañamiento al baño periódicamente en PAM con urgencia miccional o incontinencia, en lugar de que intenten ir por su cuenta. Mantener al alcance de la PAM el timbre o mecanismo de llamado y recordarle frecuentemente que solicite ayuda son intervenciones preventivas clave.¹²⁷

- D. Reevaluación frecuente y vigilancia continua:** Enfermería debe vigilar constantemente el estado de movilidad y nivel de conciencia de la PAM durante su estancia. Una PAM inicialmente lúcida puede desarrollar delirium y desorientarse (aumentando riesgo de caída), o una PAM con analgesia puede presentar mareos. Por ello, reevaluar periódicamente si la PAM está orientada, si requiere ir al baño, o si tiene dolor, forma parte del cuidado.⁶⁴⁻¹²⁸

Cuando el riesgo de caída es muy alto, puede asignarse personal de apoyo o vigilancia constante junto a la PAM, en lugar de sujetarlo físicamente, ya que la restricción puede causar luchas y caídas traumáticas.¹²⁹


- E. Intervenciones al egreso para prevenir recaídas:** Si la causa de consulta fue una caída, el episodio debe abordarse integralmente. El profesional de enfermería gestiona, antes del alta, la educación a la PAM y familia sobre medidas de seguridad en el hogar (eliminar riesgos ambientales, instalar barras de apoyo, uso correcto de dispositivos). La evidencia sugiere que considerar el antecedente de caídas y actuar en consecuencia reduce nuevas admisiones y costo sanitario.⁶⁴⁻¹²⁰

III. Intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el dolor:

- A. Valoración sistemática del dolor:** La enfermería debe evaluar el dolor como el “quinto signo vital” en toda PAM al ingreso y de forma regular durante la estancia. Se emplean escalas validadas apropiadas a la condición cognitiva de la PAM. En PAM lúcidas, la escala numérica verbal (0 a 10) o la escala analógica visual son útiles.¹²⁸⁻¹³⁰

La aplicación consistente de estas herramientas asegura que el dolor sea detectado y cuantificado aun cuando la PAM no lo refiera espontáneamente. Adicionalmente, desde enfermería se indaga las características del dolor (ubicación, intensidad, tipo, factores que alivian/empeoran) y los umbrales o creencias de la PAM acerca del manejo (algunos evitan pedir analgésicos por temor a adicción o efectos secundarios; esto debe explorarse para poder educar y tratar adecuadamente).¹⁶⁰

Administración oportuna de analgesia adecuada: Ante la presencia de dolor moderado a intenso, la intervención temprana es crucial. La evidencia apoya iniciar el manejo analgésico lo antes posible en emergencias para evitar la sensibilización central y complicaciones asociadas al dolor no controlado.⁸² Personas con deterioro cognitivo pueden no manifestar señales claras de dolor, debe procurarse una adecuada analgesia cuando la causa lo amerite

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 47 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

El profesional de enfermería debe administrar medicación analgésica según las indicaciones médicas. En términos generales, se sigue la escalera analgésica de la OMS adaptada: para dolor leve a moderado, analgésicos no opioides (acetaminofén como primera línea, AINE si no hay contraindicaciones importantes); para dolor moderado a severo, opioides de acción corta en dosis reducidas y tituladas. Es importante atender los ajustes de las dosis a la edad y condición fisiológica (considerando menor aclaramiento de creatinina, mayor sensibilidad a opioides) y vigilar estrechamente efectos adversos (depresión respiratoria, confusión, constipación¹³¹).


En dolor muy agudo localizado (como fractura de cadera), intervenciones como bloqueos regionales o infiltraciones realizadas por el médico pueden brindar gran alivio con mínima afectación sistémica, las intervenciones de enfermería van dirigidas a facilitar estos procedimientos posicionando a la PAM y obteniendo el material necesario rápidamente. Siempre que se administre un analgésico, se registra el nivel de dolor pre y post intervención para evaluar la respuesta.¹³²

- B. Manejo multimodal y no farmacológico:** Enfermería complementa la analgesia farmacológica con medidas no farmacológicas que han probado utilidad y son de bajo riesgo, que pueden ser necesitadas con mayor frecuencia en PAM de 85 y más años. Estas intervenciones incluyen: escucha activa, aplicar frío o calor local según corresponda, ayudar con cambios de posición que alivien la presión sobre zonas dolorosas, brindar masaje suave en extremidades si está indicado, técnicas de distracción, e involucrar la persona cuidadora o familiar para reconfortar a la PAM.¹³¹⁻¹³²

La educación también es importante: explicar a la PAM que reporte su dolor cuando aparezca en lugar de “aguantar” y aclarar dudas sobre los medicamentos. Un abordaje proactivo del dolor evita el ciclo de dolor severo-dosis altas de opioide-efectos adversos.¹²⁰⁻¹³¹

- C. Reevaluación frecuente del dolor:** Tras cualquier intervención analgésica, el profesional de enfermería debe revalorar el dolor en los intervalos apropiados (a los 30 minutos de un opioide IV, 1 hora tras un analgésico oral) para verificar eficacia y detectar efectos secundarios. Si el dolor persiste, se debe escalar el manejo conforme las indicaciones o protocolos administrando dosis adicionales o fármacos de rescate, o comunicar al médico la necesidad de ajustar el plan, manteniendo una comunicación eficaz entre el médico y enfermería y registrando lo correspondiente en el expediente clínico.¹³¹⁻¹³²⁻¹³³

En PAM que están en observación o en estancias temporales en el servicio de emergencias, se contraindica en todo momento delegar en la persona cuidadora la acción de coordinar con el médico tratante la necesidad de analgesia, enfermería debe ser el enlace con el equipo clínico para garantizar el manejo adecuado y el cumplimiento oportuno de las indicaciones.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 48 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

IV. Intervenciones de enfermería basadas en evidencia para fragilidad:


- A. Tamizaje de fragilidad en la evaluación inicial:** Las guías recientes aconsejan realizar una evaluación breve de fragilidad a toda PAM desde el ingreso a emergencias. En el Reino Unido, se ha instituido por normativa nacional el tamizaje de fragilidad dentro de los primeros 30 minutos de llegada para todas las PAM, utilizando herramientas estandarizadas. Esto, según estudios, es factible y permite predecir desenlaces adversos, orientando la disposición de la PAM (internamiento vs. manejo ambulatorio¹³⁴).

En la práctica, el profesional de enfermería puede emplear los criterios de evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional disponibles en SIES (Anexo 7), y clasificar al usuario mediante la escala PERROCA (Anexo 5). El personal de enfermería capacitado puede asignar esta puntuación rápidamente durante la valoración inicial. Un resultado que indica fragilidad elevada debe comunicarlo al médico y al equipo para que se considere en el plan de acción.

- B. Valoración geriátrica integral y enfoque multidisciplinario:** Identificada la fragilidad, la intervención principal es realizar una valoración geriátrica más exhaustiva en paralelo al manejo agudo. EL profesional de Enfermería está atento a la valoración que realiza el médico de emergencias, de capacidad funcional (AVD, AIVD), cognitiva, durante la estancia de la PAM. Esta evaluación integral, propia de la VGI, permite detectar necesidades ocultas que influyen en la atención inmediata y en la planificación del egreso, facilitando a enfermería establecer el plan de cuidados.

Cuando esto es posible, se logra un plan más ajustado a la situación basal de la PAM. Incluso en ausencia de geriatra, enfermería en coordinación con el médico tratante puede gestionar o dar seguimiento a intervenciones solicitadas a trabajo social, rehabilitación física o nutrición según las necesidades detectadas¹³³.

- C. Atención personalizada y planificación del cuidado:** El profesional de enfermería adapta sus intervenciones cotidianas considerando la fragilidad. Esto implica ser más cauteloso con procedimientos invasivos (valorar necesidad real de sondas u otros dispositivos invasivos en PAM muy frágil), prevenir a toda costa las complicaciones iatrogénicas (infecciones, lesiones por presión, delirium) con medidas proactivas, y asegurar confort y apoyo constante¹³³. Así mismo, se enfoca en mantener la movilidad y la función en la medida de lo posible durante la estancia: animar a la PAM a moverse en la camilla o silla si es seguro, realizar cambios posturales frecuentes (mínimo cada 2 horas) para evitar deterioro por inmovilidad, y procurar nutrición e hidratación adecuadas (una PAM frágil es susceptible a desnutrición). Cada interacción con una PAM frágil debe ser individualizada: explicarle los procedimientos, respetar sus ritmos, y mostrar una actitud empática¹¹⁵⁻¹⁵¹.
- D. Planificación del egreso seguro:** Reconociendo que una PAM frágil tiene alto riesgo de re consulta o re-hospitalización, el profesional de enfermería se planifica un egreso muy estructurado. Antes del alta, se verifica que se cuenten con apoyos necesarios: que un familiar o persona cuidadora acuda a recoger a la PAM y entienda las indicaciones, coordinar referencia a seguimiento geriátrico o a medicina familiar en la red de servicios,¹³³ y proveer instrucciones claras sobre signos de alarma y cuidados en casa, adaptadas evitando lenguaje

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 49 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

técnico. Si la PAM requiere ayuda con cuidados personales y vive solo, enfermería gestiona con el equipo de atención la interconsulta con trabajo social para el abordaje correspondiente (ya sea visitas domiciliarias, ingreso a programa de atención domiciliaria, o incluso valoración para centro institucional si aplica).¹³⁵

La literatura destaca que una adecuada coordinación de transición de cuidados en PAM frágiles puede reducir reingresos y mejorar su satisfacción. Por ello, el profesional de enfermería en emergencias o urgencias actúa no solo en el ámbito intrahospitalario, sino como enlace hacia el continuo asistencial, asegurando que la PAM frágil tenga un plan de alta bien establecido.¹³⁵

V. Cuidados de enfermería ante otras necesidades o situaciones de salud de la PAM

Además de los ejes principales descritos, existen otros aspectos claves en la atención centrada en la PAM que el personal de enfermería debe tener presentes en los servicios de emergencias:

- A. Polifarmacia y seguridad medicamentosa:** Las PAM suelen traer listados extensos de medicamentos, lo que aumenta riesgo de interacciones, reacciones adversas y errores en urgencias. Una intervención fundamental de enfermería es realizar la recopilación de medicamentos al ingreso: recopilar de forma precisa todos los fármacos que la PAM toma en casa (dosis, frecuencia), idealmente corroborando con la familia o recetas, o el EDUS, e identificar medicamentos potencialmente inapropiados.⁹²⁻¹²⁰⁻¹³³


El profesional de enfermería debe prestar atención a fármacos que puedan haber contribuido a la consulta. Se recomienda verificar indicación de cada medicamento y comunicar al equipo médico si identifica duplicaciones o fármacos de alto riesgo sin clara indicación.⁹²⁻¹²⁰⁻¹³³

Durante la estancia, el profesional de enfermería también debe monitorear estrechamente los efectos de los fármacos administrados en urgencias, ya que las PAM tienen alteraciones farmacocinéticas: vigilar signos de toxicidad, mantener hidratación para facilitar eliminación de contrastes o medicamentos, y ajustar dosis de medicamentos PRN (según indicaciones clínicas y parámetros funcionales de la PAM).⁹²⁻¹²⁰⁻¹³³

Debe mantenerse una comunicación oportuna, eficaz y bidireccional con el médico tratante de manera que las decisiones terapéuticas se tomen de manera informada.

Finalmente, al egreso, es parte del rol de enfermería educar sobre los medicamentos: explicarle a la PAM/persona cuidadora cualquier cambio en su terapia, asegurar que entienden cómo tomarlos, y entregar una lista actualizada de medicamentos para seguimiento en el PNA, coordinar en caso necesario el acceso a la consulta de atención farmacéutica.⁹²⁻¹²⁰⁻¹³³

- B. Deterioro cognitivo crónico (demencia) y déficits sensoriales:** Enfermería debe reconocer a la PAM con demencia (verificar si porta identificación de alguna etapa de demencia) y adaptar su comunicación en consecuencia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 50 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Las técnicas de comunicación geriátrica incluyen: hablar despacio, con frases simples, mantener contacto visual, utilizar un tono calmado y respetuoso, repetir información clave las veces necesarias y apoyar las indicaciones verbales con gestos o escritos grandes. Es útil involucrar a la persona cuidadora principal en todo momento para obtener datos fiables (anamnesis por aproximación) y para ayudar a calmar o guiar a la PAM; de hecho, la política institucional de la CCSS reconoce que las PAM con deterioro cognitivo tienen derecho a un acompañante durante su atención para asistir en su cuidado personal y comunicación.⁵⁹⁻¹²⁰


El profesional de enfermería debe asegurar ese acompañamiento siempre que sea posible, brindando la inducción correspondiente al familiar sobre las normas del servicio. Asimismo, hay que atender los déficits sensoriales: si la PAM tiene baja audición, verifique sobre el uso o acceso a dispositivos de amplificación o asegurarse de vocalizar claramente; si tiene pobre visión, explicarle lo que ocurre a su alrededor y acercarle sus lentes si los trae. Un ambiente sensorialmente adecuado (buena iluminación, minimizar ruidos excesivos como las alarmas de monitores activadas innecesariamente) facilitará la comunicación y reducirá la ansiedad del usuario confuso. La evidencia sugiere que intervenciones como éstas, junto con estrategias de reorientación, mejoran la experiencia de la PAM con demencia en entornos de urgencias y pueden prevenir episodios de agitación o delirium incidental.¹²⁰⁻¹²⁷

- C. Inmovilidad, lesiones por presión y des acondicionamiento:** Las personas con condición de fragilidad a menudo llegan en camilla y permanecen acostados por largas horas en observación, lo que puede conducir rápidamente a complicaciones por inmovilidad (rigidez articular, pérdida de masa muscular, LPP). Enfermería debe ser diligente en movilizar y cambiar de posición a la PAM encamada al menos cada 2 horas (o con mayor frecuencia si está incontinente), planificar el cuidado según la valoración de riesgo (PERROCA, Anexo 5)¹¹⁴

Si el estado clínico lo permite, es preferible sentar a la PAM en un sillón o butaca reclinable cómodo en lugar de mantenerlo siempre en la camilla, esta práctica, implementada en algunos servicios de emergencia con áreas geriátricas adaptadas, ha mostrado prevenir complicaciones de inmovilidad y brindar mayor comodidad. También se deben utilizar superficies especiales si la PAM tiene alto riesgo de LPP, mantener la piel limpia y seca, y aplicar protectores en prominencias óseas¹¹⁴.

Igualmente, promover que la PAM participe en la movilidad según tolerancia: ayudarle a realizar ejercicios pasivos de extremidades en cama, o animarle a ponerse de pie con asistencia si su condición lo permite. Cada esfuerzo para evitar la inmovilidad ayuda a conservar la función y acelera la recuperación. De hecho, en PAM hospitalizadas se ha visto que programas de movilidad temprana reducen la pérdida funcional; extrapolando a emergencias, aunque la estancia es más corta, evitar la restricción motora innecesaria es ya un beneficio¹¹⁵.

- D. Nutrición e hidratación:** La deshidratación y desnutrición son comunes en PAM, y pueden ser la causa oculta de la visita o una consecuencia de la espera prolongada. El profesional de enfermería evalúa al ingreso el estado de hidratación (pliegue cutáneo, mucosas) y nutricional (si ha perdido peso reciente, fragilidad cutánea). Si la PAM no tiene

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 51 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

contraindicación para vía oral, se procura ofrecerle líquidos orales periódicamente e incluso algún alimento ligero si lleva muchas horas desde su última comida¹²⁰.

En caso de que no pueda ingerir oral, el profesional de enfermería instala y administra fluidos IV según indicaciones, monitorizando signos de sobrecarga en PAM cardiopatas frágiles. Mantener una hidratación adecuada puede prevenir delirium e hipotensión ortostática, entre otros problemas. Al egreso, se refuerza con la familia la importancia de una dieta adecuada en la PAM, y si se detecta malnutrición, se coordina seguimiento nutricional en la comunidad.¹²⁰⁻¹³⁵

- E. Detección de maltrato y factores sociales:** Las PAM pueden ser víctimas de violencia, negligencia o abandono, situaciones que a veces se evidencian en una visita de emergencias (mal higiene, lesiones inexplicables, o el propio relato de abuso⁶⁰).


La disciplina de enfermería realiza su intervención según la normativa vigente⁶⁰, considerando el metaparadigma (persona, entorno, salud y cuidado) con el objetivo de atender las necesidades físico funcional, social, espiritual y emocional de la persona usuaria, mediante un proceso enfermero que contemple todas las necesidades de cuidado de la salud de la persona y su entorno familiar, incluyendo los factores de riesgo de la PAM que es víctima de violencia, para un abordaje centrado en la persona e individualizado donde aplica el plan de cuidados, en el cual se incluyen acciones para:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

El profesional en enfermería en el Expediente de Salud, “registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos”. Así mismo, cuando identifique factores de riesgo social, hará el registro en la nota de Enfermería, y coordina con el médico tratante para considerar el seguimiento con Trabajo Social u otros profesionales conforme la normativa vigente, según los criterios de atención. Así mismo, si se cuenta con el recurso, realizará la coordinación con Enfermería especialista en Salud Mental según los criterios de referencia para este profesional⁶⁰.

La intervención del Profesional en Enfermería especialista en Salud Mental y Psiquiatría (PEESMP), estará dirigida a las personas usuarias adultas mayores, personas cuidadoras y sus familias con necesidades de atención en salud mental y psiquiatría según la oferta de servicios del PEESMP establecido en el “Lineamiento para la implementación de los componentes disciplinares e interdisciplinarios de la oferta de servicios de salud mental en la CCSS, en los tres niveles de atención” y otras normativas institucionales.¹³⁶

Según los factores de riesgo social identificados por el PEESMP, se realiza intervención según competencias, de acuerdo con los criterios de referencia se gestiona la intervención de trabajo social, u otras disciplinas profesionales del equipo de salud, según normativa vigente.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 52 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

VI. Intervenciones operativas del personal de enfermería según el proceso de atención

A continuación, se detallan las actividades esenciales durante: 1) la valoración inicial, 2) la atención clínica durante la estancia en emergencias, y 3) el egreso o derivación. Estas acciones están organizadas cronológicamente, pero muchas intervenciones como la vigilancia del estado mental y la comunicación con la familia, ocurren de forma transversal a lo largo de toda la atención. Se destaca el rol de enfermería profesional y su personal de apoyo auxiliar de enfermería y asistentes de pacientes en cada etapa, reconociendo que trabajan en equipo de forma complementaria.

A. Valoración inicial (triage y evaluación primaria)

1. Triage geriátrico prioritario: Al recibir a una PAM, aplica de inmediato los criterios de triage con enfoque en la valoración funcional de la PAM. Según lineamientos, toda PAM debe ser valorado prontamente; si además cumple criterios de fragilidad, se considera un modificador de triage de fragilidad que usualmente amerita clasificar a las PAM al menos en categoría urgente (CTAS nivel 3 amarillo) ¹³³


- Toda persona dependiente para el cuidado de sus actividades básicas.
- Toda persona usuaria de silla de ruedas.
- Toda persona con deterioro cognitivo.
- Toda persona en el curso final de enfermedades terminales.
- Personas con datos de caquexia o debilidad generalizada.
- Toda persona de 80 años y más

Verifica si la PAM llega con alguna etiqueta de prioridad. De no existir, igualmente agiliza su atención, evitando que espere innecesariamente.

2. Evaluación primaria con enfoque ABCDE adaptado: Durante la valoración inicial de la vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición, presta atención a particularidades geriátricas. ¹³⁷

- Al evaluar A (vía aérea), verifica dentadura postiza floja y aspira secreciones considerando la presencia de reflejos reducidos.
- En B (breathing), reconoce signos atípicos de dificultad respiratoria.
- En C (circulation), considera que mediciones de pulso y presión pueden ser menos fiables y prioriza signos de perfusión periférica.
- En D (disability/neuro), realiza un tamizaje rápido cognitivo: si la PAM está alerta, aplica preguntas sencillas de orientación (nombre, dónde está, fecha aproximada) para detectar confusión; si hay alteración del nivel de conciencia, intenta determinar si es agudo (posible delirium) o crónico (demencia).
- En E (exposure), manipula a la PAM con cuidado debido a su piel frágil, buscando lesiones ocultas o signos de maltrato.

Toda esta evaluación inicial se documenta con detalle, resaltando hallazgos anormales. El profesional de enfermería además mide signos vitales completos incluyendo glucemia capilar.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 53 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


3. **Identificación de riesgos de pérdida de funcionalidad inmediatos:** Junto con el ABCDE, realiza preguntas o evaluaciones breves orientadas a síndromes geriátricos clave en triage. Indaga antecedentes de caídas recientes y si la causa de consulta está relacionada con una caída. Pregunta si ha habido cambios súbitos en el comportamiento o memoria o síntomas confusionales. ¹²⁰⁻¹³³⁻¹³⁷

Observa la marcha o traslado de la PAM: si requiere ayuda para moverse o si llegó en silla de ruedas. Averigua con el acompañante si tiene diagnóstico de demencia o alguna discapacidad sensorial. También explora rápidamente la red de apoyo. Estos datos permiten perfilar el riesgo global.

En la valoración es importante explorar aspectos como: reciente hospitalización, problemas de memoria, ayuda domiciliaria, múltiples medicamentos, visión reducida, y estado funcional¹²⁷. Documenta estos hallazgos y, si identifica riesgos elevados (posible delirium o riesgo social)⁶⁰, lo comunica al médico y al equipo para que sean tomados en cuenta en la atención inmediata.

4. **Inicio de intervenciones inmediatas de confort y seguridad:** Tras la categorización inicial, se asegura de cubrir necesidades básicas de la PAM de forma expedita, como parte de una atención humanizada. Si manifiesta dolor importante, administra analgésicos iniciales según protocolo médico, o canaliza vía periférica y documenta historial de alergias. Si viene mojado o sucio (posible incontinencia durante la espera), coordina con el auxiliar para higienizarlo y cambiarle ropa, previniendo irritación cutánea. Inicia medidas de prevención de caídas desde el ingreso: colocar barandas en camilla, supervisión cercana si está inquieto, y brindar instrucciones de pedir ayuda. También verifica temperatura corporal y proporciona cobijas para mantenerlo abrigado si es necesario. ¹³³⁻¹³⁷
5. **Comunicación inicial con la PAM y familia:** Saluda con cortesía, se presenta con su nombre y rol, y explica brevemente lo que sucederá. Esta comunicación inicial, aunque breve por la urgencia, es crucial para generar confianza. Si hay un familiar o persona cuidadora presente, le solicita información clave (historia médica, medicamentos, alergias, basal funcional/cognitivo) mientras continúa la evaluación. También le indica que permanezca cerca para asistir en lo necesario, siempre y cuando la situación clínica lo permita. Se debe transmitir a la PAM y familia que no están solos, que se comprende su potencial ansiedad, y que la prioridad es ayudarlos, de la misma forma se le orienta en cuanto a los deberes de la persona cuidadora en tanto permanezca dentro del servicio, asegurando que su estancia sea concentrada en el apoyo y asistencia a la PAM que está recibiendo atención. ⁵⁹⁻¹²⁰⁻¹³³
6. **Recepción de la PAM:** Apoya desde el ingreso trasladando a la PAM de la silla de ruedas o camilla de ambulancia hacia la camilla de valoración, considerando el estado físico particular.

Si la PAM trae objetos personales (bastón, audífonos, lentes, dentadura), se instruye sobre como custodiarlos durante su estancia o los reporta a la jefatura en caso de que el usuario no puede hacerse cargo de ellos o le asiste para que algún acompañante los resguarde. Le ayuda a acomodarse en posición confortable y segura en la camilla, colocando un rollito bajo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 54 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

la cabeza o elevando ligeramente el respaldo si su condición lo tolera. Asimismo, coloca cobijas para abrigo si detecta que tiene frío, más aún en áreas climatizadas.¹³³

7. **Colocación de dispositivos iniciales:** Siguiendo indicaciones médicas y de enfermería, se colocan los aditamentos requeridos: cánula de oxígeno si llega con insuficiencia o dificultad respiratoria, conecta al monitor si está indicado (derivaciones, oximetría). En la PAM, para la fijación de electrodos o catéteres debe valorarse la condición frágil de la piel. Coloca la baranda de la camilla del lado opuesto a donde trabajará, para prevenir caídas. También dispone bolsas para vómito o riñonera cerca si refiere náuseas.

Se deben anticipar necesidades, preparando materiales que suelen requerirse en PAM, como un urinario o cacho si sospecha que querrá orinar pronto, o una vía venosa de mayor calibre si cree que el médico indicará fluidos.

8. **Medición de signos vitales y antropometría:** Toma la temperatura si se sospecha hipo/hipertermia significativa, ya que en PAM la fiebre puede ser atenuada, la presión arterial en el brazo (considerando posibles diferencias ortostáticas: podría medir decúbito y luego sentado si es factible), pulso y oximetría⁵⁴.


Pesa la PAM en camilla o estima su peso si no puede ponerse de pie, y pregunta por la estatura o la mide, ya que el peso/altura serán útiles para dosificación de fármacos y para el seguimiento del estado nutricional en caso de hospitalización. Todos estos valores los reporta inmediatamente especialmente si alguno está anormal⁵⁴ (PA muy baja o alta, saturación <90%).

B. Atención clínica durante la estancia en emergencias

Tras la evaluación inicial y la clasificación, inicia la fase de atención clínica activa en el servicio de emergencias. Aquí la PAM puede pasar desde unas pocas horas (en observación o tratamientos) hasta más de un día en casos de saturación hospitalaria (ingresado en pasillos de urgencias). Durante todo este periodo, el personal de enfermería implementa y ajusta continuamente los cuidados requeridos, según clasificación de riesgo y pérdida funcional (Anexo 5) en respuesta a la evolución clínica y a las necesidades que vayan surgiendo. El enfoque sigue siendo integral: manejar eficazmente la condición aguda y a la vez prevenir las complicaciones inherentes a la estancia y mantener el bienestar de la PAM.

1. **Monitoreo y reevaluación continua:** Se realiza vigilancia permanente del estado de la PAM usuaria del servicio, sabiendo que en ellos la situación puede cambiar sutil, pero significativamente¹³⁷.

Controla signos vitales con la frecuencia indicada. Pero más allá de cifras, evalúa nivel de conciencia, perfusión periférica, diuresis, dolor y confort en cada contacto. Un punto crucial es la detección precoz de delirium durante la estancia: incluso si no estaba presente al ingreso, el profesional de enfermería repite evaluaciones cognitivas breves cada cierto

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 55 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

tiempo y si nota cualquier nueva confusión, lo reporta de inmediato para buscar causas desencadenantes.⁵⁴⁻⁶⁴⁻⁸²⁻¹³³

Igualmente, reevalúa el riesgo de caídas: si la PAM está más sedado por medicación o más débil tras horas sin comer, toma medidas adicionales. Se ajustan planes de cuidados dinámicamente (PERROCA- Anexo 5); si la PAM comenzó con oxígeno, pero mejora, coordina retiro progresivo, o si se inicia un goteo IV, titula la velocidad según objetivos (hidratación lograda, evitar sobrecarga).⁶⁴⁻¹²⁷⁻¹³³


2. **Administración de tratamientos y procedimientos:** El personal de enfermería es responsable de ejecutar la terapia indicada con seguridad⁵⁴.

En la PAM, esto requiere consideraciones especiales: al canalizar una vía venosa, elegir venas de buen calibre y asegurar bien el catéter para que no se desprenda accidentalmente; al administrar medicamentos IV, hacerlo más lento de lo habitual si es sensible; diluir adecuadamente fármacos que puedan irritar sus venas; estar atento a las interacciones medicamentosas en caso de polifarmacia⁵⁴.

Si se requieren procedimientos como sonda urinaria, se valora la real necesidad, dado que las sondas incrementan infecciones y delirium, se evitan a menos que sean indispensables (retención aguda, monitorización estricta de diuresis). En caso de colocarla, se extreman medidas de asepsia y se retira lo antes posible. Para curaciones de heridas o quemaduras, se utilizan técnicas adecuadas: se usa agua estéril a temperatura ambiente para limpiar y apósitos no adherentes para no lesionarla al retirar⁵⁴.

Cuando se realicen procedimientos que pueden producir dolor e incomodidad, se gestiona premedicación con analgésicos o ansiolíticos según corresponda, y brinda apoyo verbal constante. Asimismo, se encarga de ajustar equipos, si necesita ventilación no invasiva dedicará tiempo adicional a explicar y colocar correctamente la mascarilla evitando lesiones en puente nasal (coloca apósito protector) y ajustando la conexión sin apretar demasiado⁵⁴⁻¹³¹.

3. **Para prevenir delirium:** Se minimizan cambios bruscos en el ambiente durante la noche (atenúa luces y ruidos si es posible incluyendo monitores), agrupa cuidados para permitir periodos de reposo, orienta a la PAM regularmente durante el turno, y evita restricción física a menos que no haya alternativa.⁶⁴⁻⁸²⁻¹²⁹
4. **Para prevenir LPP:** Se verifica y registra la integridad de piel a diario (especialmente en prominencias óseas) y mantiene el cronograma de cambios posturales.¹³³⁻¹¹⁴
5. **Para prevenir infecciones:** Se practica asepsia rigurosa en cada manipulación de vía o catéter, y anima a la movilidad (infecciones respiratorias, urinarias principalmente por la movilidad reducida⁵⁴).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 56 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

6. **Para evitar caídas:** Antes de cualquier movilización, evalúa el estado; no asumir que la PAM puede caminar solo porque llegó caminando, tras horas de suero, postración o convalecencia, puede estar mareado. Siempre que va a moverse, alguien del equipo debe asistirle⁶³⁻⁶⁴.

Aplicar los criterios de priorización de casos según la normativa institucional vigente y el criterio profesional del equipo de salud para la ubicación en butacas o camillas, ofreciendo el máximo confort posible según los recursos disponibles¹³³.

7. **Coordinación interprofesional y comunicación clínica:** El profesional de enfermería en emergencias actúa como eje de coordinación entre distintos profesionales en favor de la PAM. Si durante la evaluación detecta necesidades, contacta a los servicios correspondientes. Mantiene comunicación con el médico de emergencias, proporcionando información geriátrica relevante que pudo recabar.¹²⁰⁻¹²⁶


Esta información contextual ayuda al diagnóstico diferencial (delirium vs demencia). Es importante mantener un canal de comunicación íntegro, adecuado y oportuno con el paciente y su familia, a fin de evitar contradicciones en el plan terapéutico, por lo que, se recomienda, reorganizar la idea a fin de que el Equipo de Salud, coordinado por el “médico tratante” discuta el plan, el tratamiento, el egreso, y posteriormente lo someta a consentimiento del paciente, y si se detecta algo a posteriori se comente entre el equipo o se recomiende al médico tratante.¹²⁶

La comunicación efectiva se extiende al relevo de turnos: el profesional de enfermería saliente informa detalladamente al entrante la condición de la PAM, sus riesgos e indicaciones pendientes. Cabe resaltar que la educación a la PAM y familia inicia desde esta fase clínica: el profesional de enfermería va explicando hallazgos y orientando a la familia sobre cuidados. Involucrar a la familia en tareas les da tranquilidad y mejora la seguridad de la PAM.

Si la PAM se encuentra en el servicio de urgencias, el acompañante deberá permanecer en la sala de espera, a menos que el personal de salud requiera de su presencia considerando las necesidades particulares de la persona usuaria⁵⁹.

Si por la naturaleza de la gravedad de la enfermedad de la persona usuaria se requiere varias personas funcionarias atendiéndola de forma simultánea, el acompañamiento puede ser dispuesto para un momento posterior. El personal de salud deberá comunicar esta disposición y mantendrá siempre la comunicación efectiva con las personas acompañantes⁵⁹.

8. **Acompañamiento emocional y apoyo:** En medio del ajetreo clínico, no se descuida el aspecto emocional. Uno de los riesgos a valorar en las PAM son las posibles manifestaciones de temor o confusión ante la agitada atmósfera de emergencias, en aquellas PAM que se identifiquen esas conductas, se debe brindar contención emocional.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 57 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

En PAM con dolor o disconfort, se reafirma que su malestar está siendo atendido. Este acompañamiento reduce su estrés físico y mental, lo que incluso tiene beneficios clínicos¹³⁷.

- 9. Cuidados básicos (higiene, alimentación, comodidad):** Se procura mantener satisfechas las necesidades básicas de la PAM durante su permanencia en urgencias⁵⁴⁻¹³³.

Se encarga de asistir en la higiene: si la PAM ensució la ropa o pañal, realiza el aseo requerido con agua tibia y jabón neutro, seca el área para prevenir maceración, aplica crema de barrera si está incontinente, y coloca un pañal limpio o tela protectora. En caso de estancias cortas que requieran baños en cama, le moviliza mientras se comunica transmitiendo confianza y seguridad⁵⁴⁻¹³³.

Si la PAM está consciente y permanece muchas horas, le ofrece elementos para su aseo personal.

En cuanto a alimentación, verifica con el profesional de enfermería si la PAM puede ingerir.

Si no hay contraindicación, le ofrece agua o líquidos claros inicialmente; en observaciones prolongadas, coordina alimentación una vez que la condición se estabiliza. El personal de apoyo ayuda a dar de comer si no puede hacerlo solo.⁵⁴⁻¹³³

- 10. Mantiene la comodidad:** Ajusta la posición en cama periódicamente, si necesita elevar alguna extremidad o requiere una posición específica para su condición, aflojando prendas que lo opriman. También presta atención al entorno inmediato: que la mesa de servicio esté al alcance con sus objetos personales, mantener la cama seca y libre de residuos o arrugas que irriten la piel.⁵⁴⁻¹¹⁴⁻¹³³


Si la PAM usa prótesis (dentales, auditivas), se le asiste para limpiarlas y recolocar si la persona las tolera, ya que eso mejora su bienestar. En síntesis, se le provee de cuidado diario fundamental que asegura que no sufra sed, hambre, frío, suciedad o incomodidad evitable alguna durante su atención⁵⁴.

- 11. Apoyo para la movilización y transferencias:** Colabora en los cambios posturales programados, movilizándolo con técnica adecuada para no lesionar piel ni articulaciones (usa sábana para movilización si es pesado, protege los talones al girar¹¹⁴).

Si la PAM puede deambular con apoyo, se acompaña a dar unos pasos, según indicación del profesional de enfermería.

En personas encamadas prolongadamente, puede guiar ejercicios pasivos de extremidades, con el fin de evitar rigidez y mejorar circulación¹¹⁵.

Siempre asegurándose de la seguridad, se motiva a la PAM a moverse dentro de sus posibilidades. Estas sesiones de movilidad le mantienen activo y previenen descondicionamiento. Debe asistirse en la transferencia a silla o sillón si se decide sacarle de la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 58 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

camilla: utiliza técnicas de levantamiento seguro y acomoda en la silla para que esté bien apoyado. Durante la deambulaci3n o sedestaci3n supervisada, se permanece cerca para reaccionar ante cualquier desequilibrio¹¹⁵.

12. **Control de eliminaciones:** Es muy frecuente que las PAM tengan necesidades de eliminaci3n especiales. Debe procurarse estar atento a las micciones y deposiciones: si est3 consciente, peri3dicamente le pregunta si desea ir al ba1o. En caso afirmativo, lo asiste llev3ndolo al sanitario o alcanz3ndole un dispositivo para orinar en la cama seg3n corresponda, manteniendo su privacidad. Despu3s le realiza la higiene adecuada (lavado de manos, limpieza genital si necesitara⁵⁴).

Si tiene sonda vesical, se registra el volumen de diuresis en la bolsa peri3dicamente, evitando que se rebase (la vac3a de forma as3ptica cada vez que est3 ~2/3 llena o antes de 4 horas) y asegurando que no haya acodaduras en el tubo. Tambi3n anota el aspecto de la orina e informa al profesional de enfermer3a si ve algo anormal (sangre, turbidez⁵⁴⁻¹⁰⁰).


Con respecto a las deposiciones, la higiene se realiza respetando la dignidad, intimidad y privacidad de la PAM., se enfatiza en la importancia de proteger el pudor usando cortinas o biombos disponibles⁵⁴⁻¹³³.

13. **Observaci3n y reporte de cambios:** Si la PAM empieza a lucir m3s confundido que antes, lo reporta de inmediato ya que podr3a ser inicio de delirium. O si le nota muy p3lido o sudoroso al ayudarlo a sentarse, se alerta al profesional de enfermer3a y m3dico tratante.

En la fase de atenci3n cl3nica, la intervenci3n de enfermer3a, sumada a la interacci3n con el resto del equipo multidisciplinario, consigue un manejo eficiente de la condici3n aguda de la PAM a la vez que se mantiene un entorno seguro y humanizado. Este es monitoreado, tratado y cuidado integralmente, reduciendo el riesgo de declinar durante su estancia en emergencias. Esta preparaci3n 3ptima facilita el siguiente paso cr3tico: el egreso o la derivaci3n con las m3ximas garant3as de continuidad de cuidados.

C. Egreso o derivaci3n (transici3n de cuidados)

La etapa de egreso del servicio de emergencias es particularmente importante en las PAM, ya que una transici3n mal planificada puede derivar en reca3das, complicaciones en casa o reingresos. Por ello, la gesti3n del alta (sea a domicilio o derivando a otro nivel de atenci3n) debe realizarse con sumo cuidado y coordinaci3n. El personal de enfermer3a juega un rol central en este proceso, asegurando que la PAM y su familia comprendan el plan, tengan los apoyos necesarios y que la transferencia de informaci3n al siguiente punto de atenci3n sea completa. A continuaci3n, se describen las acciones clave de enfermer3a al finalizar la atenci3n en emergencias:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 59 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

1. Actividades según normativa vigente:

De acuerdo con lo establecido en la Instrucción de Trabajo Egreso de PAM atendidas en los servicios de emergencias de Áreas de Salud y Hospitales⁵⁶, a ellos:

Debe brindarse, en todo momento, un trato digno, preservando su intimidad y respetando su dignidad. La atención debe ser ágil, oportuna, individualizada, humanizada, centrada en la persona⁵⁶.

Debe valorarse en forma general, su condición funcional, estado mental y riesgo social, y tomarse en cuenta dichos factores para decidir el egreso del servicio y la mejor vía para realizarlo⁵⁶.

El egreso debe ser comunicado a la PAM y a la red de apoyo primaria (familiares, personas cuidadoras y funcionarios de hogar de larga estancia), para que un familiar o acompañante acuda a recibir a la persona a su egreso del servicio de emergencias o le reciba en su domicilio; principalmente cuando la persona tiene alguna limitación funcional⁵⁶.


En caso de que la PAM viva sola, sin redes de apoyo primario, pero ya su condición de salud, motivo de consulta se resolvió, y la persona es funcional física y cognitivamente, se puede egresar con referencia al área de salud para seguimiento⁵⁶.

En caso de que se identifique sospecha de alguna manifestación de violencia intrafamiliar (física, sexual, negligencia, psicológica), sospecha de abandono y otros de factores de vulnerabilidad o riesgo social, se debe gestionar con el médico tratante el seguimiento con Trabajo Social para la valoración y atención social que corresponda. Esto con el propósito de procurar una protección integral de los derechos y salud de la persona usuaria⁶⁰.

2. Educación para el alta y entrega de recomendaciones:

Un componente crítico es la educación a la PAM y persona cuidadora sobre los cuidados posteriores. El profesional de enfermería se asegura de entregar todas las indicaciones médicas y de enfermería. Además, si se requiere cumplir indicaciones ambulatorias por el EBAS o por el equipo de atención domiciliar, procurar que estas sean anotadas en la sección correspondiente del expediente digital⁵⁶.

Entre los puntos que cubre están: el diagnóstico o motivo de consulta, los medicamentos que deberá tomar en casa, se hace énfasis especial en cambios respecto a su medicación previa, para evitar duplicidades o confusiones. Desde enfermería se verifica la comprensión pidiéndole a la persona cuidadora que repita las instrucciones clave. También instruye sobre cuidados específicos según la condición: cura de heridas (cómo limpiar y cuándo regresar para retiro de puntos si los hay), ejercicios en casa, dieta recomendada, y medidas de seguridad (adaptar el baño, usar bastón) si hubo un evento de caída⁵⁴⁻¹³⁵.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 60 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Un apartado fundamental son los signos de alarma: Se detalla cuáles síntomas deben motivar una consulta médica inmediata o volver a emergencias: fiebre alta, nuevo dolor, dificultad respiratoria, desorientación, incapacidad para caminar, vómitos persistentes, dependiendo del caso, la patología y la epidemiología local.

3. Coordinación de la continuidad asistencial (referencias):

Se gestionan las referencias o seguimientos requeridos. Si el protocolo indica control en el Área de Salud en cierto número de días, orienta a la PAM sobre dónde acudir y se asegura que las indicaciones ambulatorias anotadas en el expediente sean claras para facilidad de comprensión del profesional de Enfermería que las cumplirá en el mismo establecimiento o en el que le sea más conveniente a la PAM¹³³.

En algunos casos, se coordina servicios de apoyo: si la PAM necesita otros recursos de atención ofrecidos institucionalmente, se coordina con Trabajo Social para identificar redes de apoyo para las PAM. Si quedó alguna gestión pendiente (resultados de laboratorio que saldrán después del alta), informa quién y cómo se dará seguimiento¹²⁰.

Cuando la PAM se deriva a otro centro (traslado a hospital de mayor nivel), se elabora un resumen de enfermería que acompañe la transferencia, describiendo en EDUS el estado de salud, cuidados realizados, hora de últimos medicamentos administrados, para que el equipo receptor tenga continuidad de la información.


La transición también puede ser interna: si la PAM será hospitalizada, el profesional de enfermería de emergencias realiza una entrega de turno detallada al profesional de la unidad de destino, enfatizando los riesgos geriátricos (riesgo de caída, asistencia para AVD, lesiones por presión, alteraciones cognitivas) para que en salón continúen las precauciones correspondientes.

4. Documentación del egreso:

Antes de la salida, se asegura de dejar completa la documentación en la historia clínica. Se registra la evaluación final de enfermería (condición de la PAM al alta, estado neurológico, deambulación, signos vitales estables), las indicaciones entregadas y la comprensión de éstas por parte de la PAM/familia, y cualquier recusación o decisión que tengan (si se retira con salida exigida o en fuga, se deja asentado y se llama al número de contacto registrado⁵⁴⁻¹³³).

También se consigna en las notas de enfermería las coordinaciones realizadas (indicaciones ambulatorias, notificación a familiar⁵⁴⁻¹³³).

Se hace entrega a la PAM copia de sus recomendaciones y verifica que se lleve todas sus pertenencias: revisa que tenga sus medicamentos, estudios de imágenes entregados, objetos personales.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 61 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

5. Traslado al punto de encuentro:

Cuando llega el familiar con vehículo o si va a salir del hospital, según recursos disponibles, se conduce la silla de ruedas llevando a la PAM de manera segura hasta donde corresponda. Durante el trayecto, va pendiente de sus requerimientos. En caso de PAM que egresan caminando, pero con cierta dificultad, se acompaña hasta que se encuentren con la persona cuidadora, en todos los casos registrando si es posible la identificación de quien retira a la PAM para anotarlo en el expediente⁵⁴⁻¹³³.

Al completar el proceso de egreso, el trabajo de enfermería habrá garantizado que la PAM sale del servicio de emergencias con las mejores condiciones posibles: comprendiendo su situación de salud, con sus síntomas controlados, acompañado y con un plan claro de seguimiento. En caso de ser trasladado a otro nivel asistencial, la información y cuidados necesarios se habrán transmitido eficazmente.⁵⁴⁻⁵⁶⁻¹³³

Módulo No. 4. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la persona adulta mayor en los servicios de consulta externa en los tres niveles de atención.

Lugar

Servicios de consulta externa en los establecimientos de salud de la CCSS.
 Hospitales Nacionales y especializados, centros especializados.
 Hospitales Regionales y Periféricos.
 Puestos de visita periódica, sedes de EBAIS, sedes de área de salud tipo 1-2 y 3.


Personal que interviene

- Profesionales de Enfermería
- Auxiliares de Enfermería
- Asistentes de pacientes

Intervenciones

Los servicios de consulta externa enfrentan desafíos particulares en el PNA, especialmente en las áreas de salud y los EBAIS, al brindar atención médica y de enfermería a PAM provenientes de su área de adscripción. De igual forma, en el segundo y tercer nivel de atención, se atienden PAM referidas desde el primer nivel, ya sea para consultas especializadas o para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad.¹⁰

El flujo de atención en consulta externa contempla intervenciones de enfermería en diversas etapas del proceso asistencial: preconsulta, consulta, pos-consulta, seguimiento y apoyo en procedimientos. En cada una de estas etapas, el personal de enfermería debe ajustar el plan de cuidados, tanto para PAM en condiciones de salud óptimas como para aquellas con múltiples necesidades o problemas de salud.¹⁰⁻⁵⁰

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 62 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

A continuación, se detallan las principales intervenciones de enfermería según las situaciones de salud y necesidades de apoyo identificadas en la PAM, considerando su aplicación a lo largo de todas las etapas del proceso de atención en consulta externa.

I. Personas adultas mayores con deterioro cognitivo 54⁻⁵⁰⁻¹³³⁻¹³⁸⁻¹²¹⁻¹³⁹⁻¹²⁰

Revisa el expediente clínico para identificar el grado de deterioro cognitivo, antecedentes relevantes y la necesidad de apoyo especial durante la atención. Utiliza la herramienta de evaluación de la pérdida de capacidad funcional del SIES (Anexo 3).

Planifica un entorno tranquilo, evitando esperas prolongadas y procurando que la atención ocurra en espacios iluminados, ventilados y sin exceso de ruido, para favorecer la orientación y reducir la ansiedad.

Fomenta que la PAM acuda con un acompañante o persona cuidadora para que le asista durante su visita al servicio, y lo involucra activamente para recolectar información confiable sobre síntomas, medicamentos o rutinas.

Prioriza el ingreso a consulta en caso de agitación, ansiedad o desorientación evidente.

Evalúa la orientación en tiempo, lugar y persona mediante preguntas sencillas, ajustando la intervención según el grado de comprensión.

Adapta la comunicación al nivel sensorial y cognitivo de la persona: utiliza frases simples, tono claro, evita términos técnicos o lenguaje edadista, sin recurrir a diminutivos¹³⁸.

Evalúa la capacidad de la PAM para tomar decisiones sobre su salud y, en caso de deterioro severo, coordina la participación de un representante legal o familiar para el consentimiento informado.

Durante los procedimientos clínicos, explica cada paso, observa reacciones, brinda contención emocional ante signos de ansiedad o confusión.

Recapitula las indicaciones médicas y de enfermería con lenguaje comprensible, destacando los puntos clave y reforzando la comprensión, la cual verifica utilizando técnicas de “enseñar y verificar” pidiendo que repitan en sus propias palabras¹³⁸.


Explica signos de alarma cognitivos o conductuales y enseña cómo actuar ante ellos, involucrando a la persona cuidadora.

Sugiere estrategias prácticas para favorecer el cumplimiento del tratamiento (uso de pastilleros, alarmas, rotulación) y, si es posible, coordina con la consulta de atención farmacéutica (ATENFAR).

Evalúa la red de apoyo; si identifica limitaciones, coordina con Trabajo Social u otros recursos comunitarios.

Programa seguimiento individualizado según el estado cognitivo y funcional de la PAM, con revisiones periódicas, verificando adherencia al tratamiento, evolución clínica y aplicación de actividades de estimulación cognitiva.

En el caso de atenciones bajo modalidades tele presenciales, realiza llamadas de seguimiento para reforzar cuidados, aclarar dudas, evaluar evolución y mantener contacto con la persona cuidadora principal¹²¹⁻¹³⁹.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 63 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Coordina con el equipo médico y otros profesionales ante eventos adversos, sospechas de delirium, empeoramiento del estado cognitivo o afectivo, o dificultad en el acceso a los servicios.

Da seguimiento a las referencias a otros niveles de atención y verifica que la PAM y la persona cuidadora comprendan el proceso para dar seguimiento adecuado¹³³.

Elabora y registra la referencia de enfermería asegurando la continuidad del plan de cuidado, con especial atención en las indicaciones ambulatorias para ser cumplidas en la red de servicios.

Orienta a la familia sobre grupos de apoyo, programas comunitarios y recursos para personas cuidadoras de personas con demencia, entregando contactos actualizados.

Actúa como gestor de caso con la red de servicios: mantiene comunicación con el equipo médico, el ATAP o el personal de otros niveles para asegurar atención integral¹²¹.

Registra en el EDUS todas las intervenciones, coordinaciones realizadas, evaluaciones cognitivas, acuerdos familiares y orientaciones brindadas.

Toma los signos vitales de forma respetuosa y humanizada, respetando los tiempos de la PAM, explicando cada paso de forma sencilla para reducir la ansiedad⁵⁴.

Durante la consulta, asiste en el traslado de la PAM dentro del consultorio o hacia la camilla, garantizando su seguridad física y previniendo caídas.

Refuerza la orientación temporal y espacial mediante recordatorios verbales (dónde está, por qué está ahí).

Observa expresiones faciales y lenguaje corporal; si detecta incompreensión o frustración, interviene con tacto repitiendo instrucciones en forma clara o mostrando cómo realizar alguna acción.

Facilita la participación del acompañante, aclarando dudas conforme a las indicaciones del profesional, promoviendo un ambiente de respeto y colaboración.

Refuerza las orientaciones prácticas brindadas al final de la consulta.

Acompaña o coordina con el Asistente de pacientes o personal de apoyo si se requiere asistencia para movilizarse hacia otros servicios (Farmacia, Laboratorio, REDES)¹³⁸.

Si percibe dudas o inquietudes no resueltas, las comunica oportunamente para su abordaje.


Registra en EDUS cualquier observación relevante para la continuidad del cuidado.

Si se ausenta a una cita, coordina que sea contactado telefónicamente para indagar el motivo y gestionar su reprogramación, o solicita apoyo del ATAP para su localización si corresponde.

Participa en el mantenimiento de un registro interno de PAM con deterioro cognitivo, que permita alertar al equipo para priorizar y personalizar la atención.

II. Personas adultas mayores con movilidad reducida 54-50-10-138-121-120

Identifica si la PAM tiene movilidad limitada o requiere ayudas técnicas para desplazarse durante su permanencia en el establecimiento de salud (silla de ruedas, andadera, bastón).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 64 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Diseña con la administración un plan de códigos internos o de comunicación con personal de seguridad o asistentes de ingreso para notificar a enfermería la llegada de PAM con movilidad reducida.

Mantiene actualizado el diagnóstico funcional de los dispositivos disponibles en el establecimiento (sillas de ruedas, andaderas), gestionando solicitudes de mantenimiento (SOCO) de forma oportuna.

Organiza la atención evitando desplazamientos innecesarios: prioriza que la toma de signos vitales, muestras o procedimientos se realicen en el mismo consultorio o en secuencia lógica.

Si la PAM no tiene acompañante y presenta movilidad muy limitada, se solicita el apoyo de asistentes de pacientes o guardas para el traslado inicial.

Durante la valoración inicial, identifica necesidades especiales relacionadas con la movilidad: riesgo de LPP, dolor articular, uso de férulas o prótesis.

Evalúa la funcionalidad y el riesgo asociado a la movilidad reducida en EDUS (Anexo 3).

Indaga sobre ABVD que realiza autónomamente y en cuáles necesita ayuda (como bañarse o moverse), aplicando escala de Barthel presentes en el SIES (Anexo 6).

Revisa el uso de ayudas técnicas, asegurando que sean adecuadas a la talla de la PAM y estén en buen estado; enseña su uso correcto si detecta errores.

Si utiliza silla de ruedas, revisa su estado (frenos, asiento acolchado) y explora si el hogar cuenta con adaptaciones como rampas o baño accesible. Registra en el EDUS cualquier carencia.

Durante procedimientos médicos o de enfermería, adapta la atención a la capacidad de movilidad de la PAM. Evita transferencias innecesarias a la camilla; si son requeridas, solicita apoyo del personal.

Monitorea signos de fatiga, dolor o disconfort; ofrece pausas y protege la dignidad durante toda la atención.

Evalúa la presencia de dolor articular o muscular por inmovilidad (como dolor de rodillas o contracturas), y coordina su abordaje dentro del plan de dolor crónico si aplica.

Educa sobre autocuidados: ejercicios de fortalecimiento, técnicas de transferencia de la cama a la silla u otras medidas si no hay acceso a Fisioterapia.


Previene caídas durante la consulta: si la PAM debe levantarse o caminar, asegura supervisión estrecha por parte del equipo.

Refuerza indicaciones orientadas a mejorar la movilidad; promueve el apego a los ejercicios de rehabilitación domiciliar indicados por Fisioterapia y educa sobre medidas preventivas contra complicaciones (como LPP, contracturas, espasticidad).¹¹⁴

Si se identifica riesgo de caídas, brinda recomendaciones específicas (uso de ayuda técnica, eliminación de obstáculos en casa, precaución al levantarse).

Entrega material educativo institucional impreso, o gestiona la elaboración de folletos informativos para PAM con movilidad limitada.

Informa sobre signos de alarma (como edemas, dolor nuevo, aparición de LPP o caídas) que ameriten consulta antes del próximo control.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 65 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Asegura que la PAM salga del establecimiento con todos sus dispositivos en buen estado y correctamente colocados.

Documenta en EDUS todas las orientaciones y acciones realizadas.

En el seguimiento, evalúa la evolución funcional. Si fue referido a Fisioterapia, Nutrición u otros, verifica la adherencia y efectividad del plan.

Participa en reuniones interdisciplinarias para analizar los casos complejos y ajustar el plan de cuidado.

Actúa como gestor del caso, ofreciendo seguimiento periódico, promoviendo la autonomía y previniendo complicaciones.

Antes de cada cita, revisa notas anteriores para anticipar necesidades logísticas y asegurar continuidad del cuidado.

Coordina con el equipo interdisciplinario y servicios de apoyo (ATAP, Terapia Física, Nutrición, etc.).

Notifica al ATAP sobre necesidades de evaluación del entorno físico en el hogar (riesgos, adaptaciones, seguridad).

Contacta organizaciones comunitarias o institucionales para ofrecer espacios seguros donde realizar actividad física supervisada.

Mantiene una base de datos con información de contacto de PAM con movilidad reducida para seguimiento y coordinación efectiva.

III. **Personas adultas mayores con dolor crónico 50-11-82-133-104-120-130-131-137**

Revisa la historia clínica para identificar la causa del dolor crónico, la escala de dolor registrada previamente y el tratamiento farmacológico vigente; indaga la adherencia al mismo mediante preguntas sencillas.

Compara evaluaciones de dolor previas para determinar si se requiere una nueva valoración.

Incluye la escala de dolor como parte de los signos vitales, utilizando la escala numérica de 0 a 10 o la escala visual análoga, según las capacidades la PAM.


Adapta la atención a la comodidad de la PAM: si permanecer sentado le incrementa el dolor, prioriza su ingreso o busca un asiento más confortable.

Verifica el uso correcto de dispositivos como fajas lumbares o parches analgésicos y planifica revisarlos durante la consulta.

Si reporta dolor muy severo al llegar, gestiona atención prioritaria notificando al médico de inmediato.

Prepara recursos no farmacológicos disponibles en el servicio (como compresas térmicas), siempre que su uso esté protocolizado e investiga si las aplica en el hogar.

Durante la valoración, indaga las características del dolor: localización, tipo (punzante, ardor, presión), intensidad, factores desencadenantes o calmantes, y su impacto en actividades diarias (sueño, movilidad, estado de ánimo).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 66 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Consulta al acompañante sobre signos de dolor incontrolado o cambios conductuales.

Verifica el cumplimiento del tratamiento analgésico y evalúa su eficacia; muchas PAM modifican la dosis por temor a efectos secundarios¹³³.

Identifica efectos adversos frecuentes de analgésicos (estreñimiento por opioides, gastritis por AINES, somnolencia), los documenta y comunica al médico tratante¹³³.

Investiga el uso de estrategias no farmacológicas (calor local, ungüentos, ejercicio, fisioterapia) para integrarlas al plan si resultan útiles.

Durante la exploración física, avisa a la PAM antes de tocar zonas dolorosas y detiene la maniobra si el dolor es intolerable, documentando la limitación (“dolor 10/10 al flexionar rodilla”).

Supervisa o aplica medidas de alivio inmediato indicadas por el médico, como inyecciones IM o IV¹³³.

Brinda soporte emocional: valida el dolor como una experiencia real y prioritaria para el equipo de salud.

Educa a la PAM sobre técnicas de afrontamiento: respiración lenta, relajación muscular progresiva, posturas antiálgicas.

Si identifica asociación entre dolor crónico y síntomas emocionales, propone evaluar con Salud Mental o la Clínica del Dolor.

Registra detalladamente la evaluación en la nota de enfermería y comunica al médico hallazgos relevantes como alteraciones del sueño o la alimentación relacionadas con el dolor.

Refuerza al final de la consulta el plan terapéutico, explicando cambios en medicación, dosis y horarios, e insiste en no suspender fármacos sin indicación.

Coordina con Farmacia (ATENFAR) la entrega instrucciones impresas y, si el esquema es complejo, se le provea de ayudas visuales como tablas o etiquetas, y durante los contactos siguientes verifica que se estén usando estas ayudas adecuadamente. Así mismo, gestiona con este servicio, la revisión de polifarmacia y conciliación de medicamentos para evitar duplicidades o interacciones¹³³.

Recomienda llevar un diario de dolor para monitorear progresos y detectar patrones¹³⁸.

Informa sobre signos de alarma que ameritan consulta urgente: aumento repentino del dolor, síntomas neurológicos (entumecimiento, debilidad), fiebre, pérdida de peso.

Programa seguimiento con consulta de enfermería o médica según severidad del caso.


Crea un espacio para aclarar dudas y temores sobre el tratamiento con empatía.

Registra todas las indicaciones, educación y respuestas en el expediente.

En caso de modalidades tele presenciales realiza seguimiento telefónico a los pocos días o semanas tras ajustes al tratamiento, para valorar respuesta, adherencia y efectos secundarios.

Si el dolor persiste, informa al médico para ajuste terapéutico antes de la próxima consulta; si mejora, refuerza continuidad del tratamiento.

Reevaluación presencial en la siguiente cita: compara intensidad de dolor y funcionalidad con visita anterior.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 67 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Si no hay mejoría, propone escalar el manejo (coordinación con Clínica del Dolor, incorporación de Salud Mental).

Monitorea factores que afectan adherencia (efectos adversos, olvido, acceso económico) y propone soluciones (coordinación con Farmacia, simplificación del régimen).

Reafirma en cada contacto el compromiso terapéutico, felicita logros y refuerza el autocuidado.

Articula con Psicología y Salud Mental si el dolor se relaciona con ansiedad o depresión, derivando para terapia cognitivo-conductual u otras intervenciones.

Activa la red de Cuidados Paliativos en casos de enfermedades avanzadas con dolor crónico (como en cáncer), incluyendo visitas domiciliarias si se requieren¹³⁸.

Trabaja con Rehabilitación para elaborar un plan individualizado de ejercicio y recuperación funcional.

Gestiona transporte institucional si la PAM no puede desplazarse a otros centros o al hogar.

Involucra a la PAM en grupos de apoyo y talleres de educación en dolor crónico, si están disponibles.

IV. **Personas adultas mayores con riesgo de caídas o historial de caídas recurrentes** 50-11-63-64-121-140-120

Identifica a las PAM con alto riesgo de caídas revisando el expediente clínico: edad avanzada, uso de dispositivos de apoyo, caídas previas, trastornos de la marcha o equilibrio, hipotensión, lesiones en miembros inferiores.¹⁴⁰

Si presenta caídas recientes, coordina desde su ingreso la asistencia del personal de apoyo para garantizar su seguridad.

Incorpora en la valoración inicial preguntas de tamizaje, como: “¿Ha sufrido caídas en los últimos meses?” y lo anota para su abordaje en consulta (Anexo 3).

Prepara herramientas de evaluación (cronómetro para prueba de levántate y anda)¹²¹.

Asegura que el entorno de espera y consulta esté libre de obstáculos, con piso seco, camillas adecuadas y sillas estables.

Detecta factores predisponentes inmediatos (mareo, visión borrosa) y los comunica al médico.


Evalúa causas intrínsecas (equilibrio, fuerza muscular, medicación) y extrínsecas (entorno físico) para coordinar estudios o abordajes necesarios.

Realiza una evaluación multifactorial del riesgo de caídas¹²¹:

Interroga sobre caídas previas (frecuencia, circunstancias, lesiones, secuelas).

Evalúa marcha y equilibrio (levantarse de la silla sin usar manos, caminar unos pasos), fuerza muscular y rango articular.

Indaga por alteraciones visuales, auditivas, neurológicas o urológicas, u otras, que influyan en el riesgo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 68 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Revisa la medicación: benzodiazepinas, diuréticos, antihipertensivos, hipoglicemiantes, y anota posibles ajustes a discutir con el médico¹²¹.

Mide presión arterial en decúbito y de pie para detectar hipotensión ortostática.

Indaga sobre barreras arquitectónicas en el hogar, convivencia, uso habitual de dispositivos de apoyo.

Aborda cada factor de riesgo con recomendaciones específicas.

Si detecta déficit visual propone evaluación oftalmológica¹²¹.

Si identifica debilidad muscular educa sobre ejercicios de fortalecimiento y gestiona referencia a fisioterapia¹²¹.

En caso de detectar polifarmacia propone revisión médica y consulta con ATENFAR¹²¹.

Cuando se identifica un entorno inseguro fortalece la educación sobre prevención¹²¹.

Refuerza la educación en prevención: levantarse despacio, usar lentes/audífonos, no subir a sillas, pedir ayuda para tareas riesgosas.

Demuestra ejercicios simples (sentarse y levantarse repetidamente, equilibrio asistido).

Promueve la participación en programas de ejercicio para PAM, que reducen el riesgo de caídas¹²¹.

Involucra al acompañante o persona cuidadora: instruye sobre cómo apoyar la seguridad en el hogar.

Si el riesgo es alto, coordina con el médico la evaluación auditiva o neurológica y define medidas preventivas¹²¹.

Registra todo en la nota de enfermería, elaborando un plan personalizado de prevención¹²¹.

Al finalizar, resume con la PAM y su red de apoyo el plan acordado.

Refuerza verbalmente las recomendaciones y entrega material educativo si está disponible¹²¹.

Si se identificó necesidad de ayudas técnicas, coordina con Fisiatría, Trabajo Social o la familia para su adquisición.

Se asegura de que la PAM salga en condiciones seguras: si presentó hipotensión ortostática, le ofrece hidratación y descanso antes de retirarse; si está solo, gestiona acompañamiento o transporte institucional.

Informa al médico sobre hallazgos relevantes o acciones coordinadas.

Documenta en el expediente todas las acciones realizadas y recomendaciones entregadas¹²¹.


En el seguimiento, evalúa la eficacia del plan implementado:

Refuerza medidas si no ha habido caídas; si las hubo, ofrece soluciones o coordina visitas domiciliarias si son factibles.

En consulta de control, repite valoración de marcha, equilibrio, adherencia a ejercicios y cambios realizados.

Ajusta el plan según evolución: reduce frecuencia si está estable o intensifica si persiste el riesgo.

Verifica cumplimiento de interconsultas pendientes y registra comparativamente los avances.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 69 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Si persisten caídas, sugiere una evaluación del entorno por Terapia Ocupacional, Enfermería en el PNA o el ATAP, valora la necesidad de cambios de dispositivos o incluso ingreso a programas especializados.

En casos graves, convoca a la familia a reuniones educativas y comunica la situación al equipo para valorar nuevas estrategias.

Coordina con fisioterapia para revisar evolución y ajustar el plan.

Coordina con nutrición para el abordaje en caso de sarcopenia o malnutrición.

Contacta programas comunitarios de prevención de caídas para incluir a la PAM en talleres de educación o ejercicio.

Reúne a personas cuidadoras para capacitarlos en técnicas de movilización segura y supervisión adecuada.

Si la PAM vive en un hogar de larga estancia, se comunica con el personal para compartir las recomendaciones.

Actúa como gestor de prevención de caídas, articulando todos los recursos para reducir riesgos¹²¹.

V. Personas adultas mayores con trastornos afectivos (depresión, ansiedad) 50-11-119-64-136-120

Identifica en el listado de PAM aquellas con diagnóstico confirmado o sospecha de trastornos afectivos.

Prepara un ambiente privado y seguro para la atención, procurando espacios sin interrupciones ni ruidos.

Si consulta por otra razón, pero hay antecedente de depresión en expediente, indaga su estado de ánimo como parte integral de la valoración.

Indica al personal de apoyo que esté atento a señales emocionales desde el ingreso (llanto, retraimiento, agitación).

En casos severos (antecedentes de intento suicida), coordina medidas de seguridad desde el ingreso, asegurando que la PAM esté acompañado.

Establece un vínculo de confianza mediante escucha activa, empatía y comunicación no directiva.

Indaga síntomas emocionales: tristeza, anhedonia, ansiedad, insomnio, somatizaciones, pensamientos negativos.


Pregunta con tacto por ideación suicida si detecta signos de depresión moderada o grave.

Explora factores psicosociales: red de apoyo, eventos vitales recientes, condiciones de vida.

Revisa adherencia al tratamiento psiquiátrico y dificultades para mantenerlo.

Evalúa el impacto funcional del trastorno afectivo (abandono de autocuidados, aislamiento, evitación social).

Brinda soporte emocional durante la entrevista: valida el sufrimiento y refuerza recursos personales.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 70 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Realiza educación individualizada:

En depresión: explica que es una enfermedad tratable, desmitifica estigmas y aclara cómo actúan los medicamentos.

En ansiedad: enseña técnicas simples de respiración diafragmática, relajación o higiene del sueño⁸⁴.

Refuerza la importancia de continuar la psicoterapia si ya está instaurada.

Ofrece consejería básica: recomendaciones de rutina, actividad física, contacto social.

Involucra al acompañante: educa sobre signos de alarma, formas de apoyo y cuándo buscar ayuda.

Si la PAM lo permite, coordina el contacto con familiares para reforzar el plan terapéutico.

Resume junto a la PAM el plan de acción: continuar medicación, asistir a terapia, implementar técnicas en casa, seguimiento cercano.

Registra en la nota de enfermería todo lo valorado y ejecutado, impresiones clínicas, medidas tomadas.

Si hay sospecha de riesgo suicida, activa protocolos: no permite que la PAM se retire solo, coordina atención inmediata.

Proporciona recursos impresos (folletos sobre depresión, manejo de ansiedad) y contactos útiles (líneas de atención en crisis, números institucionales).

Programa un seguimiento en 1-2 semanas, o antes según el riesgo, y documenta las instrucciones, consensos y orientaciones dadas.

Realiza llamada telefónica en los días siguientes para valorar evolución emocional¹²¹.

Si detecta empeoramiento, coordina intervención inmediata o adelanta consulta.

Reajusta el plan: aumenta frecuencia de contacto o propone intervenciones adicionales.

Refuerza la adherencia al tratamiento, felicita los avances y brinda motivación constante.

Si observa mejoría sostenida, puede espaciar los seguimientos, garantizando la disponibilidad de apoyo continuo.

Gestiona con el médico tratante la referencia a Psicología, Enfermería en Salud Mental o Psiquiatría según severidad.

Coordina con Trabajo Social cuando identifica determinantes sociales (soledad, maltrato, pobreza).


Solicita inclusión en programas comunitarios para fomentar integración y reducir aislamiento¹²¹.

Si la PAM lo desea, contacta apoyo espiritual institucional.

En casos complejos, promueve reuniones interdisciplinarias (médico, psicólogo, trabajadora social, psiquiatra).

Orienta y educa a personas cuidadoras sobre estrategias de apoyo, signos de alarma y recursos disponibles.

Actúa como enlace con la comunidad (vecinos, organizaciones, voluntarios) para fortalecer redes de apoyo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 71 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Documenta y da seguimiento a cada coordinación realizada, verificando cumplimiento.

La consulta externa constituye un espacio clave para la identificación temprana de riesgos, el seguimiento clínico y la implementación de intervenciones de enfermería que promuevan la funcionalidad, el autocuidado y la calidad de vida de las PAM, como aporte al abordaje articulado multidisciplinario que se ofrece en los servicios de salud. A través de un abordaje integral, centrado en la persona y articulado con la red de servicios, el personal de enfermería desempeña un rol estratégico en la prevención de complicaciones y en la continuidad del cuidado. Sin embargo, cuando las condiciones de salud se agudizan y requieren un nivel mayor de complejidad, la hospitalización se convierte en un escenario fundamental de intervención. A continuación, se desarrollan las consideraciones específicas para la gestión del cuidado de enfermería durante la atención hospitalaria de la persona adulta mayor, reconociendo sus particularidades clínicas, funcionales y psicosociales.

Módulo No. 5. Intervención de Enfermería en la Gestión del cuidado de la PAM en los servicios de hospitalización de segundo y tercer nivel.

Lugar

Hospitales Periféricos
 Hospitales Regionales
 Hospitales Nacionales y especializados
 Modalidades no convencionales de hospitalización

Personal que interviene


- Profesionales de Enfermería
- Auxiliares de Enfermería
- Asistentes de pacientes

Intervenciones

Este módulo describe las intervenciones de enfermería para la atención de la PAM hospitalizado, organizadas por problemas frecuentes en esta población. Todas las acciones se enmarcan en la normativa vigente de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con sustento en literatura científica de enfermería. Se adopta un enfoque de atención centrado en la persona, reconociendo la dignidad, autonomía, participación e individualidad de cada PAM.

I. Intervenciones transversales por supervisar por enfermería:

Supervisar la realización de la escala PERROCA al ingreso (Anexo 5) y la actualización periódica del Proceso de Enfermería, que garantice la evolución del cuidado según las necesidades de la persona usuaria, manteniendo siempre el enfoque en las metas funcionales y la calidad de vida que la PAM expresa como prioritarias.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 72 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Gestionará los recursos y aplicará los protocolos necesarios para la atención de PAM con múltiples patologías; promoviendo un ambiente físico adaptado (espacios amigables con la edad: buena iluminación, pasamanos, relojes/calendarios visibles para orientación), asegurará la continuidad de la atención en transiciones entre servicios internos en el establecimiento y entre establecimientos de la Red.

El supervisor de enfermería valorará y autorizará la necesidad de permisos especiales para los familiares de PAM hospitalizados, según lo establecido en el Lineamiento para el Acompañamiento a las Personas Usuarias en los Establecimientos de Salud de la CCSS, 2024⁵⁹.

Es importante que en este grupo el supervisor oriente al personal asistencial sobre la importancia de valorar las creencias espirituales durante la admisión y registrarlas para el plan de cuidados.

II. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con signos de Maltrato y Violencia ⁶⁰


La Ley Integral para la PAM¹ y sus reformas establecen derechos y medidas de protección ante situaciones de violencia, mandando a las instituciones de salud a prevenir, detectar y abordar estos casos en todos los niveles de atención. El profesional de la salud que detecte el abuso u o negligencia debe realizar el reporte a Trabajo social, conforme la normativa nacional que establece los derechos de las PAM e instruye a las instituciones competentes respecto a la protección de sus derechos y su actuación para la prevención, detección y abordaje ante la presencia de actos de violencia en todas sus manifestaciones.

Enfermería debe garantizar la aplicación de los protocolos institucionales para la detección, abordaje y notificación del maltrato o la violencia hacia la PAM, así como de supervisar las restricciones de visita establecidas en casos identificados. Para ello, debe capacitar al equipo de enfermería y otros funcionarios en los signos de alerta (lesiones inexplicables, retraimiento, higiene deficiente, interacción temerosa con personas cuidadoras), promover una política de cero tolerancias al maltrato dentro de la unidad, y asegurar que todas las intervenciones se realicen con respeto a la dignidad, intimidad y autonomía de PAM, manteniendo un enfoque centrado en la persona y sus derechos.⁶⁰

Durante la valoración inicial y los controles diarios, deben identificarse signos de posible maltrato o negligencia, y, ante cualquier sospecha, realizar una entrevista privada utilizando lenguaje claro y empático. De encontrarse indicios de abuso, el profesional debe documentar objetivamente los hallazgos físicos y conductuales, notificar de inmediato al profesional en medicina tratante, y activar las coordinaciones con Trabajo social, Psicología, servicios jurídicos o autoridades competentes conforme a la legislación vigente, incluyendo la Ley contra la Violencia Doméstica²⁴.

Asimismo, deberá brindar atención oportuna a cualquier lesión física, asegurar un entorno protegido dentro del hospital, ofrecer apoyo emocional básico (escucha activa, validar su relato, transmitir protección), y proporcionar información sobre sus derechos y opciones cuando la persona esté en capacidad de comprenderlo. Si se identifica deterioro cognitivo, las coordinaciones deben realizarse de oficio.

Adicionalmente, en el servicio de enfermería se deben gestionar campañas internas de sensibilización sobre el buen trato, ofrecer canales confidenciales de denuncia, y mantener comunicación con la red de apoyo para el seguimiento de las medidas de protección que resulten necesarias.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 73 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

El personal de apoyo desempeña un rol clave en el acompañamiento cotidiano de la PAM, brindando asistencia durante la alimentación, la movilización y el aseo personal. A través de una actitud respetuosa, empática y observadora, establece una relación de confianza que puede facilitar que la PAM exprese voluntariamente situaciones de maltrato.

III. Intervenciones de enfermería hacia la PAM hospitalizada con Pluripatología, Cronicidad, Presentación Atípica.

Las PAM hospitalizadas suelen presentar pluripatología y enfermedades crónicas múltiples, lo cual complica su estado clínico y propicia la aparición de síndromes geriátricos. Estos síndromes suelen coexistir y agravar los desenlaces clínicos. Además, las enfermedades agudas en la PAM a menudo tienen una presentación atípica o silente: infecciones severas pueden cursar sin fiebre ni leucocitosis habitual, manifestándose en cambio con caídas, confusión o disminución del apetito y la función. Un infarto cardíaco puede presentarse sin dolor torácico, solo con fatiga o estado confusional. Por ello, el personal de enfermería debe estar atento a cambios sutiles en el estado basal (leve confusión, apatía, decaimiento), ya que con frecuencia estas son las primeras señales de una enfermedad aguda subyacente en PAM frágiles¹⁴².


Desde el proceso de enfermería debe liderarse una atención integral, segura y centrada en la PAM con enfermedades crónicas múltiples, en cumplimiento con la Política Institucional de Atención Integral de la PAM de la CCSS⁶. Para ello, asegura la capacitación continua del personal en temas clave como las presentaciones atípicas de enfermedades, mediante talleres, charlas o distribución de guías clínicas actualizadas.

Promueve la implementación de sistemas que minimicen errores y omisiones en este grupo vulnerable, como listas de cotejo al egreso, sesiones clínicas interdisciplinarias y análisis de casos. Gestiona además la realización de una VGI desde el ingreso, articulando la participación del equipo multidisciplinario (Geriatría, Medicina, Nutrición, Psicología, Trabajo social, Fisioterapia, Farmacia, Enfermería especializada) para abordar las dimensiones biológica, funcional, cognitiva, afectiva y social de la PAM⁷¹.

Durante la valoración inicial y en los controles periódicos, se recopila información detallada sobre antecedentes de enfermedades crónicas, esquema de tratamiento farmacológico, nivel funcional (ABVD y AIVD), estado nutricional, deterioro cognitivo, afectividad, red de apoyo y condición de la persona cuidadora principal. Detecta factores de riesgo para síndromes geriátricos como caídas, incontinencia, LPP, polifarmacia o delirium. A partir de esta información, elabora un plan de cuidados individualizado y orientado a la funcionalidad⁷².

Supervisa estrechamente los signos vitales y otros indicadores clínicos⁵⁴. Ante síntomas sutiles, valora causas subyacentes como infecciones, efectos adversos de medicamentos, retención urinaria o constipación, y comunica sus hallazgos de manera oportuna al equipo médico, aportando una visión integral y proactiva del estado de salud⁹¹.

Verifica las interconsultas gestionadas según lo requiera el caso (Psicología, Enfermería general (ECNT), Terapia respiratoria, Nutrición, Trabajo social) y da seguimiento a su ejecución. Además, prioriza la educación de la PAM y su familia sobre el manejo de su pluripatología: adherencia al tratamiento, identificación de signos de alarma, técnicas de autocuidado. Brinda entrenamiento

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 74 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

personalizado, en medición diaria de glicemias o ejercicios respiratorios, según las capacidades cognitivas y funcionales de la PAM.

Durante las actividades diarias, deben observarse aspectos críticos del estado general: alteraciones en la piel, cambios en la alimentación o deglución, deterioro o mejoría en la movilidad, patrones de eliminación y nivel de alerta, reportando y documentando en el expediente cada hallazgo.

Ejecuta los cuidados prescritos para cada condición: vigila la administración oportuna de meriendas en PAM diabéticos, controla la hidratación en personas con insuficiencia cardíaca, o aplica estrategias de comunicación simplificada con personas con demencia, conforme a las indicaciones del plan de cuidado.

Ante cualquier cambio repentino (confusión aguda, dolor nuevo, caída), alerta al médico o al profesional de enfermería para su evaluación clínica. Además, participa activamente en la aplicación de intervenciones no farmacológicas indicadas: orienta a la PAM con desorientación en tiempo y espacio, coloca correctamente dispositivos de ayuda (lentes, audífonos, andadera) y realiza cambios posturales para prevenir LPP⁸³⁻¹¹⁴. Su rol favorece el mantenimiento de la funcionalidad y reduce el riesgo de complicaciones hospitalarias.

El personal de apoyo complementa el abordaje clínico con un acompañamiento constante, cálido y personalizado, lo cual es esencial para PAM con cronicidad compleja. Contribuye al bienestar general en las tareas cotidianas: mantiene organizada la mesita de noche y los objetos personales para fomentar la independencia¹⁴³.


Apoya en transferencias seguras (cama-silla, cama-camilla), vigilando que no se comprometan dispositivos de asistencia (catéteres, sondas, sueros), y coopera en actividades prácticas como el retiro de medicamentos o exámenes en farmacia, lo cual facilita la continuidad de los tratamientos.

Además, su presencia constante le permite detectar señales sutiles de ansiedad, desorientación o malestar, los cuales comunica oportunamente al equipo de enfermería. Su actitud servicial y respetuosa proporciona seguridad emocional, elemento clave en la experiencia hospitalaria de los PAM con patologías múltiples.

IV. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Fragilidad y Sarcopenia

Para la atención diferenciada a las PAM con fragilidad o sarcopenia, Enfermería promueve un abordaje clínico, funcional, emocional y social adaptado a su condición. Impulsa que el equipo de salud trate a las PAM, dedicando el tiempo necesario y evitando intervenciones innecesarias que puedan descompensarlos. Para ello, organiza y participa en sesiones de capacitación con Geriatras, Fisiatras o equipos especializados, y colabora con proyectos de investigación o programas piloto institucionales vinculados a la atención de personas frágiles⁸⁻⁸¹⁻¹¹⁵.

Desde el ingreso, identifica PAM frágiles (Anexo 7) y lo comunica al equipo médico, promoviendo una VGI temprana, así mismo verifica las interconsultas gestionadas con servicios como Fisioterapia, Nutrición, Terapia ocupacional, Psicología y Trabajo social. Coordina el traslado a estas terapias y asegura el cumplimiento de las recomendaciones interdisciplinarias. Observa las comorbilidades presentes y ajusta las intervenciones para prevenir descompensaciones, como eventos adversos por polifarmacia, delirium, lesiones por presión o caídas⁸.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 75 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Elabora tomando en cuenta las necesidades e inquietudes de la PAM y su familia, un plan de cuidado con metas progresivas y realistas: aumento de movilidad funcional, mejora de la ingesta alimentaria, y fortalecimiento muscular. Para evaluar los avances, puede verificar la fuerza de agarre o la observación de velocidad al caminar, si el estado de la persona lo permite⁸.

Durante la hospitalización, implementa estrategias terapéuticas centradas en mejorar la funcionalidad: promueve que la PAM se levante para las comidas, fomenta la interacción social, guía la práctica de ejercicios asignados por Terapia física y asegura el acceso a dispositivos de ayuda (andaderas, lentes, audífonos). Además, verifica la administración y consumo efectivo de suplementos nutricionales y medicamentos prescritos (vitamina D, B12, hierro), y se asegura de que consuma la proteína presente en la alimentación y comenta con Nutrición en caso de preferencias y necesidad de ajustes⁸.

En el componente educativo, orienta a la PAM y su familia sobre la reversibilidad parcial de la fragilidad mediante ejercicio y nutrición adecuados, reforzando las técnicas enseñadas por los profesionales de Terapia física y ocupacional para su continuación en el hogar. Gestiona condiciones administrativas que favorezcan la continuidad del cuidado entre niveles, facilitando enlaces hospital-comunidad y autorizando, cuando se requiera, la presencia extendida de personas cuidadoras familiares durante la hospitalización¹¹⁵⁻⁵⁹⁻¹⁴⁴.

Implementa un seguimiento clínico y emocional diario a la evolución de la fuerza, velocidad, peso y funcionalidad, comunicando al equipo los progresos logrados, para fortalecer la motivación y mantener el apoyo institucional.


El personal de apoyo complementa las intervenciones clínicas mediante acciones prácticas que permiten concretar el plan de recuperación funcional. Participa en la ejecución diaria de ejercicios físicos simples bajo la orientación del profesional de enfermería o del personal de fisioterapia, asegurando que se realicen correctamente y sin provocar fatiga excesiva. Durante estas actividades, observa signos de agotamiento o malestar y los reporta de inmediato.

Fomenta la movilidad frecuente, ayudándolo a trasladarse a un sillón, dar paseos cortos con dispositivos de apoyo o participar en actividades de grupo, según su estado. Se asegura de la PAM utilice sus herramientas de asistencia de forma oportuna y segura, acercándoselas cuando sea necesario.

Durante la alimentación, pone especial atención en facilitar el consumo de proteínas y la ingesta de suplementos nutricionales prescritos, brindando asistencia si hay dificultades. Asimismo, observa cualquier cambio en el estado general de la PAM (mejoría o deterioro) y lo comunica al equipo de forma oportuna.

En el plano emocional, protege la autoestima de la PAM frágil, ofreciendo palabras de ánimo cuando se frustra por limitaciones y celebrando sus avances. Su cercanía diaria y actitud empática son fundamentales para crear un ambiente de confianza y apoyo, que favorece la adherencia al plan de cuidados y mejora los resultados funcionales⁸.

Se debe fomentar en el personal de apoyo su participación en proceso terapéutico desde el acompañamiento activo y motivacional. Estimula a la PAM a participar en actividades recreativas sencillas que también promueven el movimiento, como juegos, combinando ejercicio físico con bienestar emocional. Le propone tareas que fomentan la independencia y el sentido de utilidad, como doblar su cobija o mantener el aseo de su unidad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 76 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Contribuye a mantener un entorno seguro y estimulante, eliminando obstáculos que dificulten la deambulación, pero dejando al alcance objetos que incentiven el movimiento, como pelotas antiestrés para ejercitar el agarre. También colabora en el traslado a las sesiones de Terapia física y ocupacional, velando por su confort y seguridad.

V. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Dolor agudo o crónico.

Para el abordaje integral del dolor en PAM hospitalizadas, Enfermería vela por que el alivio eficaz sea una prioridad clínica, ética y humana. Para ello, asegura la existencia de protocolos y herramientas para la valoración, tratamiento y seguimiento del dolor, tanto en su forma aguda como crónica. Supervisa que el personal utilice escalas de valoración del dolor apropiadas, incluidas aquellas adaptadas para personas con deterioro cognitivo, como la escala visual analógica.¹³⁰

Organiza sesiones clínicas para analizar casos de dolor mal controlado, promoviendo una mejora continua. Promueve la aplicación sistemática de las escalas al momento de controlar signos vitales, incluyendo a quienes no expresan verbalmente el malestar. Ante la administración de tratamientos analgésicos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, verifica su correcta ejecución y efectividad⁵⁴⁻¹³⁰.


Asegura que existan recursos para terapias complementarias: compresas frías o calientes, materiales para musicoterapia o aromaterapia, férulas para posicionamiento y suplementos nutricionales para el manejo de dolor asociado a deficiencias. Supervisa el uso de bombas de infusión, revisa posibles efectos adversos (como somnolencia o estreñimiento por opioides) y coordina el balance riesgo-beneficio en conjunto con el equipo médico¹³⁷.

En el manejo farmacológico, administra analgesia según la indicación médica en diversas presentaciones (oral, IV, tópica, parches, supositorios) y, cuando corresponde, brinda dosis de rescate sin juicios hacia la percepción subjetiva del dolor. Evalúa la respuesta de la PAM tras cada intervención y deja constancia del cambio en la puntuación del dolor, solicitando ajustes al plan terapéutico cuando el dolor no está controlado.⁵⁴⁻¹³¹

El profesional de enfermería también fomenta la prevención de episodios dolorosos anticipables, como durante movilizaciones o curaciones, administrando analgesia previa si está indicada. En PAM con dolor crónico, fortalece el componente educativo: enseña estrategias de autocontrol, registro del dolor, técnicas de relajación o ejercicios suaves. Además, explica la importancia de comunicar el dolor a tiempo y fomenta una relación de confianza para su expresión libre y sin temor.

El personal de apoyo debe estar atento a expresiones de dolor durante la movilización, el aseo u otras actividades; si identifica gestos de incomodidad, verbalizaciones de malestar o facies de dolor, informa de inmediato al profesional de enfermería. Mientras tanto, adopta medidas de alivio inmediatas y seguras, como ajustar la posición, detener la actividad causante o hablar con calma para brindar contención.

Colabora activamente en la aplicación de terapias no farmacológicas indicadas y presta especial atención al confort físico durante los cuidados, evitando movilizaciones bruscas, protegiendo articulaciones adoloridas y utilizando técnicas ergonómicas adecuadas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 77 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Vigila los efectos secundarios tras la administración de analgésicos: si observa somnolencia excesiva, dificultad respiratoria o signos de depresión del sistema nervioso central, lo comunica de inmediato.

Antes de realizar cualquier tarea, consulta a la PAM si siente dolor y adapta su técnica en función de la respuesta. Si nota que la analgesia fue efectiva, lo refuerza positivamente, fortaleciendo la percepción de la PAM de que su expresión del dolor sí tiene impacto en la calidad de atención.

VI. Intervenciones hacia la persona adulta mayor hospitalizada con Disfagia y Alteraciones de la Deglución

En los planes de cuidado de enfermería se incluye el tamizaje y manejo de la disfagia, asegurando que a toda PAM con factores de riesgo (EVENTO CARDIOVASCULAR reciente, enfermedades neurodegenerativas, cirugía de cuello), se le aplique una prueba de detección temprana al ingreso⁷⁷.

Aplica directamente el tamizaje en PAM con sospecha de disfagia al ingreso (prueba de deglución con volumen viscosidad o prueba de agua 3,5,10,20,90cc) y, si se identifican signos de riesgo, ajusta de inmediato la dieta y medidas de cuidado. Asegura una postura adecuada (cabecera a 90°), administra líquidos en pequeñas cantidades y verifica la viscosidad adecuada. Educa la PAM cognitivamente apta en maniobras posturales como el chin-tuck⁸⁷ y adapta el plan de cuidado según la tolerancia individual. Supervisará las primeras comidas con la dieta modificada para garantizar eficacia y aceptación.


En caso positivo, coordina con el médico tratante la valoración por profesionales especializados en deglución, tales como terapeuta de lenguaje, fisiatría o geriatría, mediante pruebas como la de volumen-viscosidad o videofluoroscopia si están disponibles⁷³.

Capacita de forma continua al personal sobre técnicas seguras de alimentación, señales de alarma (tos, voz húmeda, cambios respiratorios) y uso correcto de espesantes y utensilios adaptados.

Supervisa el abastecimiento de insumos clave (espesantes, jeringas, cucharas especiales, vasos con control de flujo) y coordina con Nutrición la disponibilidad de dietas modificadas que sean seguras pero apetecibles. Implementa medidas administrativas como horarios flexibles de alimentación y la asignación de personal suficiente para garantizar que cada PAM reciba asistencia sin apuros ni riesgos⁷³.

Monitorea activamente signos de aspiración silente (desaturación, fiebre sin foco, voz húmeda), coordinando revaloraciones cuando sea necesario. Asegura una adecuada higiene bucal antes y después de cada comida como medida preventiva contra neumonía por aspiración. En caso de eventos de aspiración, lidera la respuesta clínica inmediata y revisa las medidas preventivas posteriores.⁷³

Evalúa continuamente la efectividad nutricional de la dieta y, si es necesario, propone junto con el equipo médico y nutrición la incorporación de suplementos o, en casos graves, la indicación de sonda nasogástrica o gastrostomía, siempre considerando la voluntad de la PAM y su familia. Mantiene una comunicación sensible, respetuosa y centrada en la persona, explicando los motivos de cada intervención, promoviendo la autonomía y asegurando que el proceso de alimentación sea seguro, digno y participativo. En caso de indicarse sonda, se encargará de su colocación (sonda de poliuretano).⁵⁴⁻⁷³

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 78 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	Código: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

El personal de apoyo participa en la preparación el entorno físico y emocional para una alimentación segura y agradable. Asegura que la mesa esté bien posicionada, la iluminación sea adecuada y la PAM tenga servilleta y o toalla para manos. Si se alimenta con autonomía parcial, ofrece ayuda para estabilizar el plato, cortar los alimentos o guiar la cuchara, promoviendo su independencia remanente⁵⁴.

Asiste en la alimentación de PAM sin diagnóstico confirmado de disfagia, pero permanece alerta ante signos de fatiga, distracción o dificultad al comer, comunicando cualquier novedad al profesional de enfermería. Fomenta un ambiente sin estímulos distractores y acompaña con empatía. Tras la comida, ayuda a mantener a la PAM en posición semisentada por al menos 30 minutos y colabora en la limpieza de la mesa e higiene personal. Su apoyo constante permite que el proceso de alimentación se lleve a cabo de forma segura, respetuosa y centrada en la dignidad de la persona⁵⁴.

VII. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con problemas de Nutrición, Alimentación e Hidratación.

(Nota: Este apartado complementa el anterior, enfatizando el soporte cotidiano para mantener una nutrición e hidratación adecuadas, incluso en PAM que no están desnutridos, pero requieren ayuda para cubrir sus necesidades diarias.)

Garantizar una alimentación equilibrada y suficiente ingesta de líquidos forma parte integral del cuidado diario⁸.

El personal de enfermería debe comunicar al servicio de nutrición cuando la dieta requiera ajustes a las preferencias o restricciones, respetando los hábitos culturales y personales de la PAM en lo posible⁸⁻⁵⁴.


Se procura ofrecer un ambiente agradable durante las comidas (horarios regulares, ambiente limpio, compañía si desea) y facilitar la autoalimentación con dispositivos adaptados o asistencia, según la capacidad de la PAM. ⁸⁻⁵⁴

Todas las intervenciones descritas en la sección previa de malnutrición se aplican para mantener un óptimo estado nutricional e hídrico, incluso en PAM sin déficit: evaluar gustos, fomentar la participación en la selección de menú, y seguimiento estricto de la ingesta.

A. Malnutrición y deshidratación

Las intervenciones de enfermería aseguran la implementación sistemática de la valoración nutricional al ingreso y durante la estancia hospitalaria, para la detección temprana de riesgo de malnutrición. Verifica que el personal de cuidado directo registre adecuadamente signos como pérdida de peso reciente, bajo índice de masa corporal o baja ingesta, y toma las acciones correspondientes¹²⁰.

Gestiona intervenciones educativas dirigidas a PAM y sus familiares, en coordinación con nutrición mediante charlas, cápsulas informativas o entrega de material impreso sobre requerimientos nutricionales en la vejez, la importancia del consumo proteico, la hidratación adecuada y prácticas seguras de alimentación¹²⁰.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 79 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Promueve una cultura institucional en la que la nutrición y la hidratación son prioridades clínicas. Asegura el cumplimiento de políticas como el registro diario de ingesta hídrica y calórica, el control semanal del peso corporal, y la vigilancia de signos clínicos de desnutrición o deshidratación. Evalúa continuamente los indicadores relacionados (pérdida de peso, incidentes de deshidratación, hipoglucemias por falta de ingesta), generando planes de mejora en caso de hallazgos adversos¹²⁰.

Gestiona adecuaciones alimentarias,⁸ como el cambio de menú cuando rechaza sistemáticamente la comida estándar, y facilita los permisos requeridos para el ingreso de alimentos caseros autorizados por el equipo médico-nutricional, siguiendo las normas de inocuidad alimentaria. Organiza al personal auxiliar y asistente para que ninguna PAM quede sin apoyo para alimentarse.¹²⁰⁻⁵⁹


Evalúa la ingesta diaria de cada PAM, anotando el porcentaje de consumo y volumen de líquidos. Si detecta baja ingesta, coordina de inmediato acciones compensatorias: suplementos nutricionales orales, fraccionamiento de comidas, aumento de colaciones o adaptación del tipo de preparación según preferencias y tolerancia. Establece metas nutricionales junto con el equipo de soporte nutricional, monitoreando su cumplimiento y ajustando el plan según la evolución clínica⁸⁻⁵⁴.

Apoya el soporte nutricional avanzado cuando se identifica malnutrición severa o incapacidad persistente para alimentarse: gestión de colocación de sonda nasogástrica, administración de nutrición parenteral o implementación de suplementos hiperproteicos. Supervisa el correcto almacenamiento de fórmulas y la disponibilidad de bombas de infusión. Verifica la adherencia al suplemento ofrecido y promueve su ingesta según horarios definidos⁵⁴.

En materia de hidratación, implementa medidas para favorecer la ingesta: balance hídrico estricto, rondas programadas de ofrecimiento de agua, identificación de PAM con menor autonomía para beber. Coordina con el médico tratante la colocación de vía intravenosa de mantenimiento cuando hay signos de deshidratación y baja tolerancia oral. Observa y registra signos como mucosas secas, disminución de diuresis o hipotensión ortostática⁵⁴.

Supervisa la tolerancia a la dieta y detecta oportunamente reacciones adversas o negativas (vómito, distensión, inapetencia), proponiendo ajustes al plan de alimentación. Evalúa riesgos asociados a patologías como diabetes, ajustando la administración de insulina cuando no hay consumo de alimentos. Participa activamente en reuniones clínicas, presentando la evolución nutricional y proponiendo decisiones de continuidad o cambio de modalidad nutricional. Su gestión clínica y administrativa conjuga el conocimiento técnico con un abordaje centrado en la persona⁸⁻⁵⁴⁻⁷³.

El personal de apoyo complementa la vigilancia continúa revisando visualmente la adecuación de los alimentos servidos y detecta inconsistencias (textura inadecuada, ausencia de colación, porciones insuficientes), gestionando el cambio oportuno. Coordina la reserva del alimento cuando se encuentra fuera del servicio en horario de comida.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 80 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Asiste directamente en la alimentación de PAM con limitaciones, asegurando una postura adecuada, la presencia de prótesis dentales funcionales y el uso de utensilios adaptados. Supervisa la técnica de alimentación según las condiciones clínicas (disfagia) y registra la cantidad ingerida en porcentajes o volúmenes⁷³.

Antes de cada comida, prepara el entorno inmediato (mesa movable, servilleta, agua disponible), y al finalizar promueve o asiste con la higiene oral. Administra colaciones y suplementos indicados entre comidas, asegurando su aceptación y reporte. Realiza rondas para ofrecer líquidos e incentivar su consumo, especialmente en PAM con limitación para alcanzar el vaso o con disminución del reflejo de sed.

Controla diariamente la diuresis en relación con la ingesta. Reporta discrepancias entre consumo y eliminación, signos de sobrecarga o deshidratación, o necesidades de cambio en la vía de hidratación. Cumple las restricciones hídricas cuando están indicadas, registra la ingesta y colabora con la PAM y personas cuidadoras para prevenir errores (ingesta no autorizada).


Estimula verbalmente a la PAM a alimentarse e hidratarse, reforzando positivamente la conducta. Reporta episodios como vómito, rechazo sostenido de alimentos, atragantamientos o deterioro del estado general. Colabora en el registro del peso corporal semanal y en la observación de la evolución física general, informando oportunamente al profesional de enfermería para ajustes en el plan de cuidado.

B. Estreñimiento e Impactación Fecal

Como complemento a las acciones para garantizar una adecuada nutrición e hidratación, enfermería implementará medidas preventivas y terapéuticas específicas para el manejo del estreñimiento y la impactación fecal en la PAM hospitalizada. Educará al equipo de salud sobre las manifestaciones atípicas del estreñimiento severo en personas mayores, tales como incontinencia fecal por rebosamiento, alteraciones cognitivas transitorias o pérdida del apetito, a fin de evitar su subregistro clínico.¹²²⁻⁸⁰.

Asegurará la disponibilidad de recursos necesarios para el abordaje del problema, incluyendo la motivación al consumo de las dietas servidas con contenido adecuado de fibra dietética (frutas, verduras, cereales integrales), salvo contraindicación médica, así como insumos farmacológicos y de infraestructura que favorezcan una eliminación intestinal segura y digna⁵. Realizará actividades de control para verificar la entrega y consumo adecuado de dichos alimentos, gestionando con nutrición o el médico tratante ajustes según preferencias o intolerancias alimentarias específicas.¹²²⁻⁸⁰.

Desde la admisión, valorará y documentará el patrón intestinal habitual, uso previo de laxantes y fecha de última evacuación. Establecerá un sistema de vigilancia diaria del tránsito intestinal para detectar oportunamente signos de constipación. Ante la ausencia de evacuación por más de 48 horas, activará intervenciones progresivas: primero no farmacológicas (hidratación ≥ 1500 -2000 mL/día según indicación médica, incremento de fibra, movilidad y establecimiento de horario regular de eliminación); posteriormente, la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 81 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

administración de laxantes según prescripción médica, preferiblemente de tipo osmótico por vía oral o supositorios de glicerina⁵⁴⁻⁸⁰⁻¹²².

Evaluará la respuesta clínica a estas intervenciones, documentando si hubo evacuación efectiva. En casos de sospecha de fecaloma (diarrea con goteo fecal, distensión abdominal, dolor rectal), coordinar con el médico la realización del tacto rectal, previa explicación y consentimiento de la PAM. Si se confirma la presencia de masa fecal dura, asistirá al médico en la extracción manual observando posibles manifestaciones de reflejo vagal y monitoreando el pulso durante el procedimiento⁸⁰⁻¹²².


A lo largo del proceso, garantizará privacidad, explicaciones claras, trato digno y respetuoso, especialmente durante maniobras invasivas. Posterior a la resolución, ajustará el plan de cuidados para prevenir recurrencias, incluyendo la programación de laxantes suaves, aumento de fibra o cambios dietéticos, según indicación médica. Reforzará la educación a la PAM y su familia con materiales impresos y orientación sobre hábitos saludables de eliminación, consumo de líquidos, dieta, ejercicio y no represión del reflejo evacuatorio, especialmente si permanece con factores de riesgo como el uso de opioides o inmovilidad⁷⁻¹²².

Adicionalmente, monitoreará el tiempo de respuesta del personal ante llamados para ir al baño, ajustando planes de ronda o turnos de asistentes si fuese necesario, pues la demora en la asistencia puede contribuir a la inhibición del reflejo de defecación⁸⁻¹²². Su gestión integral crea condiciones propicias para la implementación efectiva del plan de cuidado y para mantener la funcionalidad intestinal de la PAM hospitalizada.

El personal de apoyo brinda soporte directo para establecer hábitos evacuatorios regulares. Si el plan indica que debe intentar la evacuación a una hora determinada, el auxiliar se encargará de asistirlo de forma puntual al baño o a la silla sanitaria, promoviendo privacidad y tranquilidad durante el proceso, y manteniéndose cercano en caso de requerir ayuda.

Responde con prontitud a las manifestaciones de urgencia evacuatoria, asiste en la higiene posterior y observa y registra características de las heces, ya sea por observación directa o reporte de la PAM. Participa en la administración de laxantes simples según indicación y colabora con el profesional en la preparación y ejecución de enemas, incluyendo el posicionamiento adecuado (Sims izquierdo), manejo del equipo e higiene posterior⁸⁰.

En situaciones de incontinencia fecal por rebosamiento lo comunicará inmediatamente al profesional de enfermería a cargo, contribuirá al cambio frecuente de pañales, aplicación de cremas barrera y cuidados de la piel, integrando estas acciones con las indicaciones del grupo diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Mantendrá registro de los días sin evacuación y comunicará oportunamente esta información al personal profesional para la toma de decisiones⁵⁴.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 82 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

VIII. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Deterioro Funcional

La promoción de la funcionalidad debe integrarse transversalmente en el plan de cuidados del PAM hospitalizado, como una prioridad clínica para evitar declive durante la estancia hospitalaria y favorecer la recuperación. Enfermería debe impulsar la educación al personal de salud sobre este enfoque, promoviendo un cambio de cultura que deje atrás el paradigma de asumir que al PAM requiere ayuda para todo y lo sustituya por una atención que invierte tiempo en fomentar su funcionalidad, favoreciendo la autonomía y la recuperación eficaz¹⁴⁴. Se debe orientar a la PAM para que pueda atender sus propias necesidades y movilizarse por ciertas áreas del servicio, en tanto mantenga informado al personal de enfermería y este le autorice.


Facilitará los recursos y condiciones necesarias para que este objetivo se concrete: desde dispositivos de apoyo como andaderas, bastones, sillas de ruedas en buen estado, hasta barandales firmes en los pasillos para deambulación asistida. Impulsará políticas como la rutina “usuario vestido y fuera de cama”, para que durante el día las personas mayores hospitalizadas estén con ropa cómoda, sentadas en sillones o en movimiento, reservando la cama para el descanso nocturno o cuando el estado clínico lo exija.

Gestionará los permisos necesarios para el ingreso de familiares o cuidadores que puedan colaborar con el proceso de recuperación funcional, según normativa institucional⁵⁹. Además, coordinará talleres de ejercicios suaves, actividades grupales o sesiones educativas que promuevan el autocuidado, cuando el estado clínico la PAM lo permita. También gestionará, si se requiere, equipos de protección para la movilización segura, de modo que el personal de enfermería pueda promover la deambulación sin temor a caídas⁷⁷.

Desde el ingreso, evaluará la situación funcional de la PAM mediante escalas como el índice de Barthel (Anexo 6) y una entrevista orientada a identificar qué actividades realizaba de forma independiente en el hogar. Con base en esta línea de base, planificará el cuidado diario con metas funcionales claras y realistas. Si la PAM podía asearse con supervisión mínima, se planificará que continúe haciéndolo en la ducha, evitando el baño en cama si no es clínicamente necesario. Promoverá que se vista, coma y se movilice por sí mismo en la medida de sus capacidades, asistiendo solo cuando se detecte fatiga, riesgo o dificultad verdadera⁷⁶.

Enfermería reforzará las indicaciones de terapia física, como ejercicios de resistencia o movilidad, e incorporará su ejecución al turno de enfermería, registrando su cumplimiento. Controlará factores que aceleran el deterioro funcional: garantizará una analgesia adecuada que no impida la movilidad, gestionará intervenciones médicas si detecta delirium o síntomas depresivos, y reducirá el uso innecesario de sondas, venoclisis o sujeciones que inmovilicen. Promoverá la remoción precoz de sondas y dispositivos cuando sea clínicamente viable, y fomentará el uso de ayudas técnicas y acompañamiento en lugar de restricciones físicas³⁶.

Antes del egreso, evaluará las necesidades de apoyo en el hogar, instruirá a la persona cuidadora sobre movilización, uso de ayudas técnicas y adaptaciones domiciliarias, para dar continuidad a lo ganado en el hospital y evitar un declive posterior. Todas estas acciones deben ser implementadas en estrecha coordinación con el equipo interdisciplinario, asegurando la integralidad del proceso de recuperación funcional¹⁴⁵.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 83 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

El personal de apoyo tiene un papel fundamental en el fomento o prevención del deterioro funcional. Será instruido para siempre promover la participación de la PAM en las actividades cotidianas. Así, al colaborar en el aseo, le invitará a lavarse el rostro o el tronco por sí mismo; al vestirlo, lo alentará a colocar las prendas, asistiendo sólo si es necesario. Durante las comidas, si la PAM puede comer con algo de ayuda, el auxiliar le entregará los cubiertos adaptados, lo animará y respetará sus tiempos de alimentación.

Promoverá la movilización diaria: planificará caminatas breves con apoyo del equipo de enfermería, o ayudará a la PAM a sentarse fuera de la cama durante el día, reforzando rutinas que mantengan el tono postural y prevengan la sarcopenia. Aplicará ejercicios pasivos o activos-asistidos según indicaciones (como movimientos de extremidades o fortalecimiento manual) y vigilará signos de deterioro funcional, como debilidad progresiva o menor tolerancia al esfuerzo, reportando cualquier cambio al profesional de enfermería.


Favorecerá la seguridad durante la movilización, utilizando cinturones de marcha o acompañando en deambulación supervisada, ayudando a desarrollar su confianza. Si detecta prácticas que generen dependencia innecesaria, como sobre ayuda en tareas que la PAM aún puede realizar, lo comunicará con respeto y propondrá alternativas que favorezcan la independencia.

IX. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Movilidad Reducida

Ante la presencia de movilidad reducida en la PAM hospitalizado, el profesional de enfermería asume un rol activo en la promoción del movimiento seguro, la prevención de complicaciones y la coordinación de apoyos interdisciplinarios. Como parte de su función formativa, desarrollará programas de capacitación continua dirigidos al personal de atención directa, enfocados en técnicas de movilización ergonómica, uso correcto de ayudas técnicas y prevención de caídas. Esto puede incluir talleres sobre uso seguro de “transfer”, asistencia a la marcha de usuarios con hemiparesia, y técnicas adecuadas de transferencia cama-silla¹⁴⁶.

Supervisará que el personal aplique correctamente los dispositivos de asistencia según las necesidades individuales, reforzando su uso durante sesiones clínicas o reuniones de equipo. Además, gestionará los recursos materiales necesarios para una movilización segura y oportuna: bastones, muletas, andaderas de distintos tipos, sillas de ruedas en buen estado, cinturones de transferencia y grúas de traslado, así como barandas en pasillos, iluminación adecuada y espacios libres de obstáculos. El mantenimiento preventivo de estos equipos también formará parte de su responsabilidad, como una estrategia para reducir riesgos e incidentes asociados a caídas o inmovilidad¹⁴⁵.

Desde el ingreso, valorará el nivel de movilidad del usuario, clasificando el riesgo de inmovilidad y caídas mediante escalas o valoración clínica. Con base en esta evaluación, diseñará e implementará un plan de movilización diaria ajustado al nivel funcional y tolerancia del usuario, en coordinación con el equipo de fisioterapia. Este plan se integrará a las rutinas asistenciales, incluyendo actividades como traslados seguros al baño, caminatas supervisadas, y ejercicios simples para mantener o recuperar rango de movimiento. El profesional de enfermería también instruirá al usuario y a su familia en técnicas seguras de movilización y cuidados posturales, y gestionará que la PAM cuente

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 84 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

con las referencias necesarias a fisioterapia o programas de rehabilitación disponibles a nivel institucional o comunitario al momento del egreso.

Enfermería vigilará de forma proactiva la aparición de complicaciones relacionadas con la movilidad reducida, como contracturas, pérdida de fuerza, desequilibrio, complicaciones respiratorias por hipoventilación o estasis, y signos de trombosis venosa profunda. En usuarios con riesgo elevado, garantizará la aplicación oportuna de medidas profilácticas ordenadas (fisioterapia respiratoria, medias compresivas, heparinas), e integrará estas acciones al plan de cuidados, en concordancia con el plan establecido por el profesional en medicina tratante.

Como parte de las medidas de seguridad, identificará a los usuarios con movilidad comprometida mediante avisos visuales (brazaletes, señalización en tablero), asignará camas bajas si es necesario, instalará barandas evaluando su conveniencia⁵⁴.

El personal de apoyo contribuye activamente en la ejecución del plan de movilidad diseñado por el profesional de enfermería. Asistirá al usuario en la deambulación dentro de la habitación o en pasillos, asegurando el uso correcto de sillas de ruedas, andaderas u otros dispositivos. Aplicará técnicas ergonómicas para proteger tanto al usuario como a sí mismo durante los traslados, y velará por que el equipo se encuentre en buen estado antes de cada uso.


Durante la atención, estimulará la participación del usuario en la movilización, indicándole que utilice la baranda para incorporarse o que empuje con sus piernas. Realizará ejercicios terapéuticos recomendados por fisioterapia, como flexión de piernas o movilizaciones pasivas en usuarios encamados, con la finalidad de prevenir rigidez y pérdida de flexibilidad articular. Aplicará cambios de posición programados para evitar complicaciones derivadas de la inmovilidad (lesiones por presión, estasis digestiva o urinaria, contracturas) y reportará de forma inmediata cualquier hallazgo relevante⁵⁴.

Generará un entorno seguro y empático durante todo el proceso de cuidado, asegurando que los objetos necesarios para la movilidad (bastones, andaderas, timbre) estén al alcance del usuario, evitando que este intente movilizarse de forma insegura. Su intervención oportuna y constante permite que la PAM se mantenga lo más activo posible de manera segura y digna.

X. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada para la Prevención de Caídas

La prevención de caídas en la PAM hospitalizada exige una vigilancia continua y acciones integradas desde el ingreso. Muchas de las intervenciones se articulan con lo ya abordado en las secciones de movilidad reducida y deterioro funcional, particularmente en lo relacionado con la valoración de la movilidad, planificación de actividades seguras, mantenimiento de ayudas técnicas y aseguramiento del entorno físico.

Adicionalmente, el profesional de enfermería liderará la implementación del programa institucional de prevención de caídas, así como reevaluaciones periódicas según la evolución clínica del usuario. En casos de alto riesgo, gestionará alertas visibles (brazaletes, señalización discreta en la cabecera) conforme a la normativa local, e impulsará la elaboración de planes personalizados de prevención: ubicación estratégica de usuarios, supervisión estrecha durante traslados, acompañamiento nocturno y otras medidas según el perfil de riesgo¹²¹.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 85 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Será responsable de verificar que se cumplan las condiciones ambientales básicas de seguridad: suelos secos, buena iluminación nocturna (luces guía), camas con ajuste de altura, barandas en baños y pasillos, remoción de tapetes o alfombras, y señalización clara de rutas. Coordinará con supervisión de enfermería, mantenimiento, y servicios generales para corregir de inmediato cualquier deficiencia en infraestructura o equipos que amenace la seguridad.

Establecerá el protocolo de rondas de vigilancia horaria para usuarios en riesgo, con énfasis en la noche y momentos críticos (postprandiales, posterior a procedimientos). Al cambio de turno, comunicará de forma clara el listado actualizado de usuarios con alto riesgo de caída, las medidas aplicadas y cualquier ajuste reciente al plan.

Ante un evento de caída, liderará su análisis clínico-administrativo, identificando factores contribuyentes (como presencia de incontinencia, uso de sedantes, entorno inseguro) y definiendo acciones inmediatas de mejora. Además de registrar y notificar según protocolo institucional, brindará apoyo al usuario y su familia con comunicación empática, oportuna (llamada inmediata en primer y segundo turno y en al amanecer en el tercer turno) y transparente, y reforzará las estrategias preventivas del equipo. Cuando se requiera, gestionará permisos especiales para acompañamiento continuo (en usuarios con delirium agudo o conducta errática). Cuando el evento “caída” se da con un acompañante presente, se abordará de manera inmediata explicándole el procedimiento a seguir para reducir la ansiedad y las disconformidades con el proceso de atención¹²¹.


Como parte de su función educativa, se asegurará de que se desarrollen actividades informativas para usuarios y acompañantes, tales como charlas grupales o distribución de material impreso sobre prevención de caídas. Instruirá a cada nuevo usuario y su familia sobre la distribución de la unidad, ubicación del timbre, rutinas del servicio y normas básicas de seguridad en su entorno inmediato¹²¹.

Además, realizará monitoreo clínico de signos asociados a mayor riesgo de caída: hipotensión ortostática (verificando cambios en la presión al incorporarse), síntomas de hipoglucemia, somnolencia o mareo por medicamentos, desorientación, alteraciones visuales o auditivas. En estos casos, ajustará el plan y reforzará la vigilancia. Documentará todas las medidas implementadas y comunicará en el expediente y durante los relevos de turno la evolución del riesgo y el estado actual del usuario.

La intervención oportuna del personal de apoyo es clave para evitar caídas. Al responder un llamado, lo hará sin demora, consciente de que muchas caídas ocurren cuando el usuario intenta ir al baño sin ayuda. Asistirá siempre en los traslados y movilizaciones, asegurando el uso de calzado cerrado antideslizante y verificando que se utilicen correctamente las ayudas técnicas indicadas.

Mantendrá despejado el entorno del usuario: ajustará la altura de la cama, recogerá objetos del suelo, y revisará que las sillas de ruedas estén frenadas antes de sentar al usuario. En usuarios con plan de prevención activo, conectará sensores o alarmas de cama si están disponibles y formulan parte del protocolo.

Aplicará las normas de seguridad sobre uso de barandas, según el estado del usuario: dos barandas para personas conscientes que las utilizan como apoyo, o cuatro si presenta agitación, con supervisión estrecha para evitar que constituyan un riesgo mayor. En la noche, preverá posibles riesgos asegurando que el usuario haya ido al baño antes de dormir, tenga sus pertenencias a mano y mantenga una luz tenue encendida si es necesario.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 86 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Acompañará los primeros traslados del usuario dentro del servicio para observar su estabilidad y corregir errores en el uso del bastón, caminador u otras ayudas. Identificará señales de riesgo inminente: si un usuario desorientado intenta levantarse, interrumpirá cualquier tarea para intervenir y evitar la caída, solicitando apoyo si es necesario. Su vigilancia permanente, especialmente en horarios nocturnos, y su actitud proactiva son pilares del sistema preventivo.

XI. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada en Cuidados de la Piel:

El abordaje de la integridad cutánea en PAM hospitalizadas requiere una vigilancia constante y coordinada con las intervenciones ya descritas en secciones previas. El profesional de enfermería liderará la implementación del programa de prevención de lesiones por presión, siguiendo la normativa institucional vigente. Esto incluye asegurar que toda PAM reciba una valoración de riesgo de lesiones por presión al ingreso, reevaluaciones periódicas durante la hospitalización, y una valoración al egreso incluyendo indicaciones ambulatorias para la continuidad de la atención en el primer nivel de atención, si tiene LPP aún no resueltas pero que pueden ser manejadas sin necesidad de una hospitalización⁵⁴⁻⁸³⁻¹⁰¹⁻¹¹⁴.


Según el nivel de riesgo identificado, se asegurará la aplicación de medidas preventivas específicas: uso de superficies de redistribución de presión (colchones, cuñas), programación de cambios posturales frecuentes (cada 2 horas o según tolerancia), higiene e hidratación de la piel, protección de prominencias óseas y manejo adecuado de la incontinencia. Estas acciones se coordinan con el equipo de enfermería y se documentan con claridad, dejando evidencia del cumplimiento del plan preventivo.⁵⁴⁻⁸³⁻¹⁰¹

Será responsable de verificar la disponibilidad de insumos clave, como almohadas de espuma, taloneras, apósitos preventivos (hidrocoloides, espumas), cremas barreras, y coordinará su reposición oportuna. También gestionará dispositivos de ayuda para movilización sin fricción (sábanas deslizantes, grúas de traslado) como estrategia preventiva.⁵⁴⁻⁸³⁻¹⁰¹

Participará en rondas de vigilancia de estados de la piel junto con el coordinador de LPP, analizando hallazgos y promoviendo ajustes. En caso de detectarse una lesión incipiente, activará de inmediato el protocolo de manejo: retirará la presión del área, aplicará productos protectores, y documentará el estado de la lesión. Si se trata de una lesión establecida, realizará las curaciones según manual de procedimientos y recomendación del comité de LPP, seleccionando apósitos apropiados y registrando su evolución (dimensiones, estadio, exudado, tipo de tejido)⁵⁴⁻⁸³⁻¹⁰¹⁻¹⁴⁴.

Velará además por el cumplimiento de buenas prácticas en nutrición e hidratación como factor protector para la piel, notificando a medicina si detecta baja ingesta o signos de desnutrición. Fomentará el consumo de suplementos nutricionales si han sido indicados.⁸³

En su valoración diaria, examinará la piel minuciosamente (prominencias óseas, zonas bajo dispositivos médicos, pliegues), involucrando al usuario cuando sea posible para favorecer su participación. Promoverá sesiones educativas al personal sobre nuevas prácticas, y mantendrá informados a los equipos tratantes y de alta hospitalaria sobre la evolución de cualquier lesión, integrando el manejo desde una perspectiva interdisciplinaria.⁵⁴⁻⁸³⁻¹⁰¹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 87 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

XII. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Trastornos del Sueño

Reconociendo que el descanso adecuado es terapéutico y favorece la recuperación, Enfermería será responsable de crear un ambiente nocturno propicio para el sueño, promoviendo tanto estrategias no farmacológicas como la evaluación y seguimiento de las intervenciones aplicadas. ⁷¹⁻⁹⁵

Planificará y supervisará la implementación de protocolos institucionales de higiene del sueño, estableciendo rutinas compatibles con el ciclo circadiano: aplicar la política de “horas de silencio” a partir de las 22:00, disminuyendo luces en pasillos, ruidos ambientales y volumen de timbres, sin comprometer la seguridad. Sensibilizará al equipo sobre la importancia del sueño en la recuperación y supervisará que las intervenciones nocturnas (toma de signos, administración de medicamentos o cambios posturales) se agrupen estratégicamente para minimizar interrupciones innecesarias. ⁷¹⁻⁹⁵

Dispondrá de elementos de confort y relajación para facilitar la conciliación del sueño: cobijas limpias, pijamas cómodas, antifaces, música suave, iluminación tenue. Fomentará el seguimiento de rutinas hogareñas previas al descanso (lavado de dientes, lectura breve, cambio de ropa), promoviendo una transición psicológica al sueño. ⁷¹⁻⁹⁵


Evaluará el patrón de descanso del usuario mediante observación y análisis de registros de enfermería, documentando la calidad del sueño y cualquier dificultad detectada (insomnio, despertares frecuentes, ansiedad). En caso necesario, valorará junto al médico la indicación de medidas farmacológicas e implementará intervenciones calmantes alternativas. ⁷¹⁻⁹⁵

Prestará especial atención a usuarios con riesgo de delirium, dolor o alteraciones cognitivas, facilitando la presencia de un familiar durante la noche, aplicando medidas de reorientación frecuentes y evitando el aislamiento. En todo momento, actuará como modelo de conducta respetuosa y humanizada hacia el descanso del usuario, manteniendo una actitud discreta, empática y profesional durante las rondas nocturnas. ⁷¹⁻⁹⁵

XIII. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Trastornos Afectivos (Depresión y Ansiedad)

Fomentará la detección precoz de síntomas afectivos mediante la implementación de estrategias de pesquisa, al ingreso y según evolución del usuario. Supervisará que el personal de enfermería esté sensibilizado sobre las manifestaciones atípicas de estos trastornos en la PAM, incentivando la observación activa y la documentación oportuna de signos como retraimiento, llanto fácil, irritabilidad o quejas somáticas persistentes⁹³.

Promoverá un ambiente emocionalmente seguro y estimulante, permitiendo que el usuario personalice su entorno (fotos, objetos personales dentro de los límites permitidos por la normativa), gestionando estrategias para facilitar la comunicación con la familia mediante horarios flexibles de visita o videollamadas cuando sea necesario. Supervisará que el trato hacia el usuario sea respetuoso, evitando frases que minimicen sus sentimientos y favoreciendo la escucha empática y validación emocional. ¹¹⁻⁷⁹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 88 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Coordinará derivaciones a los servicios de salud mental o profesionales de enfermería en salud mental según disponibilidad, y participará activamente en la definición del plan de manejo integral interdisciplinario. En casos de riesgo de ideación suicida, se asegurará de la implementación de medidas de seguridad, incluyendo vigilancia constante, control ambiental (retiro de objetos riesgosos) y notificación inmediata al médico tratante y al equipo de salud mental¹¹⁻⁹².

Gestionará espacios grupales o individuales de apoyo emocional, actividades recreativas y voluntariado si existen convenios institucionales, con el fin de contrarrestar el aislamiento social, especialmente en usuarios sin redes familiares cercanas. Integrará la dimensión emocional al cuidado cotidiano, evitando rutinas rígidas innecesarias, vigilando el uso de medicamentos con potencial efecto depresógeno, y favoreciendo intervenciones no farmacológicas como técnicas de relajación, estimulación sensorial y apoyo espiritual, según los valores del usuario¹¹⁻⁹³⁻⁹².

Durante la hospitalización, promoverá intervenciones motivacionales adaptadas: establecer pequeñas metas diarias, fomentar la participación del usuario en decisiones, mantener rutinas que refuercen su sentido de autonomía y autoestima (como su arreglo personal) y apoyar la expresión emocional abierta, a través del diálogo empático o actividades simbólicas significativas⁹².

Hará seguimiento de indicadores de salud mental (aplicación de escalas, porcentaje de usuarios referidos) y consolidará esta información para la toma de decisiones clínicas y administrativas. Coordinará con trabajo social la identificación y fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias para la etapa post-alta, garantizando continuidad del cuidado¹¹⁰⁻¹²⁹.


XIV. Intervenciones hacia la PAM hospitalizada con Deterioro Cognitivo, Demencias y Trastorno de la Memoria

El proceso de enfermería procura un entorno terapéutico seguro y estructurado mediante señalética clara, iluminación adecuada, relojes visibles y elementos de orientación permanente. Evalúa el estado cognitivo en la valoración inicial e identifica el nivel funcional previo, rutinas y preferencias personales para personalizar el cuidado. Aplica estrategias de orientación en cada contacto (recordar fecha, lugar, presentarse⁹²).

Capacita al equipo en técnicas de comunicación efectiva (frases cortas, tono calmado), manejo de agitación (validación, distracción, reminiscencia), y prevención del delirium. Coordina la participación de personas cuidadoras o familiares durante la estancia, facilita horarios extendidos o permanencia continua si se considera beneficiosa¹³⁸.

Implementa protocolos que priorizan el uso de alternativas no farmacológicas a las sujeciones o sedación. Supervisa el uso racional de psicofármacos y evalúa posibles efectos adversos como somnolencia o caídas. Identifica y reporta signos de delirium superpuesto a demencia para intervención médica oportuna¹²⁹.

Coordina actividades recreativas seguras y estimulación cognitiva adaptada (memoria, lenguaje, percepción, reminiscencia), ya sea directamente o articulando con otros servicios (terapia ocupacional, voluntariado). Favorece un entorno tranquilo (reducción de alarmas, control de ruido), evitando estímulos innecesarios que puedan desorientar¹²⁹⁻¹³⁸.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 89 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Durante la atención directa, conserva la rutina diaria (horarios regulares, aviso previo de maniobras), utiliza técnicas de validación emocional y responde con empatía ante conductas desafiantes. Documenta intervenciones efectivas y hallazgos relevantes, para guiar la continuidad del cuidado por todo el equipo¹¹.

Promueve reuniones interdisciplinarias para el abordaje integral y toma decisiones con base en el consentimiento informado, involucrando al representante legal si corresponde.

El abordaje integral de la PAM hospitalizada requiere que la gestión del cuidado de enfermería contemple tanto las condiciones físicas como los aspectos emocionales, cognitivos, sociales y espirituales que inciden en su proceso de recuperación. A lo largo del presente módulo se han establecido intervenciones centradas en grupos diagnósticos prioritarios, con énfasis en la humanización de los cuidados, la seguridad de la persona y el respeto por la dignidad de la PAM. Este enfoque permite generar entornos terapéuticos más empáticos, eficaces y adaptados a las necesidades particulares de esta población. No obstante, la atención hospitalaria no se limita únicamente al internamiento tradicional. En respuesta a los cambios demográficos, la cronicidad de las enfermedades y la necesidad de servicios más resolutivos, la CCSS ha venido desarrollando modalidades no convencionales de hospitalización, tales como la hospitalización domiciliar, el hospital de día y otras alternativas ambulatorias, que también requieren de un abordaje clínico de enfermería estructurado, ético y eficiente. El siguiente módulo desarrolla las intervenciones específicas de enfermería en estas modalidades, manteniendo el eje de atención centrada en la persona y la continuidad del cuidado.

Módulo No. 6. Intervenciones de enfermería en la gestión del cuidado de la PAM en modalidades no convencionales de hospitalización.

Lugar

Áreas de Salud, Hospitales Periféricos, Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y especializados que cuentan con modalidades no convencionales de hospitalización.


Personal que interviene

- Profesional de enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Intervenciones:

I. Enfoque general y coordinación en red

Las modalidades no convencionales: Hospital de Día Polivalente (HDP) según énfasis, Atención y Hospitalización Domiciliar (AD/HD), Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel (AD-1) y Atención Especializada a Distancia (AED) y Alta Programada (AP), buscan garantizar

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 90 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

continuidad, seguridad y resolutiveidad con trabajo interdisciplinario y articulado en red (atención integral, trabajo en red y atención compartida). ¹⁴⁷⁻¹⁴⁸⁻¹³⁹⁻¹¹⁹⁻¹³⁵

Este módulo integra ejes transversales (valoración integral; continuidad y transiciones; seguridad de medicamentos; prevención de riesgos; educación y apoyo a la persona cuidadora; modalidades tele presenciales) y, para cada modalidad, detalla intervenciones por problemas de enfermería frecuentes en la PAM, adaptables según el contexto y recursos.

Es importante señalar que múltiples intervenciones ya descritas en los módulos de primer nivel, emergencias, consulta externa y hospitalización son plenamente aplicables a las modalidades no convencionales; sin embargo, para evitar reiteraciones innecesarias, en este capítulo se priorizarán aquellas acciones específicas y diferenciadoras de cada modalidad en lo que corresponde a la gestión del cuidado desde la disciplina de enfermería.

II. Rol de enfermería en la gestión del cuidado

En las modalidades no convencionales, Enfermería asume un rol central en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación del cuidado, articulando la atención con otros niveles y disciplinas para garantizar la seguridad, la continuidad y la personalización del plan terapéutico¹⁴⁹.


Desde estas bases, el ejercicio profesional en estas modalidades no se limita a la ejecución de técnicas, sino que implica gestionar el entorno de cuidado, garantizar la educación y apoyo a la persona usuaria y cuidadora, y asegurar que cada transición asistencial se realice de forma segura y efectiva¹³⁵.

Para cada modalidad la gestión del cuidado aplica un enfoque transversal de gestión del cuidado centrado en la persona, siguiendo principios orientadores:

- Individualización del cuidado: Reconocer la singularidad, valores y preferencias de cada persona.
- Participación: Involucrar a la PAM y su familia en la toma de decisiones y planificación de cuidados.
- Continuidad e integralidad: Asegurar la articulación entre niveles y modalidades.
- Dignidad y trato humanizado: Respetar derechos, confidencialidad y autonomía.
- Educación y corresponsabilidad: Empoderar a la PAM en el autocuidado y en la gestión de su salud.

A. Alta Programada

1. Objetivo del cuidado: Garantizar la continuidad asistencial y la seguridad de la PAM en el tránsito del hospital al domicilio o a otro nivel de atención, evitando reingresos y deterioro funcional.
2. Intervenciones de enfermería ⁵⁸⁻¹³⁵:
 - Elaborar junto al equipo interdisciplinario el plan de egreso individualizado, considerando la situación funcional, red de apoyo y necesidades de autocuidado.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 91 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


- Educar a la PAM y familia/cuidador sobre signos de alarma, adherencia al tratamiento, dieta, medicamentos y citas de control.
- Gestionar la coordinación con el EBAIS o programa de atención domiciliaria, garantizando el seguimiento a través de la atención de enfermería en el hogar y el apoyo en el escenario por el ATAP, garantizando registros de calidad tanto en la ficha familiar (SIFF) como en el expediente digital en el EDUS, según corresponda.
- Verificar que el entorno domiciliario sea seguro y adaptado, promoviendo medidas de prevención de caídas y riesgos ambientales.
- Registrar en el expediente clínico los acuerdos del plan de alta y comunicar electrónicamente al PNA la información esencial.

B. Atención y hospitalización domiciliarias

1. Objetivo del cuidado: Brindar atención integral, segura y humanizada en el hogar de la PAM que por condición clínica o funcional requiere atención continua, pero puede permanecer fuera del hospital.
2. Intervenciones de enfermería ¹⁵⁰:
 - Valorar integralmente la condición clínica, funcional y psicosocial de la PAM, apoyado en los instrumentos y escalas disponibles en los sistemas integrados del EDUS (Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional –SIES, Anexo 3-, condiciones de discapacidad - SIFF, Anexo 4-, escala PERROCA – SIES- Anexo5-, Escala Barthel – SIES, Anexo 6 -, Escala Frail – SIES, Anexo 7-).
 - Planificar cuidados orientados al mantenimiento de la capacidad funcional, control del dolor, prevención de LPP y complicaciones.
 - Supervisar el cumplimiento del régimen terapéutico y farmacológico, asegurando la comprensión de la persona cuidadora.
 - Promover la educación en salud familiar, higiene, alimentación, estimulación cognitiva y física.
 - Evaluar periódicamente la evolución y necesidad de referencia a otro nivel de atención.
 - Coordinar con los servicios de apoyo institucional (farmacia, nutrición, fisioterapia) para la continuidad del cuidado.

C. Hospital de día polivalente

1. Objetivo del cuidado: Facilitar la recuperación funcional y la rehabilitación de la PAM a través de intervenciones diurnas intensivas, evitando hospitalizaciones prolongadas.
2. Intervenciones de enfermería ¹⁴⁷:
 - Realizar la valoración inicial integral e identificar metas funcionales, nutricionales y emocionales.
 - Ejecutar y coordinar cuidados durante la estancia diaria (control de signos vitales, administración de tratamientos, acompañamiento terapéutico).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 92 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


- Fomentar la autonomía en ABVD bajo supervisión, reforzando la confianza y autoestima.
- Detectar y reportar oportunamente alteraciones clínicas o emocionales.
- Educar al usuario y familia sobre el autocuidado, adherencia a terapias y hábitos saludables.
- Integrar la información al plan interdisciplinario y registrar la evolución diaria en el expediente electrónico.

D. Atención diferenciada en el PNA

1. Objetivo del cuidado: Brindar una atención integral, humanizada y adaptada a las particularidades biológicas, funcionales y sociales de la PAM en el entorno comunitario.
2. Intervenciones de enfermería ¹¹⁹:
 - Realizar valoración de la capacidad funcional básica en la consulta o en visita domiciliar, incluyendo fragilidad, nutrición, cognición y estado emocional.
 - Identificar factores de riesgo para fragilidad o dependencia y elaborar el plan de intervención preventiva o de seguimiento.
 - Fomentar la participación de la PAM en su autocuidado y decisiones terapéuticas.
 - Coordinar la atención interprofesional y la referencia a programas de atención especializada o de soporte domiciliario.
 - Promover la educación en salud para la familia y el cuidador, reforzando prácticas seguras y hábitos de envejecimiento saludable.

E. Atención especializada a distancia.

1. Objetivo del cuidado: Garantizar el seguimiento clínico y educativo de la PAM en su hogar o comunidad mediante tecnologías de información, asegurando la continuidad y la oportunidad de la atención.
2. Intervenciones de enfermería ¹⁰⁸:
 - Realizar entrevistas y valoraciones remotas con enfoque empático, verificando identidad, entorno y comprensión del usuario.
 - Aplicar protocolos de seguimiento de condiciones crónicas, adherencia terapéutica y educación sanitaria.
 - Promover la detección temprana de signos de alarma y coordinar la referencia presencial cuando sea necesario.
 - Mantener registros estructurados y confidenciales en el EDUS o plataforma telemática.
 - Capacitar al usuario y cuidador sobre el uso seguro de herramientas digitales y derechos en la atención virtual.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 93 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

F. Modalidades telepresenciales y rol específico del profesional de enfermería ¹⁶⁵

1. Teleorientación en salud

Objetivo del cuidado:

Brindar orientación, consejería y educación sanitaria personalizada a la PAM y su cuidador en los casos que lo requiere, favoreciendo el autocuidado, la adherencia terapéutica y la detección temprana de signos de alarma.

Intervenciones de enfermería:

- Verificar identidad de la persona usuaria y confirmar la existencia de consentimiento informado vigente.
- Proporcionar educación en salud sobre manejo de enfermedades crónicas, uso seguro de medicamentos, prevención de caídas, hidratación, nutrición, cuidado de la piel y signos de alarma.
- Orientar sobre resultados de exámenes, indicaciones generales o seguimiento de condiciones previamente valoradas.
- Identificar situaciones que requieran atención presencial, referencia médica o activación de servicios de urgencias.
- Registrar la atención y las recomendaciones brindadas en el EDUS, asegurando trazabilidad y continuidad del cuidado

2. Tele consulta de enfermería

Objetivo del cuidado:


Realizar valoración, seguimiento y acompañamiento clínico de la PAM en modalidad ambulatoria, cuando la condición de salud permita garantizar una atención segura sin contacto físico directo.

Intervenciones de enfermería:

- Realizar valoración integral telepresencial (estado funcional, síntomas, adherencia terapéutica, estado emocional y red de apoyo).
- Dar seguimiento a planes de cuidado previamente establecidos (dolor, funcionalidad, nutrición, prevención de LPP).
- Reforzar la educación en autocuidado y corresponsabilidad del usuario y cuidador.
- Identificar cambios en la condición clínica que ameriten ajuste del plan de cuidado o referencia a atención presencial.
- Documentar la atención conforme a los lineamientos institucionales y garantizar la confidencialidad de la información

3. Teleinterconsulta de enfermería

Objetivo del cuidado:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 94 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Favorecer la toma de decisiones clínicas y la continuidad del cuidado mediante la consulta entre profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud, en beneficio de la PAM.

Intervenciones de enfermería:

- Solicitar o responder teleinterconsultas para análisis de casos complejos (fragilidad, deterioro funcional, cuidados paliativos, manejo domiciliario).
- Compartir información clínica relevante de forma estructurada, segura y oportuna.
- Integrar las recomendaciones recibidas al plan de cuidado de enfermería.
- Coordinar la articulación entre niveles de atención y servicios de apoyo institucionales.
- Registrar los criterios emitidos y las decisiones adoptadas en el expediente clínico

4. Teleeducación para la salud

Objetivo del cuidado:

Fortalecer las capacidades de autocuidado de la persona adulta mayor, su familia y cuidadores mediante procesos educativos estructurados.

Intervenciones de enfermería:

- Diseñar y ejecutar sesiones de teleeducación individual o grupal sobre envejecimiento saludable, prevención de fragilidad, cuidado del cuidador y uso seguro de tecnologías.
- Adaptar los contenidos a las capacidades sensoriales, cognitivas y tecnológicas de la PAM.
- Evaluar la comprensión y aplicación práctica de los contenidos educativos.
- Registrar la participación y los resultados educativos en los sistemas institucionales

5. Consideraciones éticas y de seguridad en la atención telepresencial


El profesional de enfermería debe asegurar que la modalidad telepresencial:

- No sustituya indebidamente la atención presencial cuando esta sea clínicamente necesaria.
- Respete la autonomía, dignidad y derechos de la persona adulta mayor.
- Garantice privacidad, confidencialidad y manejo ético de la información.
- Considere las limitaciones tecnológicas, cognitivas o sensoriales de la PAM y establezca alternativas adecuadas cuando estas interfieran con la calidad de la atención

6. Articulación con la red de servicios

Las modalidades telepresenciales deben integrarse de forma coordinada con:

- EBAS y programas de atención domiciliaria.
- Servicios hospitalarios y especializados.
- Programas institucionales de atención al adulto mayor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 95 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Esta articulación es responsabilidad directa del profesional de enfermería como gestor del cuidado, asegurando continuidad, seguimiento y coherencia del plan terapéutico.

La culminación de este protocolo, con el presente módulo sobre modalidades no convencionales de atención, integra y da coherencia a un marco institucional que aborda de forma sistemática los problemas de salud y necesidades de la PAM, así como las intervenciones de enfermería en los diversos escenarios de atención: atención primaria, emergencias, consulta externa, hospitalización y, finalmente, las modalidades no convencionales. La secuencia desarrollada permite que el personal de enfermería cuente con lineamientos claros y fundamentados para brindar un cuidado integral, continuo, humanizado y seguro, en concordancia con los principios científicos, humanos, éticos y legales que rigen la profesión, establece intervenciones articuladas en red para los tres niveles de atención, y contribuye a fortalecer la coordinación entre modalidades convencionales y no convencionales, favoreciendo transiciones asistenciales seguras, una referencia y contrarreferencia efectiva y la estandarización de la calidad técnica y la humanización del trato. Con ello, se dota al personal de enfermería de una herramienta unificada que respalda su quehacer diario y orienta la gestión del cuidado hacia el logro de mejores resultados en salud, mayor satisfacción de las personas usuarias y el respeto pleno de su dignidad.

Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos ¹⁵²⁻¹⁵³⁻¹⁵⁴


Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la dignidad de las personas que son atendidas en los centros de la Caja Costarricense de Seguro Social.

I. **Ética del cuidado y principio de relacionalidad en la atención a la persona adulta mayor** 32-123-157-158-159

La ética del cuidado constituye un fundamento bioético esencial para la práctica de enfermería en la atención de la persona adulta mayor, al reconocer que el cuidado en salud no se limita a la aplicación técnica de procedimientos clínicos, sino que implica una relación moral, humana y profesional entre quienes cuidan y quienes reciben el cuidado. Desde esta perspectiva, el acto de cuidar integra dimensiones éticas, emocionales, sociales y culturales, orientadas a salvaguardar la dignidad, la autonomía y el bienestar integral de la persona usuaria.

Este enfoque sitúa a la persona adulta mayor como sujeto activo de derechos, con historia, valores, creencias y preferencias propias, que deben ser consideradas en la toma de decisiones clínicas. La ética del cuidado promueve prácticas basadas en la empatía, la escucha activa, la presencia clínica auténtica y el respeto por la singularidad de cada persona, especialmente en contextos de vulnerabilidad, dependencia o enfermedad avanzada. En este sentido, el cuidado se concibe como una responsabilidad profesional que trasciende la eficacia técnica, incorporando la sensibilidad ante el sufrimiento humano y la obligación de responder de manera proporcional, compasiva y respetuosa.

De forma complementaria, este enfoque se articula con el principio de relacionalidad, entendido como la interacción respetuosa, continua y colaborativa entre el personal de salud, la persona adulta mayor y su red de apoyo. La relacionalidad reconoce que el proceso de atención ocurre dentro de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 96 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

vínculos interpersonales y contextos sociales específicos, y que la calidad de dichas relaciones influye directamente en los resultados del cuidado, la adherencia terapéutica y la experiencia de atención.

En la práctica de enfermería, la relacionalidad se expresa mediante una comunicación clara, honesta y comprensible; la participación activa de la persona adulta mayor en las decisiones sobre su cuidado; el reconocimiento del rol de la familia y personas cuidadoras; y la coordinación efectiva con el equipo interdisciplinario. Este principio resulta particularmente relevante en la atención de personas adultas mayores con deterioro cognitivo, fragilidad, enfermedades crónicas avanzadas o en situaciones de final de vida, donde la toma de decisiones compartida y el acompañamiento ético adquieren un valor central.

En concordancia con el marco normativo nacional e institucional, la ética del cuidado y la relacionalidad fortalecen el enfoque de atención centrada en la persona, asegurando que las intervenciones de enfermería se desarrollen con respeto a los derechos humanos, la autonomía progresiva, el consentimiento informado y la no discriminación por edad. Su incorporación en este protocolo orienta la práctica profesional hacia un cuidado humanizado, integral y éticamente responsable, coherente con los valores de la seguridad social costarricense y con las recomendaciones internacionales para la atención de las personas adultas mayores.

En esa línea, la gestión del cuidado de las PAM debe ser humanizada, accesible, oportuna, continua y segura, con pertinencia cultural e inclusiva, es decir atención centrada en la persona; y debe desarrollarse de acuerdo con los principios que se detallan a continuación:

II. Principios Bioéticos


Los principios bioéticos aplicables a este Protocolo son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; asimismo, resultan aplicables los siguientes principios de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos:

- Respeto a la Dignidad Humana.
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- Privacidad y confidencialidad.
- Igualdad, justicia y equidad.
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.

A continuación, se explica la forma en la que cada principio bioético se incorpora al proceso de atención:

A. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal ³²⁻⁶¹⁻¹²³⁻¹⁵⁶⁻¹⁶⁰

La vulnerabilidad humana constituye un principio bioético fundamental en la atención de la PAM, al reconocer que este grupo poblacional puede experimentar una exposición incrementada a riesgos que afectan su salud, su autonomía y su integridad personal. En el envejecimiento, la vulnerabilidad no es uniforme ni exclusivamente biológica, sino que se manifiesta de forma multidimensional,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 97 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

integrando dimensiones biológicas, cognitivas, emocionales, sociales y económicas, las cuales interactúan entre sí y pueden potenciar situaciones de dependencia, exclusión o daño.

Desde una perspectiva ética, el reconocimiento de la vulnerabilidad implica para el personal de enfermería una responsabilidad de protección reforzada, que se traduce en acciones concretas orientadas a salvaguardar la dignidad y los derechos de la persona adulta mayor. Entre estas acciones se incluyen la identificación temprana de riesgos de maltrato, negligencia, abandono o coerción; la evaluación sistemática de la capacidad funcional y cognitiva; la garantía de una participación progresiva en la toma de decisiones conforme a las capacidades de la persona; la atención a la sobrecarga física y emocional de las personas cuidadoras y su impacto en la calidad del cuidado; así como la eliminación de barreras de comunicación, accesibilidad y comprensión que puedan limitar el ejercicio efectivo de derechos.

Diversos autores han analizado la vulnerabilidad en salud de las personas adultas mayores a partir de factores interrelacionados. Monod y Sautebin describen cuatro ejes centrales: la dependencia funcional, entendida como la dificultad o imposibilidad para realizar actividades físicas o mentales de manera autónoma; la pérdida de autonomía decisional, que limita la capacidad de la persona para participar en decisiones sobre su propia vida y cuidado; la precariedad social, caracterizada por el aislamiento social y la pobreza; y las barreras en el acceso a los servicios de salud, que profundizan la desigualdad y aumentan la exposición a desenlaces adversos.

En este sentido, la vulnerabilidad en salud de la PAM no deriva únicamente de los cambios orgánicos y psicológicos propios del envejecimiento, como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad, discapacidad y alteraciones cognitivas, sino también de las desventajas estructurales y sociales que dificultan la resolución oportuna de estos problemas en comparación con otros grupos etarios. El hecho de que una PAM requiera cuidados no garantiza, por sí mismo, que estos sean efectivamente brindados de manera adecuada, continua y respetuosa, ya sea en el ámbito formal o informal.


El principio de integridad personal se articula estrechamente con la vulnerabilidad, y exige que la atención de enfermería proteja a la PAM frente a cualquier forma de daño físico, psicológico, social o moral. En la práctica clínica, esto implica promover entornos seguros, relaciones de cuidado basadas en el respeto y la confianza, y decisiones clínicas proporcionales, centradas en la persona y coherentes con su historia de vida, valores y preferencias. La incorporación de este principio en el protocolo fortalece un enfoque ético que reconoce a la PAM como sujeto de derechos, merecedor de una atención integral, justa y humanizada en todos los niveles de atención de la CCSS.

B. Principio de Autonomía

Este principio debe ser entendido como la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Las acciones encaminadas a mejorar el conocimiento, fomentar la corresponsabilidad y el empoderamiento de las personas usuarias y su familia en atención a este principio, son las siguientes:

- **Infantilización de la persona adulta mayor como problema social y sanitario:**

La infantilización de la PAM constituye una práctica social y sanitaria inadecuada que vulnera principios bioéticos fundamentales como la dignidad, la autonomía, la integridad personal y el respeto por los derechos humanos. Este fenómeno se manifiesta cuando se le trata como si fuera incapaz, dependiente o carente de criterio, independientemente de su nivel real de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 98 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

funcionalidad, capacidad cognitiva o autonomía decisional. La infantilización puede expresarse a través del lenguaje (uso de diminutivos, tono condescendiente), actitudes paternalistas, exclusión de la persona de la toma de decisiones, o la sustitución innecesaria de sus capacidades por parte del personal de salud o de su red de apoyo.

Desde una perspectiva bioética, la infantilización implica una forma de violencia simbólica y estructural, ya que limita el ejercicio de la autodeterminación y refuerza estereotipos negativos asociados al envejecimiento. En el ámbito sanitario, estas prácticas pueden traducirse en decisiones clínicas tomadas sin la participación de la PAM, en la imposición de cuidados no deseados o en la restricción injustificada de su independencia funcional, incluso cuando la persona conserva la capacidad para decidir y participar activamente en su propio cuidado.

La evidencia señala que la infantilización tiene consecuencias adversas sobre la salud física y mental de las PAM, incluyendo pérdida acelerada de funcionalidad, disminución de la autoestima, mayor dependencia aprendida, depresión, aislamiento social y menor adherencia a los tratamientos. Asimismo, estas prácticas pueden afectar negativamente la relación terapéutica, debilitando la confianza y la comunicación entre el personal de salud y la persona usuaria.


En el marco de la ética del cuidado y del principio de relacionalidad, la enfermería tiene la responsabilidad de identificar, prevenir y evitar prácticas infantilizantes, promoviendo una atención centrada en la persona que reconozca a la PAM como sujeto de derechos, con capacidad de agencia y participación progresiva en la toma de decisiones. Esto implica utilizar un lenguaje respetuoso y claro, adaptar la información sin simplificarla de manera condescendiente, fomentar la autonomía funcional en la medida de las capacidades reales, y garantizar el consentimiento informado, incluso en contextos de fragilidad o deterioro cognitivo leve.

La incorporación de este enfoque en el protocolo contribuye a erradicar prácticas discriminatorias basadas en la edad (edadismo), fortalece la humanización de la atención y alinea la práctica de enfermería con los principios bioéticos y normativos vigentes en Costa Rica y en los instrumentos internacionales de derechos humanos de las personas adultas mayores.^{32-161-162-163-164:}

- Divulgación de los derechos y los deberes entre las personas usuarias⁴³

Desarrollo de actividades educativas sobre la condición de salud, acciones para mantener y optimizar la capacidad funcional, entendida como la combinación de las capacidades intrínsecas de la persona y las características del entorno que le permiten ser y hacer lo que considera valioso, favoreciendo así su bienestar y calidad de vida, prevención de caídas, lesiones por presión, y otras afecciones asociadas a la edad, seguridad en la atención en los establecimientos y en el hogar y al desplazarse fuera de su domicilio, para fomentar la corresponsabilidad y el empoderamiento de las personas usuarias. Esta educación en salud es integral, por lo que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Una de las principales herramientas para materializar el principio de autonomía es el consentimiento informado. Según lo establecido en los artículos 6 y 11 del Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la CCSS (CCSS, 2012), este proceso debe realizarse de manera oral o por escrito, según corresponda. El consentimiento informado es

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 99 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

predominantemente oral y se aplica en todos los procedimientos clínicos que se realizan con la PAM. El formulario de CI solo se utilizará en aquellos procedimientos definidos en el reglamento mencionado. Asimismo, el profesional en enfermería debe verificar, previo a actividades telepresenciales, que la PAM haya firmado el consentimiento informado correspondiente a la modalidad de Telemedicina.

La información que brinde el profesional en enfermería de forma oral deberá incluir al menos: objetivo y descripción del procedimiento clínico, los beneficios esperados, los riesgos previsibles, así como otra información que considere de interés para la persona usuaria adulta mayor. Además, tiene el deber de responder a las inquietudes que esta o su familia externen.

De producirse “tensión” entre seguir las recomendaciones del profesional de la salud versus los deseos de la persona usuaria, en aras de resguardar el principio bioético de autonomía, se puede solicitar la asesoría del Comité de Bioética Clínica (CBC) del centro de salud, utilizando el formulario: ACA-I disponible en <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/index.php/comites-de-bioetica-clinica-cbc/>.

Como medidas para salvaguardar el respeto a la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias, para efectos de este y otros protocolos de atención clínica aplicables, la jefatura de los servicios involucrados recordarán de forma escrita a los funcionarios a cargo, la prohibición de compartir información, datos sensibles e imágenes clínicas con terceras personas no relacionadas con la atención de la persona usuaria sin el consentimiento previo de esta; así como, las consideraciones sobre su uso con fines de salud pública y actividades periciales o judiciales, las cuales no requieren de consentimiento informado.

De considerarlo necesario, la jefatura del servicio deberá coordinar con el Comité de Bioética Clínica del centro o el Área de Bioética una charla sobre este punto, con la periodicidad que estime conveniente, según la rotación del personal a su cargo.

Principios de beneficencia y no maleficencia: Estos principios plantean la necesidad de buscar el mejor beneficio para las personas y evitar ocasionar daño. Dentro de ese contexto, al estandarizar la gestión del cuidado de enfermería a las personas adultas mayores, se resuelven los problemas de variabilidad y se disminuyen los riesgos. Por ello, la planeación y el diseño del documento se encuentra basada en la mejor evidencia científica disponible y considera la capacidad de resolución que tienen los diferentes centros de atención.

En esta línea, la comprensión y la aceptación del protocolo por parte de los responsables de su ejecución constituye una de las principales estrategias para minimizar la variabilidad, al interpretar lo aquí establecido, por lo que se realizarán acciones de socialización del documento, por medio de los canales de comunicación institucionales, como video conferencias vía plataforma Zoom, comunicación por la Web Master y actividades presenciales con Jefaturas de Enfermería del nivel Regional y de Hospitales Nacionales y Especializados.

C. Principio de Justicia

Este principio orienta la distribución equitativa de los recursos disponibles lo cual se ha considerado para determinar las propuestas. Por su parte, la priorización de las personas usuarias para recibir las atenciones aquí descritas, se encuentran bien delimitadas, mediante criterios clínicos.



Finalmente, a la luz de estos principios, hay que destacar que las atenciones descritas contribuyen a atender de forma integral a las PAM en los establecimientos de salud de la CCSS, a fin de mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a las personas usuarias. Así mismo los funcionarios podrán enviar al correo electrónico secenfer@ccss.sa.cr recomendaciones, críticas o propuestas de actualización al protocolo, con el fin de mantener el análisis continuo sobre su aplicación.

Declaración de Intereses

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el ETCM y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.

Herramientas de Aplicabilidad

Intervención del Profesional de Enfermería según estructura de valoración de los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon, en el proceso de planeación y ejecución de la gestión del cuidado a la PAM. ¹⁵⁴⁻¹⁶⁶

Patrón funcional (Marjorie Gordon)	Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I)	Actividades de Enfermería orientadas al mantenimiento de la capacidad funcional y la atención centrada en la persona
1. Percepción y manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con (r/c) déficit de conocimiento manifestado por (m/p) incumplimiento del tratamiento.• Riesgo de deterioro funcional r/c multimorbilidad o polifarmacia.	<ul style="list-style-type: none">- Educar a la PAM y su cuidador sobre la importancia del control de enfermedades crónicas y adherencia a tratamientos.- Fomentar el uso responsable de medicamentos, revisando prescripciones y efectos adversos.- Promover vacunación y controles preventivos.- Coordinar seguimiento con EBAS y programas de atención domiciliaria.
2. Nutricional-metabólico	<ul style="list-style-type: none">• Riesgo de desnutrición r/c pérdida de apetito o dificultad para deglutir.• Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad o desnutrición.	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar IMC, MNA y hábitos alimentarios.- Promover dieta balanceada rica en proteínas y fibra.- Vigilar hidratación y estado de la piel.



Patrón funcional (Marjorie Gordon)	Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I)	Actividades de Enfermería orientadas al mantenimiento de la capacidad funcional y la atención centrada en la persona
		<ul style="list-style-type: none">- Coordinar con nutrición y programas de alimentación institucional.
3. Eliminación	<ul style="list-style-type: none">• Patrón de eliminación alterado r/c estreñimiento funcional, incontinencia o uso de fármacos• Riesgo de infección urinaria r/c retención o uso de sondas.	<ul style="list-style-type: none">- Valorar patrón intestinal y urinario.- Estimular ingesta hídrica y actividad física.- Educar sobre hábitos evacuatorios regulares.- Supervisar manejo de dispositivos y medidas de aseo perineal.
4. Actividad-ejercicio	<ul style="list-style-type: none">• Intolerancia a la actividad r/c debilidad muscular o cardiopatía.• Deterioro de la movilidad física r/c rigidez articular o caídas previas.	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar funcionalidad con escalas disponibles en EDUS (Barthel).- Implementar ejercicios supervisados de movilidad y equilibrio.- Promover uso de ayudas técnicas seguras.- Coordinar rehabilitación física según necesidad.
5. Sueño-descanso	<ul style="list-style-type: none">• Alteración del patrón de sueño r/c dolor, ansiedad o ambiente hospitalario.	<ul style="list-style-type: none">- Identificar causas de insomnio y promover rutinas de sueño.- Adecuar entorno (iluminación, ruido).- Favorecer técnicas de relajación y control del dolor antes del descanso.
6. Cognitivo-perceptivo	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro cognitivo crónico r/c enfermedad neurodegenerativa.• Riesgo de confusión aguda r/c cambio de entorno o polifarmacia.	<ul style="list-style-type: none">- Estimular orientación y memoria mediante conversación, calendario y rutinas.- Identificar signos de delirium y notificar precozmente.- Involucrar a la familia en actividades cognitivas simples.
7. Autopercepción y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none">• Baja autoestima situacional r/c dependencia o cambios físicos.	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar el reconocimiento de logros personales.- Involucrar al usuario en su autocuidado y decisiones.- Ofrecer escucha empática y apoyo psicológico.




Patrón funcional (Marjorie Gordon)	Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I)	Actividades de Enfermería orientadas al mantenimiento de la capacidad funcional y la atención centrada en la persona
8. Rol-relaciones	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la interacción social r/c aislamiento o duelo. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar redes de apoyo familiar y comunitarias. Promover actividades grupales o comunitarias seguras. Facilitar comunicación con familia mediante medios presenciales o digitales.
9. Sexualidad-reproducción	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción sexual r/c efectos secundarios de medicamentos o creencias culturales. 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información respetuosa sobre cambios fisiológicos. Facilitar espacio de conversación privada. Coordinar con medicina o psicología si se requiere manejo especializado.
10. Adaptación-tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento ineficaz r/c enfermedad crónica o pérdida funcional. Ansiedad r/c incertidumbre ante el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar técnicas de afrontamiento y relajación. Identificar signos de ansiedad o depresión y referir según protocolo. Favorecer participación en grupos de apoyo.
11. Valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de desesperanza r/c enfermedades crónicas o aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Respetar y facilitar prácticas religiosas o espirituales. Promover espacios de reflexión y acompañamiento espiritual. Integrar a líderes comunitarios o religiosos según preferencia de la PAM.

Fuente: Khatiban M, Tohidi S, Shahdoust M. Los efectos de aplicar un formulario de evaluación basado en los patrones funcionales de salud sobre la actitud y las habilidades de los estudiantes de enfermería en el desarrollo del proceso de enfermería. *Int J Nurs Sci.* 2019 6 de junio;6(3):329-333. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.06.004. Errata en: *Int J Nurs Sci.* 2020 6 de diciembre;8(1): V. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.12.003. PMID: 31508455; PMCID: PMC6723353.

Contacto para consultas

Para la atención de consultas, recomendaciones sobre oportunidades de actualización de este documento de normalización técnica, favor comunicarse con:

Coordinación Nacional de Enfermería. Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento.
Correo electrónico: secenfer@ccss.sa.cr

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 103 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Anexos

Anexo #1: Aval recibido por Gerencia Médica



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7600 / 8253
Correo electrónico: colnccss@ccss.sa.cr

GM-0812-2026
15 de enero de 2026

Doctora
Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD - UP2904

Estimada señora:

ASUNTO: AVAL DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN, CÓDIGO PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Reciba un cordial saludo. Este Despacho hace acuse de recibo al oficio GM-DDSS-0041-2026, de fecha 09 de enero de 2026, suscrito por su estimable persona, mediante el cual solicita el aval del protocolo citado en epígrafe, elaborado y coordinado por la Coordinación Nacional de Enfermería, con el acompañamiento técnico del Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, habiéndose seguido la metodología establecida en el Manual Metodológico para la Construcción de Protocolos de Atención Clínica en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Esta Gerencia otorga el aval solicitado, una vez verificado el cumplimiento satisfactorio de las etapas requeridas, así como, la participación de profesionales expertos en la materia.

Se espera que el citado documento contribuya a estandarizar y fortalecer la gestión del cuidado de enfermería a la persona adulta mayor, bajo un enfoque centrado en la persona, promoviendo la calidad, continuidad, seguridad y humanización del cuidado en los tres niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Asimismo, se insta, respetuosamente, a la Dirección, a su digno cargo, promover la difusión y sensibilización de este instrumento mediante los canales institucionales pertinentes, con el fin de garantizar su adecuada implementación en los servicios de salud, correspondientes.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA


 Firma Digital

Dr. Alexander Sánchez Cabo
Gerente a.i.

ASC/ds/ocu/Meritza
Estudio y redacción: Dra. Ledys Cascaño Ureña / Revisión Médica: Dra. Diana Sales Corrales

Copie: Dra. Marlene Mayorga Obando, jefe a.i., Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, DDSS
Dra. Jacqueline Monge Medina, coordinadora, Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS
Dr. Gabriel Ugalde Rojas, asistente, Coordinación Nacional de Enfermería, DDSS
Archivo

Referencia: (2901-1391-26)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 104 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

Anexo #2: Aval recibido por Bioética



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
 Gerencia Médica
 Área de Bioética
 Teléfono: 25193044/Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CENDEISSS-AB-0720-2025
 16 de diciembre de 2025

Dr. Mario Mora Ulloa, Jefe
 Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD- U.P. 2904
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Estimado Dr. Mora Ulloa:

ASUNTO: AVAL BIOÉTICO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN.

Antecedentes


- **Oficio DDSS-ARSDT-1774-2025**
- **Oficio CENDEISSS-AB-0705-2025**
- **Correo electrónico del 15 de diciembre 2025 (remisorio del PAC con observaciones incorporadas)**

En atención al oficio correo electrónico del lunes 15 de diciembre, 16:42 horas, se informa que, dada la incorporación de las recomendaciones bioéticas emitidas mediante el oficio CENDEISSS-AB-0705-2025, y con fundamento en la Instrucción de trabajo para la redacción de los aspectos Bioéticos y Derechos Humanos a describir en los Protocolos de Atención Clínica (Código: IT.GG.CENDEISSS-AB.28.04.2021), esta Área otorga el aval bioético al documento remitido.

El Área de Bioética reconoce el esfuerzo del equipo redactor en la incorporación de los principios bioéticos y de derechos humanos en el protocolo, en concordancia con los lineamientos institucionales vigentes.

Agradecemos de antemano la atención brindada y reiteramos nuestra disposición para continuar colaborando en la revisión bioética de los documentos normativos que promueven la calidad y el respeto a la dignidad de las personas usuarias.

Se recuerda que las futuras actualizaciones o modificaciones del protocolo deberán ser remitidas a esta Área para su respectiva revisión y aval bioético.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 105 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
 Gerencia Médica
 Área de Bioética
 Teléfono: 25193044/Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Se suscribe, cordialmente

ÁREA BIOÉTICA



Dra. Sandra Rodríguez Ocampo
Jefe

SRO/jsm

Anexo: PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN.

CE: Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
 Dra. Jacqueline Monge Medina, Coordinadora, Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS.
 Dr. Allan Gerardo Rodríguez Artavia, Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS.
 Dra. Vilma García Camacho, Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor, ÁAIP
 Dr. Juan Carlos Esquivel Sanchez, Director CENDEISS, CCSS.
 Dr. Alejandro Marín Mora, Coordinador a.i. Subárea Bioética Clínica y Gestión, Área de Bioética, CCSS
 Archivo

Ruta Archivo: Área de Bioética, Bioética, Criterio Bioético-PAC.

Anexo “3: Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional, SIES-EDUS. (Vista parcial)

Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional

Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional

Visión

¿Ve usted bien? Sí

Audición

¿Me escucha usted? No

Capacidad Movilización

¿Cree que sería seguro para usted levantarse de la silla 5 veces sin ayuda de los brazos? Sí

Caídas

En este año ¿Se ha caído usted varias veces? No

Fuente: Captura pantalla EDUS, ambiente capacitación.



Anexo #4: Evaluación de factores de pérdida de capacidad funcional, SIFF-EDUS.

Condición Actual

Fecha de última actualización: Histórico

¿Presenta delincuencia?

¿Presenta antecedentes de Suicidio?

Hábitos:

Código	Descripción	Excluir
99	NINGUNO	

Indicios de violencia:

Código	Descripción	Excluir
99	SIN INDICIOS	

Condiciones de discapacidad

[Ver, incluso si usa anteojos](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

[Oír, incluso si usa un dispositivo auditivo](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

[Caminar o subir escaleras](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

[Recordar o concentrarse](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

[Realizar tareas de cuidado personal \(bañarse, vestirse\)](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

[Comunicarse en su idioma habitual](#)

NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Guardar
Histórico

Sintomático respiratorio:

Condición de salud:

Enfermedades:

Fuente: Captura de pantalla SIFF ambiente capacitación.

Anexo #5. Visualización de la escala PERROCA en el SIES.

Nutrición e hidratación

<input type="radio"/> Autosuficiente.	<input checked="" type="radio"/> Requiere orientación y o supervisión y o asistencia de enfermería para alimentarse y o ingerir líquidos; control hídrico.	<input type="radio"/> Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (hasta 6 veces al día).	<input type="radio"/> Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (mayor a 6 veces al día); asistencia de enfermería para manipulación de catéteres periféricos o centrales para alimentación y o hidratación.
---------------------------------------	--	--	--

Locomoción y actividad

<input type="radio"/> Autosuficiente.	<input checked="" type="radio"/> Requiere asistencia para deambular (apoyo) y o estímulo, orientación, y supervisión para la movilización de segmentos corporales, diambulación o uso de artefactos (aparatos ortopédicos, prótesis, muletas, bastones, sillas de ruedas, andaderas).	<input type="radio"/> Requiere atención de enfermería para deambular hasta 2 veces al día: pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria (AVD), transporte dentro de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería.	<input type="radio"/> Requiere atención de enfermería deambular más de 2 veces al día: pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de más de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria (AVD), transporte fuera de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería.
---------------------------------------	--	--	--

Fuente: Captura de pantalla SIES ambiente capacitación.

Anexo "6. Escala de Barthel, valoración de actividades básicas

ESCALA DE BARTHEL

VALORACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS			
ALIMENTACIÓN ?	<input type="radio"/> INDEPENDIENTE (10)	<input type="radio"/> NECESITA AYUDA (5)	<input type="radio"/> DEPENDIENTE (0)
VESTIRSE ?	<input type="radio"/> INDEPENDIENTE (10)	<input type="radio"/> NECESITA AYUDA (5)	<input type="radio"/> DEPENDIENTE (0)
ARREGLARSE ?	<input type="radio"/> INDEPENDIENTE (5)	<input type="radio"/> DEPENDIENTE (0)	
USO DEL SERVICIO SANITARIO ?	<input type="radio"/> INDEPENDIENTE (10)	<input type="radio"/> NECESITA AYUDA (5)	<input type="radio"/> DEPENDIENTE (0)
LAVADO ?	<input type="radio"/> INDEPENDIENTE (5)	<input type="radio"/> DEPENDIENTE (0)	

Fuente: Captura de pantalla parcial, SIES ambiente capacitación.

Anexo #7. Escala Frail en el Expediente de Salud.

FRAIL

PREGUNTAS

EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS; ¿QUÉ TANTO TIEMPO SE SINTIÓ CANSADO?

USTED SOLO SIN NINGÚN AUXILIAR COMO BASTÓN O ANDADERA; ¿TIENE DIFICULTAD PARA SUBIR 10 ESCALONES (UNA ESCALERA)?

SÍ (1) NO (0)

USTED SOLO SIN NINGÚN AUXILIAR COMO BASTÓN O ANDADERA; ¿TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS (DOS CUADRAS) SIN DESCANSAR?

SÍ (1) NO (0)

PARA LAS 11 ENFERMEDADES, LOS PARTICIPANTES SE LES PREGUNTA: ¿ALGÚN DOCTOR O MÉDICO LE HA COMENTADO QUE TIENE [MENCIONAR LA ENFERMEDAD]? ?

SÍ (1) NO (0)

PESO

¿CUÁNTO PESA CON SU ROPA SIN ZAPATOS? [PESO ACTUAL]

HACE UN AÑO ¿CUÁNTO PESABA CON ROPA Y SIN ZAPATOS? [PESO HACE UN AÑO]

PORCENTAJE DE CAMBIO DE PESO ?

Fuente: Captura de pantalla parcial, SIES:

Anexo #8. Indicadores del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería aplicables al Protocolo de Gestión del Cuidado de Enfermería a la Persona Adulta Mayor (CCSS)

N.º de Estándar	Nombre del Estándar	Indicador aplicable	Relación con el Protocolo PAM	Nivel de Atención
2	Seguimiento de casos en situaciones de alto riesgo	Existencia de identificación, seguimiento y registro de personas usuarias en condición de alto riesgo	PAM con fragilidad, deterioro funcional, dependencia, maltrato, multimorbilidad	I, II, III
4	Educación a la persona usuaria, familia y comunidad	Evidencia de educación en salud basada en necesidades de la persona usuaria	Educación al PAM y cuidador: autocuidado, funcionalidad, prevención de riesgos	I, II, III




N.º de Estándar	Nombre del Estándar	Indicador aplicable	Relación con el Protocolo PAM	Nivel de Atención
5	Registros sobre la evolución de la persona usuaria	Registros completos, oportunos y continuos en expediente clínico	Continuidad del cuidado, trazabilidad del plan de enfermería PAM	I, II, III
6	Existencia de normas, manuales y protocolos	Disponibilidad y aplicación de protocolos institucionales vigentes	Protocolo PAM como instrumento normativo obligatorio	I, II, III
7	Proceso de Atención de Enfermería	Aplicación documentada de las etapas del PAE	Valoración integral, diagnósticos, intervenciones y evaluación PAM	I, II, III
9	Plan de supervisión escrito y sistemático	Existencia de plan de supervisión de la gestión del cuidado	Seguimiento de calidad del cuidado de la PAM	I, II, III
10	Programa de Educación en Servicio	Ejecución de actividades de capacitación al personal de enfermería	Formación continua en cuidado de la PAM y enfoque centrado en la persona	I, II, III
14	Transcripción y cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería	Concordancia entre indicaciones y ejecución registrada	Seguridad del PAM, adherencia terapéutica	II, III
16	Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)	Aplicación de normas de prevención y control	Prevención de IAAS en PAM hospitalizado o domiciliario	II, III
17	Seguridad de la persona usuaria	Existencia de políticas y prácticas de seguridad	Prevención de caídas, eventos adversos, errores evitables	I, II, III
19	Reporte de incidentes y/o accidentes	Registro y análisis de eventos adversos	Cultura de seguridad en PAM	I, II, III
20	Continuidad de la prestación de servicios	Uso efectivo de referencia,	Transiciones seguras del cuidado PAM	I, II, III

N.º de Estándar	Nombre del Estándar	Indicador aplicable	Relación con el Protocolo PAM	Nivel de Atención
		contrarreferencia y alta programada		
21	Humanización del cuidado	Evidencia de trato digno, privacidad y confort	Atención centrada en la persona adulta mayor	I, II, III
22	Gestión del Cuidado de Enfermería	Evidencia de planificación, coordinación y evaluación del cuidado	Eje central del Protocolo PAM	I, II, III


Fuente: Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería (CCSS, 2019) ¹⁶⁶

Referencias


- MIDEPLAN. Costa Rica: *prospectiva en el cambio demográfico al 2045*. San José (CR): Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; 2016.
- Chaverri-Carvajal A, et al. *Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para su desarrollo*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45: e140.
- Maleš P. *Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica*. San José (CR): IMAS; 2020.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N.º 7935*. La Gaceta. 1999 nov 15;(221).
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. *Política nacional de envejecimiento y vejez 2023–2033. San José (CR)*: Gobierno de Costa Rica; 2014. Decreto Ejecutivo N.º 44257-MP-S-MTSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Política institucional para la atención integral a la persona adulta mayor 2025–2035*. San José (CR): CCSS; 2025.
- Dunn T, Bliss J, Ryrie I. *The impact of community nurse-led interventions on the need for hospital use among older adults: an integrative review*. Int J Older People Nurs. 2021;16(2): e12361.
- Kasa AS, Drury P. *The effectiveness of nurse-led interventions to manage frailty in community-dwelling older people: a systematic review*. Syst Rev. 2023; 12:182.
- Cassarino M, Robinson K, Trepel D, O’Shaughnessy Í, Smalle E, White S, et al. *Interdisciplinary approaches in emergency departments to improve patient outcomes for older adults: a systematic review*. Int J Nurs Stud. 2021; 122:104028.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los servicios de salud*. San José (CR): Presidencia Ejecutiva, Comisión de Salud, CCSS; 2019.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 112 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


11. Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. 1st ed. New York: Macmillan; 1966.
12. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
13. Butcher RCGS, Guandalini LS, Barros ALBL, Damiani BB, Jones DA. **Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool – Modified Brazilian Version**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2024;32: e41119. doi:10.1590/1518-8345.6755.4119.
14. Izquierdo M. *Prescripción de ejercicio físico: el programa Vivifrail como modelo*. Nutr Hosp. 2019;36 Suppl 2:50–56.
15. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual metodológico para la construcción de un protocolo de atención clínica*. San José (CR): CCSS; 2021.
16. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José (CR): Costa Rica; 1943.
17. Organización de los Estados Americanos. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 1948.
18. Asamblea Nacional Constituyente de Costa Rica. *Constitución Política de la República de Costa Rica*. San José (CR): Costa Rica; 1949.
19. Organización de los Estados Americanos. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. 1969.
20. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley General de Salud*. San José (CR): Costa Rica; 1973.
21. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley General de Administración Pública*. San José (CR): Costa Rica; 1978.
22. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Estatuto de Servicios de Enfermería*. San José (CR): Costa Rica; 1987.
23. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. San José (CR): Costa Rica; 1996.
24. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley contra la violencia doméstica*. San José (CR): Costa Rica; 1996.
25. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley General sobre el VIH-SIDA*. San José (CR): Costa Rica; 1998.
26. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley General de Vacunación*. San José (CR): Costa Rica; 2001.
27. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos*. San José (CR): Costa Rica; 2001.
28. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*. San José (CR): Costa Rica; 2002.
29. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley General de Control Interno*. San José (CR): Costa Rica; 2002.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 113 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


30. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: UNESCO; 2005.
31. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. **Ley para promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad N.º 9379**. San José (CR): Costa Rica; 2016.
32. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. **Ley 9394, Ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**. San José (CR): Costa Rica; 2016.
33. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. **Ley N.º 10177 modificación de la Ley 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor**. San José (CR): Costa Rica; 2022.
34. Costa Rica. Ley N.º 10231, **Ley de voluntades anticipadas. Diario Oficial La Gaceta N 182**. 2022 sep 29. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/09/29/ALCA200_29_09_2022.pdf
35. Poder Ejecutivo de Costa Rica. **Reglamento general de hospitales nacionales**. San José (CR): Costa Rica; 1971.
36. Poder Ejecutivo de Costa Rica. **Reglamento general del Sistema Nacional de Salud**. San José (CR): Costa Rica; 1989.
37. Caja Costarricense de Seguro Social. **Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS**. San José (CR): CCSS; 1996.
38. Caja Costarricense de Seguro Social. **Código de ética del servidor del Seguro Social**. San José (CR): CCSS; 1999.
39. Caja Costarricense de Seguro Social. **Reglamento del expediente de salud de la CCSS**. San José (CR): CCSS; 1999.
40. Poder Ejecutivo de Costa Rica. **Reglamento sobre la gestión de los desechos infectocontagiosos**. San José (CR): Costa Rica; 2002.
41. Caja Costarricense de Seguro Social. **Reglamento para la aplicación de procedimientos de restricción de movimientos**. San José (CR): CCSS; 2004.
42. Poder Ejecutivo de Costa Rica. **Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias**. San José (CR): Costa Rica; 2005.
43. Caja Costarricense de Seguro Social. **Reglamento del consentimiento informado en la práctica clínica asistencial**. San José (CR): CCSS; 2012.
44. Caja Costarricense de Seguro Social. **Reglamento del expediente digital único en salud**. San José (CR): CCSS; 2018.
45. Caja Costarricense de Seguro Social. **Plan estratégico institucional Caja Costarricense de Seguro Social 2023–2033**. San José (CR): CCSS; 2023.
46. Caja Costarricense de Seguro Social. **Manual de procedimientos de enfermería**. San José (CR): CCSS; 2014.
47. Caja Costarricense de Seguro Social. **Manual de normas, técnicas y procedimientos de la Central de Esterilización**. San José (CR): CCSS; 2018.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 114 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


48. Caja Costarricense de Seguro Social. *Normas institucionales para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias*. San José (CR): CCSS; 2002.
49. Caja Costarricense de Seguro Social. *Catálogo de definiciones de actividades de atención en consulta externa*. San José (CR): CCSS; 2012.
50. Caja Costarricense de Seguro Social. *Guía para la gestión de los servicios de consulta externa*. San José (CR): CCSS; 2013.
51. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamientos sobre abreviaturas, símbolos y siglas técnicas en enfermería*. San José (CR): CCSS; 2017.
52. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos de limpieza y desinfección*. San José (CR): CCSS; 2019.
53. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual para la gestión de áreas de aislamiento*. San José (CR): CCSS; 2020.
54. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos generales en enfermería*. San José (CR): CCSS; 2021.
55. Caja Costarricense de Seguro Social. *Instrucción de trabajo sobre bioética y derechos humanos en protocolos*. San José (CR): CCSS; 2021.
56. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Instrucción de trabajo: egreso de personas adultas mayores atendidas en los servicios de emergencias de áreas de salud y hospitales*. Código IT.GM.DDSS.08072021. San José (CR): CCSS; 2021.
57. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lista oficial de medicamentos*. Versión electrónica. San José (CR): CCSS; 2022.
58. Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Salud Atención Integral. *Manual de gestión: atención de la persona, familia y comunidad por el profesional de enfermería y el Asistente Técnico de Atención Primaria*. San José (CR): CCSS; 2023. Código MG-GM-DDSS-ARSdT-ENF-080323.
59. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Lineamiento técnico: acompañamiento a las personas usuarias en los establecimientos de salud de la CCSS*. Código LT.GM.DDSS.AAIP.PNAPAM-ARSdT.CNE.27062024. San José (CR): CCSS; 2024.
60. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamiento detección y abordaje de la persona adulta mayor con factores de riesgo social en los servicios de hospitalización y emergencias de los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Código LT.GM.DDSS.AAIP.PNAPAM-ARSdT.CNTS.10062025. San José (CR): CCSS; 2025.
61. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
62. Boss L, Kang DH, Branson S. *Loneliness, and cognitive function in the older adult: a systematic review*. Int Psychogeriatr. 2015;27(4):541–553. doi:10.1017/S1041610214002749.
63. Colón-Emeric CS, McDermott CL, Lee DS, Berry SD. *Evaluación de riesgos y prevención de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad: una revisión*. JAMA. 2024;331(16):1397–1406. doi:10.1001/jama.2024.1416.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 115 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


64. Eost-Telling C, Shenkin D, Vardy ERLC. *The association between delirium and falls in older adults in the community: a systematic review and meta-analysis*. Age Ageing. 2024;53(12):afae270. doi:10.1093/ageing/afae270.
65. Livingston G, et al. *Hearing loss and dementia – new evidence from the ACHIEVE trial*. Lancet. 2023;402(10397):123–125. (datos de volumen/páginas ajustables según versión final si lo deseas)
66. Correia C, López KJ, Wroblewski KE, Huisingh-Scheetz M, Kern DW, Chen RC, et al. *Deterioro sensorial global en adultos mayores en los Estados Unidos*. J Am Geriatr Soc. 2016;64(2):306–313. doi:10.1111/jgs.13955.
67. Garnier-Crussard A, Grangé C, Dorey JM, Chapelet G. *Diagnostic et prise en soins du syndrome confusionnel aigu chez la personne âgée*. Rev Med Interne. 2025;46(5):265–275. doi:10.1016/j.revmed.2024.11.005.
68. Beck AM, Seemer J, Knudsen AW, Munk T. *Narrative review of low-intake dehydration in older adults*. Nutrients. 2021;13(9):3142. doi:10.3390/nu13093142.
69. Saviano A, Zanza C, Longhitano Y, Ojetti V, Franceschi F, Bellou A, et al. *Current trends for delirium screening within the emergency department*. Medicina [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 27];59(9):1634. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina59091634>
70. Røsvik J, Rokstad AMM. *What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature*. BMC Health Serv Res. 2020; 20:723. doi:10.1186/s12913-020-05618-3.
71. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. *Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: SEGG; 2006. Cap. IV.
72. Tavares JPA, Nunes LANV, Grácio JCG. *Hospitalized older adults: predictors of functional decline*. Rev Lat Am Enfermagem. 2021;29: e3399. doi:10.1590/1518-8345.3612.3399.
73. González MJ, et al. *Disfagia y envejecimiento*. En: Rodríguez Acevedo MN, et al. *Disfagia orofaríngea: actualización y manejo en poblaciones específicas*. España: SGORL; 2018. p.181–186.
74. Venegas M, et al. *Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia*. Rev Med Clin Condes. 2020;31(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301117>
75. Gutiérrez-Vega M, et al. *Aspiration pneumonia in enteral feeding: risk and prevention*. Nutr Clin Pract. 2019;34(2):200–217.
76. Werner C, Bauknecht L, Heldmann P, et al. *Mobility outcomes and associated factors of acute geriatric care in hospitalized older patients: results from the PAGER study*. Eur Geriatr Med. 2024; 15:139–152. doi:10.1007/s41999-023-00869-9.
77. Yang RY, Yang AY, Chen YC, Lee SD, Lee SH, Chen JW. *Asociación entre disfagia y fragilidad en adultos mayores: una revisión sistemática y metanálisis*. Nutrients. 2022;14(9):1812. doi:10.3390/nu14091812.
78. Saconato M, Ferro CS, Dib R, et al. *Effectiveness of chin-tuck maneuver to facilitate swallowing in neurologic dysphagia*. Int Arch Otorhinolaryngol. 2016;20(1):13–22.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 116 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025


79. Ashraf MN, Gallant NL, Bradley C. *Digital health interventions in older adult populations living with chronic disease in high-income countries: protocol for a scoping review*. JMIR Res Protoc. 2024;13:e49130.
80. Mari A, Mahamid M, Amara H, Baker FA, Yaccob A. *Chronic constipation in the elderly patient: updates in evaluation and management*. Korean J Fam Med. 2020;41(3):139–145. doi:10.4082/kjfm.18.0182.
81. Kim DH, Rockwood K. *Frailty in older adults*. N Engl J Med. 2024;391(6):538–548. doi:10.1056/NEJMra2301292.
82. White N, Bazo-Alvarez JC, Koopmans M, West E, Sampson EL. *Understanding the association between pain and delirium in older hospital inpatients: systematic review and meta-analysis*. Age Ageing. 2024;53(4):afae073. doi:10.1093/ageing/afae073.
83. Sugathapala RDUP, Latimer S, Balasuriya A, Chaboyer W, Thalib L, Gillespie BM. *Prevalencia e incidencia de lesiones por presión entre personas mayores que viven en hogares de ancianos: una revisión sistemática y metaanálisis*. Int J Nurs Stud. 2023; 148:104605. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104605.
84. Porras Castro I. *Factores asociados con el riesgo nutricional y el estado de salud bucodental de las personas adultas mayores de centros diurnos de Tibás y Goicoechea, Costa Rica*. Odovtos. 2010;12.
85. Poudel P, Paudel G, Acharya R, et al. *Oral health and healthy ageing: a scoping review*. BMC Geriatr. 2024; 24:33.
86. Janto M, Iurcov R, Daina CM, Neculoiu DC, Venter AC, Badau D, et al. *Oral health among elderly, impact on life quality, access of elderly patients to oral health services and methods to improve oral health: a narrative review*. J Pers Med. 2022;12(3):372.
87. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores*. Gobierno de Ontario, Toronto, Canadá; 2002.
88. Werner C, Bauknecht L, Heldmann P, et al. *Resultados de movilidad y factores asociados de la atención geriátrica aguda en pacientes mayores hospitalizados: resultados del estudio PAGER*. Eur Geriatr Med. 2024; 15:139–152. doi:10.1007/s41999-023-00869-9.
89. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. *The relationship between frailty and polypharmacy in older people: a systematic review*. Br J Clin Pharmacol. 2018;84(7):1432–1444. doi:10.1111/bcp.13590.
90. Organización Panamericana de la Salud. *Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas*. 2.ª ed. Washington (DC): OPS; 2016. ISBN 978-92-75-31890-4.
91. Olde MG, Rigaud AS, Van Hoeyweghen RJ, de Graaf J. *Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics?* Neth J Med. 2003;61(3):83–87.
92. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual para la gestión de los equipos de atención geriátrica en la Red de Servicios de Salud*. Código MG.GM.DDSS. AAIP.30062023.V1. San José (CR): CCSS; 2023.
- 93ª. Monteiro AM, Borges MK. *Asociación de fragilidad con deterioro cognitivo y discapacidad funcional en adultos mayores con trastornos afectivos: un breve informe de investigación*. Front Psychiatry. 2023; 14:1181997. doi:10.3389/fpsy.2023.1181997.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 117 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

- 93^b. Chen K, Xing L, Xu B, Li Y, Liu T, Zhang T, et al. *Research progress in the risk factors and screening assessment of dysphagia in the elderly*. *Front Med (Lausanne)*. 2022; 9:1021763.
94. Organización Mundial de la Salud. *Mental health of older adults*. Ginebra: OMS; 2023.
95. Stewart NH, Arora VM. *Sleep in hospitalized older adults*. *Sleep Med Clin*. 2018;13(1):127–135. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.012.
96. Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios*. Ginebra: OMS; 2020.
97. Organización Mundial de la Salud. *Calor y salud. Hoja informativa*. Ginebra: OMS; 2024.
98. Mcilvoy L. *Tube feeding aspiration: what would you do in this situation? Am Nurse Today* [Internet]. 2019 Mar [cited 2025 Jul 31];14(3):36–38. Available from: <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2019/02/ant3-Rapid-Response-215.pdf>
99. Patel PK, Advani SD, Kofman AD, Lo E, Maragakis LL, Pegues DA, et al. *Estrategias para prevenir infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres en hospitales de cuidados intensivos: actualización de 2022*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2023;44(8):1209–1231. doi:10.1017/ice.2023.137.
100. Registered Nurses' Association of Ontario. *Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía*. 2.^a ed. Toronto (CA): RNAO; 2019.
101. Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención clínica del cuidado de enfermería dirigido a la persona con ostomía de eliminación en la CCSS*. 1.^a ed. San José (CR): CCSS; 2025. 127 p. ISBN: 978-9930-630-10-5.
102. Khatiban M, Tohidi S, Shahdoust M. *The effects of applying an assessment form based on the health functional patterns on nursing students' attitude and skills in developing the nursing process*. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(3):329–333. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.06.004.
103. Rodríguez Cruz O, Expósito Concepción MY. *La enfermera y los cuidados al final de la vida*. *Rev cubana Enferm*. 2018;34(4): e2328. Disponible en: <https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>
104. Chan HKI, Chan CPI. *Manejo del dolor crónico en personas mayores*. *Clin Med (Lond)*. 2022;22(4):292–294. doi:10.7861/clinmed.2022-0274.
105. Bigman G. *Alteraciones del olfato y el gusto relacionadas con la edad y asociaciones de vitamina D en la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de adultos de EE. UU*. *Nutrients*. 2020;12(4):984. doi:10.3390/nu12040984.
106. Fluitman KS, Hesp AC, Kaihatu RF, Nieuwdorp M, Keijser BJB, IJzerman RG, et al. *El mal gusto y el olfato se asocian con la falta de apetito, la ingesta de macronutrientes y la calidad de la dieta, pero no con la desnutrición en adultos mayores*. *J Nutr*. 2021;151(3):605–614. doi:10.1093/jn/nxaa400.
107. Alshammari L, O'Halloran P, McSorley O, Doherty J, Noble H. *Programas de educación para la salud para mejorar el conocimiento y el comportamiento del autocuidado de los pies entre personas mayores con enfermedad renal en etapa terminal que reciben hemodiálisis: una revisión sistemática*. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(6):1143. doi:10.3390/healthcare10061143.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 118 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

108. Chen S, Yang S, Wang S, Li H, Li R, Li H, et al. *Smoking cessation and mortality risk reduction in older adults with long-term smoking history*. BMC Public Health. 2024;24:2821. doi:10.1186/s12889-024-20270-w.
109. Boumans J, van de Mheen D, Crutzen R, Dupont H, Bovens R, Rozema A. *Comprender cómo y por qué las intervenciones sobre el alcohol previenen y reducen el consumo problemático de alcohol entre los adultos mayores: una revisión sistemática*. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3188. doi:10.3390/ijerph19063188.
110. Malik AO, Jones PG, Mena-Hurtado C, Burg MM, Shishehbor MH, Hejjaji V, et al. *Derivación y validación de un modelo predictivo de estrés crónico en pacientes con enfermedad cardiovascular*. PLoS One. 2022;17(10): e0275729. doi: 10.1371/journal.pone.0275729.
111. Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es el envejecimiento saludable? En: Década del envejecimiento saludable 2020–2030 – Informe de actualización 1*. Ginebra: OMS; 2019.
112. Barboza Leitón A, Marchena Villalobos S. *Manual de preparación para la jubilación en centros de trabajo públicos y privados de Costa Rica*. San José (CR): Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 2020.
113. Eid AMR, Ahmed HI, Hassan MM. *Activities of daily living and their effect on quality of life among older adults*. Egypt J Health Care. 2024;15(2):650–661.
114. Gould LJ, Alderden J, Aslam R, Barbul A, Bogie KM, El Masry M, et al. *WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers – 2023 update*. Wound Repair Regen. 2024;32(1):6–33. doi:10.1111/wrr.13130.
115. Apóstolo J, et al. *Reversing frailty levels in older people: a scoping review*. BMC Geriatr. 2017; 17:157.
116. Souza Júnior EV, Costa MMN, Gomes PSL, Souto RQ, Santos CS. *Association between sexuality and quality of life in older adults*. Rev Esc Enferm USP. 2021;55: e20210066.
117. Lee DM, et al. *Sexual health and wellbeing among older men and women*. Lancet. 2018;391(10120):1981–1982.
118. Silvestre J, et al. *Sexually transmitted infections in the elderly*. J Clin Med. 2021;10(5):1030.
119. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: atención diferenciada en el establecimiento de salud del primer nivel*. Código MP.GM.DDSS.150318. San José (CR): CCSS; 2018.
120. Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención clínica para la aplicación del énfasis a la persona adulta mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el primer nivel de atención* [Internet]. San José (CR): Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; 2021 [citado 2025 oct 27]. Código PAC-GM-DDSS-AAIP-PNAPAM-09022021. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr>
121. Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo para la prevención y abordaje de caídas en el primer nivel de atención*. San José (CR): CCSS; 2025.
122. Li J, Zhang D, Zhang Y, Li C, Fan X, Yu Q, et al. *Mejora de la calidad de enfermería de las intervenciones no farmacológicas para pacientes ancianos con estreñimiento en el hospital: un*

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 119 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

proyecto de implementación de mejores prácticas. JBI Evid Implement. 2025;23(4):453–461. doi:10.1097/XEB.0000000000000478.

123. Organización Mundial de la Salud. *Década del envejecimiento saludable 2020–2030*. Ginebra: OMS; 2021.

124. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamiento de supervisión de las actividades de vigilancia epidemiológica implementadas por el ATAP en los EFES en el primer nivel de atención*. Código L.GM.DDSS.ASRDT-ASCENF-SAVE-210425. San José (CR): CCSS; 2025.

125. Ministerio de Salud. *Norma nacional de vacunación* [Internet]. San José (CR): Ministerio de Salud; 2013 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

126. American College of Emergency Physicians, Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Nurses Association, American Geriatrics Society. *Geriatric emergency department guidelines*. Dallas (TX): ACEP; 2014.

127. Schumacher JG. *Geriatric emergency departments: emerging themes and directions*. Curr Geriatr Rep. 2024;13(1):34–42. doi:10.1007/s13670-024-00410-1.

128. Martín del Campo E. *Decenio del envejecimiento saludable 2020–2030: ante el reto de añadir vida a los años*. Econ Salud. 2021.

129. Palacios-Ceña D, Cachón-Pérez JM, Martínez-Piedrola R, Gueita-Rodríguez J, Perez-de-Heredia M, Fernández-de-las-Peñas C. *How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups*. BMJ Open [Internet]. 2016;6: e009678. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009678>

130. Booker SQ, Herr KA. *Assessment and measurement of pain in adults in later life*. Clin Geriatr Med. 2016;32(4):677–692. doi: 10.1016/j.cger.2016.06.012.

131. Sharma S, Dhar R. *Pharmacologic therapy for acute pain in older adults*. Drugs Aging. 2024;41(2):105–118. doi:10.1007/s40266-024-01151-8.


132. Cascella M, Bimonte S, Muzio MR, et al. *WHO analgesic ladder: still valid 24 years after?* J Pain Res. 2020; 13:1889–1896. doi:10.2147/JPR.S265166.

133. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Lineamiento técnico: atención a las personas adultas mayores en los servicios de emergencias en los establecimientos de salud*. Código LT.GM.DDSS.AAIP.PNAPAM.14072022. San José (CR): CCSS; 2022.


134. Wolf LA, Lo AX, Zavotsky KE. *Frailty assessment tools in the emergency department: a geriatric emergency department guidelines 2.0 scoping review*. JACEP Open. 2024;5(1): e12824. doi:10.1002/emp2.12824.

135. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: alta programada*. Código MP.GM.DDSS.24092017. San José (CR): CCSS; 2017.

136. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamiento para la implementación de los componentes disciplinares e interdisciplinarios de la oferta de servicios de salud mental en la CCSS, en los tres niveles de atención*. San José (CR): CCSS; 2018.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 120 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

137. American College of Surgeons. *Best practices guidelines: geriatric trauma management* [Internet]. Chicago (IL): ACS; 2023. Disponible en: <https://www.facs.org/media/ubj2ubl/best-practices-guidelines-geriatric-trauma.pdf>
138. Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención a las personas usuarias de los servicios de la CCSS 2024*. San José (CR): CCSS; 2024.
139. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: atención especializada a distancia*. Código MP.GM.DDSS.140318. San José (CR): CCSS; 2018.
140. Pillay J, Gaudet LA, Saba S, Vandermeer B, Ashiq AR, Wingert A, et al. *Falls prevention interventions for community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and patient values and preferences*. Syst Rev. 2024;13(1):289.
142. Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungrern T, Laosuankoon W, Tansangworn N. *Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors*. Arch Gerontol Geriatr. 2016; 62:97–102. doi: 10.1016/j.archger.2015.08.016.
143. Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O, Araya S. *Enfoque centrado en la persona y teoría del autocuidado en la atención geriátrica*. Av Enferm. 2023;41(1):98–107. doi: 10.15446/av.enferm.v41n1.107833.
144. Amorim RF, Unanue S, Duarte Bo-Bartolo J. *Interventions to promote older adult functionality in acute hospital settings: a systematic review*. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27(2): e240219. doi:10.1590/1981-22562024027e240219.
145. Sakashita C, Endo E, Ota E, Oku H. *Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: a systematic review and meta-analysis*. BMC Nurs. 2025;24(1):379.
146. Caicedo-Pareja M, Espinosa D, Jaramillo-Losada J, Ordoñez-Mora LT. *Physical exercise intervention characteristics and outcomes in frail and pre-frail older adults: a scoping review*. Geriatrics (Basel). 2024;9(6):163.
147. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: hospital de día polivalente en un hospital general*. Código MP.GM.DDSS.190318. San José (CR): CCSS; 2018.
148. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: atención y hospitalización en el domicilio*. Código MP.GM.DDSS.160318. San José (CR): CCSS; 2018.
149. Brown L, Forster A, Young J, Crocker T, Benham A, Langhorne P, et al. *Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care*. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD001730.
150. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de procedimientos: atención domiciliar y hospitalización domiciliar*. Código MP.GM.DDSS.160318. San José (CR): CCSS; 2018.
151. Chen J, Liu H, Zhao H, Yao J, Lu Y. *The effects of Vivifrail-based multicomponent training on physical and cognitive function in frail older adults: a systematic review and meta-analysis*. Front Physiol. 2025; 16:1646833. doi:10.3389/fphys.2025.1646833.
152. Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS). *Lineamiento bioético para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la CCSS* [Internet]. San José (CR): CCSS; 2022 [citado 2025-12-05]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11764/4849>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 121 de 121
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.ASRDT.CNE.08122025

153. Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS). *Instructivo bioético para el manejo de imágenes clínicas y sus datos asociados, en la CCSS*. Versión 01 [Internet]. San José (CR): CCSS; 2024-04-17 [citado 2025-12-05]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp-content/uploads/2024/04/Instructivo-Bioetico-para-el-manejo-de-imagenes-clinicas-y-sus-datos-asociados-en-la-CCSS.pdf>
154. Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS). *Manual sobre la comunicación de noticias difíciles en la atención clínica: consideraciones bioéticas (GM-CENDEISS-AB-MA-002)* [Internet]. San José (CR): CCSS; 2024-04-17 [citado 2025-12-05]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp-content/uploads/2024/04/Manual-sobre-la-comunicacion-de-noticias-dificiles-en-la-atencion-clinica-Consideraciones-Bioeticas.pdf>
155. Organización Mundial de la Salud, *La influencia de los entornos en el envejecimiento saludable. El desarrollo de la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores* ISBN: 978-92-75-32701-2 (PDF)
156. González G, Gutiérrez E, Arnaudo MF. *Salud y vulnerabilidad en el adulto mayor: aproximaciones conceptuales*. Documento de Trabajo RedNIE N.° 208 [Internet]. Argentina: Red Nacional de Investigadores en Economía (REDNIE); 2022 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://rednie.eco.unc.edu.ar/files/DT/208.pdf>
157. Tronto JC. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.
158. Organización Mundial de la Salud. *Global strategy and action plan on ageing and health* [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-17.1>
159. Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. *Ética del cuidado y envejecimiento: implicaciones para la práctica de enfermería centrada en la persona*. Av Enferm. 2021;39(3):410–418. doi: 10.15446/av.enferm.v39n3.90123
160. Monod S, Sautebin A. *Vulnerability in old age: conceptual and ethical perspectives*. J Med Ethics. 2020;46(10):639–644. doi:10.1136/medethics-2019-105896
161. Organización Mundial de la Salud. *Global report on ageism [Internet]*. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
162. Lagacé M, Firzly N, Lavallée M. *Ageism and infantilization of older adults in health care settings: a scoping review*. Gerontologist. 2023;63(2): e84–e97. doi:10.1093/geront/gnac091
163. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. *Elderspeak communication: impact on dementia care. Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2018;33(4):230–239.
164. Organización Panamericana de la Salud. *Ageism in health care: strategies to promote respectful and person-centered care* [Internet]. OPS; 2022 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.paho.org>
165. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamiento para la aplicación de las modalidades de atención telepresencial en la CCSS* [Internet]. San José (CR): CCSS; 2024 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr> (o repositorio institucional CENDEISS, según versión oficial)
166. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres niveles de atención*. Versión 02. San José: CCSS; 2019.