



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A:

TANIA DONAJI RODRÍGUEZ CHÁVEZ



**DIRECTOR DE TESINA:
MAESTRA. GLADIS PATRICIA ARISTIZABAL
HOYOS**

**LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA,
ESTADO DE MÉXICO., 2018**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Justificación	5
3. Objetivos	
3.1. General	7
3.2. Específicos	7
4. Contenido Temático	
4.1. Conceptos introductorios	8
4.1.1. Adulto mayor	8
4.1.2. Caídas	9
4.1.3. Síndrome de caídas	11
4.1.4. Síndrome postcaídas	11
4.2. Riesgos de caída relacionados con los cambios físicos del adulto mayor.	12
4.2.1. Factores intrínsecos	13
4.2.2. Factores extrínsecos	15
4.3. Proceso Atención de Enfermería	17
4.3.1. Valoración clínica	17
4.3.2. Escalas geriátricas	20
4.3.3. Diagnósticos (NANDA, NIC y NOC)	26
5. Conclusión	34
6. Sugerencias	36
7. Referencias bibliográficas	38

1. INTRODUCCIÓN

En México se ha ido observando un incremento de personas adultas mayores, además de presentar dificultades para realizar sus actividades cotidianas, haciéndolos propensos a sufrir algún daño de diferente índole, por lo que requieren de profesionales para atender las necesidades de manera individual y orientación sobre su salud.

El presente trabajo describe los riesgos que presentan los adultos mayores de 60 años al presentar caídas y los cambios anatómicos y fisiológicos más relevantes que potencializan dichos riesgos.

Las caídas específicamente en esta etapa de la vida ocasionan lesiones temporales y/o permanentes que comprometen la salud de los adultos mayores. Conocer los riesgos de caídas y desplegar estrategias de cuidado a los más vulnerables puede contribuir a una prevención eficaz y a tratamientos oportunos.

Por lo tanto, el objetivo de la siguiente tesina fue plantear estrategias de prevención de caídas orientadas a las personas mayores de 60 años en vulnerabilidad.

El trabajo está dividido en 3 capítulos descritos a continuación:

Primero se describirá la forma en que la sociedad ha definido al adulto mayor, además de explicar cómo las caídas han ido afectando a las personas mayores convirtiéndose en síndromes que modifican los estilos de vida.

Para el segundo capítulo se ha hecho una clasificación sobre factores de riesgo de caídas relacionados con los cambios físicos del adulto mayor. Entre los que destacan los cambios anatómicos propios de la vejez y el medio ambiente.

También se elaboró un Proceso Atención de Enfermería en el tercer capítulo utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC con etiquetas diagnósticas de

riesgo, mostrando como es el procedimiento que se sugiere realizar ante una situación de riesgo de caídas dependiendo de cada persona adulta mayor, además de las escalas geriátricas que valoran el equilibrio y la marcha para poder realizar las intervenciones adecuadas que generen bienestar y comodidad en los diferentes entornos donde las personas adultas mayores desarrollan sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Además se sugieren diversas intervenciones basadas en la prevención de caídas a partir de los 60 años en adelante de acuerdo a las posibilidades económicas, sociales, culturales y condición física de la persona, evitando daños a su persona, gastos innecesarios, hospitalizaciones y fallecimientos.

2. JUSTIFICACIÓN

En el 2017 la OMS reportó que en el mundo las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Anualmente 646,000 personas fallecen a causa de caídas y más del 80% de las defunciones son en países de bajos y medianos ingresos. Por otro lado, 37.3 millones de caídas al año necesitan atención médica y la población más afectada es la de adultos mayores. (2)

Porcentualmente entre el 2015 y 2050 los habitantes del mundo mayores de 60 años casi se duplicarán del 12 al 22%. (1)

En 2020 habrá más personas de 60 años que niños menores de 5 años y para el 2050 se prevé que la población mundial de 60 años o más, llegue a los 2000 millones, un incremento de 900 millones más que en el 2015. (1)

Económicamente el costo medio para el sistema sanitario de algunos países a causa de las lesiones por caídas en mayores de 65 años es de US\$ 3611 en Finlandia y US\$ 1049 en Australia. (2)

En el 2012 en México se reportó que los hogares con personas adultas mayores consumían 50% más en recursos de salud que el promedio, además de tener el doble de probabilidad de ser hospitalizadas con relación a la población joven. (3)

Las proyecciones que se tienen para el aumento de la población mayor de 60 años son a veinte y treinta años, por lo tanto es necesario pensar en estrategias que permitan afrontar los cambios que este aumento puede generar en sectores como el económico, el laboral, el de salud y el educativo.

Para el sector salud específicamente los cambios están relacionados con el aumento de enfermedades cronicodegenerativas y algunas complicaciones físicas derivadas de cambios fisiológicos en la población adulta mayor. Entre

las últimas se encuentran las caídas, las cuales son prevenibles con cuidados adecuados que responsabilicen a la población en riesgo.

El personal de salud ofrece atención a esta población orientada hacia la prevención de riesgos, tratamiento de enfermedades y la rehabilitación. Los cuidados orientados a la prevención de caídas frecuentemente son ofrecidos por personal de enfermería el cual está en constante compañía del paciente y logra identificar tempranamente los riesgos y complicaciones.

Lo anterior indica la importancia de crear estrategias que favorezcan la prevención de enfermedades y accidentes además del deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores, a través de la investigación, los avances tecnológicos, participación ciudadana, familiar entre otros.

Considerando los riesgos de esta población, es importante tener conocimientos del manejo y atención del adulto mayor, identificando correctamente aquellos factores que alteran o perjudican su salud, ya que esta población es vulnerable a sufrir caídas por lo que la prevención de las mismas es indispensable para su cuidado.

El Instituto Nacional de Geriátría en el 2012 informó que: “en México existían 450 geriatras certificados, lo que equivale a un geriatra por cada 22,345 personas adultas mayores, o a un geriatra por cada 10,270 personas de 70 años y más, edades en las que pudieran ser más susceptibles de requerir esta atención especializada”. Por otro lado, anualmente se forman 20 geriatras, sin embargo según cálculos del mismo instituto, entre 2014 y 2020 sería necesario formar a 2,000 geriatras, por lo que al año deberían egresar a 200 de ellos (Gutiérrez y Lezama, 2013). (3)

La demanda de atención en salud requiere de cuidados y tratamientos específicos que en la mayoría de los casos son proporcionados por enfermería, ya sean en el hogar o en hospitales, teniendo mayores oportunidades de trabajo y fortaleciendo el primer nivel de atención desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Plantear estrategias de prevención de caídas orientadas a la población mayor de 60 años en vulnerabilidad.

3.2. ESPECÍFICOS

- Definir y clasificar la etapa de adultez según reporte de la literatura.
- Determinar la valoración clínica adecuada del adulto mayor que vaya orientada a la población mayor de 60 años que ha sufrido caídas o esté en riesgo de sufrirlas.
- Identificar los factores de riesgo de caídas en la población mayor de 60 años.
- Diseñar un plan de atención de enfermería para población mayor de 60 años orientada a la prevención de caídas.

4. CONTENIDO TEMÁTICO

4.1. CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

Para comprender mejor los términos utilizados en el presente trabajo, a continuación se realizan definiciones preliminares.

4.1.1. ADULTO MAYOR

Existen diferentes definiciones de adulto mayor, estas están relacionadas con el contexto social y cultural en el que se vive, se relacionan además con la apariencia, la edad, los procesos fisiológicos y biológicos, de esta manera se delimitan a una población específica. Algunas definiciones se presentan a continuación:

La ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece que las personas adultas mayores son:

“Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”. (5)

El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México hace mención que la edad de 60 años es considerada para establecer que una persona ya es adulta mayor pero si están en países desarrollados la vejez empezará a partir de los 65 años de edad. (7,15)

En la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 sobre la Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, se encuentra la siguiente clasificación de adulto:

Es nombrada persona adulta a partir de los 18 años y hasta los 59 años con 11 meses de edad y se denomina adulta mayor a la persona que tiene 60 años o más. (14,16,17)

Subjetivamente nuestra sociedad muchas veces se basa en la apariencia de las personas para decir que ya son adultas mayores porque el cabello tiene

una coloración blanquecina, en el rostro se pueden observar arrugas pronunciadas, la postura tiene una cierta inclinación, el caminar ya no es rápido y constante, utilizan artefactos para poder caminar, son acompañados por algún familiar o personas que están a su cargo, sus actividades las realizan con limitantes y ayuda del cuidador, sin tomar en cuenta los lineamientos o rangos de edad para decir que un adulto mayor es considerado a partir de los 60 años. (4,6)

Es así como las clasificaciones coinciden en que una persona se considera adulto mayor, a partir de los 60 años.

4.1.2. CAÍDAS

Las distintas organizaciones gubernamentales e instituciones del sector salud encargadas de la morbilidad y mortalidad en México, además de las problemáticas generales de salud, definen las caídas de la siguiente manera:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que son:

“Acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. (2)

En la Guía de Práctica Clínica de Valoración Geronto – Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio establece que:

“Es un evento por el cual un individuo se precipita al piso con o sin pérdida del estado de alerta. Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo contra su voluntad”. (4)

Por lo tanto, una caída puede ser todo acto o suceso que genere el contacto no deseado con el suelo u objeto puesto en su camino, y por el tiempo transcurrido en el piso se pueden ocasionar otras consecuencias secundarias, que pongan en riesgo a una persona. (8,9)

Otro aspecto importante a considerar, es la clasificación de las caídas de acuerdo con la altura y el lugar.

Dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE - 10) se encuentran diferentes tipos de caídas agrupadas en el código W00 – W19 que integra caídas relativas al mismo nivel, de un nivel a otro y no específicas. (11)

El cuadro de codificación de las caídas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE - 10) se muestra a continuación.

CUADRO 1. Codificación de caídas

Causa externa	Código CIE – 10
Caída en el mismo nivel por hielo o nieve	W00
Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe	W01
Caída por patines para hielo, esquís, patines de ruedas o patineta	W02
Otras caídas en el mismo nivel por colisión con o por empujón de otra persona	W03
Caída al ser trasladado o sostenido por otras personas	W04
Caída que implica silla de ruedas	W05
Caída que implica cama	W06
Caída que implica silla	W07
Caída que implica otro mueble	W08
Caída que implica equipos para juegos infantiles	W09
Caída en o desde escalera o escalones	W10
Caída en o desde escaleras manuales	W11
Caída en o desde andamio	W12
Caída desde, fuera o a través de un edificio u otra construcción	W13
Caída desde un árbol	W14
Caída desde peñasco	W15
Salto o zambullida dentro del agua que causa otro traumatismo sin sumersión o ahogamiento	W16
Otras caídas de un nivel a otro	W17
Otras caídas en el mismo nivel	W18
Caída no específica	W19

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 2008. Modelo para la Prevención de Lesiones por Caídas en Personas Adultas Mayores en México. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, Distrito Federal. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2t8Aoo6>

Para los códigos descritos anteriormente de la CIE – 10, el cuarto dígito corresponde al lugar donde ocurre la lesión y podemos encontrar:

- 0: Vivienda
- 1: Institución residencial
- 2: Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- 3: Áreas de deporte y atletismo
- 4: Calles y carreteras
- 5: Comercio y área de servicios
- 6: Área industrial y de la construcción
- 7: Granja
- 8: Otro lugar especificado
- 9: Lugar no especificado

Dicha clasificación permite identificar la causa probable de la caída y el sitio correcto, para prevenir e intervenir de manera oportuna. (11)

4.1.3. SÍNDROME DE CAÍDAS

Durante la etapa de envejecimiento el estado de salud de los adultos mayores se ve afectado por síndromes geriátricos, según la OMS estos incluyen: "fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión". (1)

El síndrome de caídas en específico, afecta la calidad de vida de las personas adultas mayores y del cuidador primario cuando en un año refiere haber sufrido más de una caída. (18)

4.1.4. SÍNDROME POSTCAÍDAS

Se calcula que el 50% de los adultos mayores que han sufrido una caída o más, presentan síndrome de postcaída. (18)

Existe relación entre la caída, la ansiedad y la depresión. La unión de estos síntomas se denomina síndrome postcaída y es definido como: ansiedad relacionada con la bipedestación. Se reporta mayor frecuencia de este síndrome en mujeres. (10)

Se caracteriza por la falta de autoconfianza, miedo por caer nuevamente con restricción para caminar, ya sea solo o acompañado, aislamiento y en algunos casos, depresión. (10,18)

También es referido como “la pérdida de la independencia o de la confianza para hacer actividades que solían hacerse e incluso pueden crear miedo para retomar la actividad física”; porque no quieren caerse y dedicar tiempo a una recuperación en casa u hospitales, por lo que optan por una vida sedentaria libre de riesgos de caídas. (11)

4.2. RIESGOS DE CAÍDA RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS FÍSICOS DEL ADULTO MAYOR

Las causas que pueden propiciar una caída son diversas, están relacionadas con la persona y con el entorno donde se desempeña diariamente. (2)

- La edad es el factor principal, y el riesgo crece al aumentar los años de vida.
- El sexo también es un factor determinante porque los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, y las mujeres caídas no mortales en relación con el trabajo que desempeñen, siendo muchos de ellos trabajos de altura.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Falta de recursos económicos y de seguridad en el entorno.
- Hacinamiento en el hogar.

Cuando un adulto mayor sufre caídas constantemente, es posible que padezca fragilidad o alguna discapacidad. Entre las causas más comunes de caída entre esta población, está la debilidad muscular, disminución de la visión, uso inadecuado de bastones y andaderas, así como el consumo de medicamentos que pueden alterar el estado de conciencia o la capacidad de reacción. (13)

El siguiente cuadro muestra algunos de los grupos de medicamentos asociados con el riesgo de caídas debido a sus efectos. (2,8)

CUADRO 2. Medicamentos asociados con caídas

Medicamentos asociados con caídas	
Psicofármacos	<ul style="list-style-type: none">-Hipnóticos-Antidepresivos: Hipotensión postural-Levodopa: Hipotensión-Neurolépticos-Alcohol: intoxicación-Sedantes: sedación excesiva, decremento en la atención-Anticolinérgicos: hipotensión-Anfetaminas: taquiarritmias-Antihistamínicos-Inductores de sueño-Relajantes musculares
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none">-Hipotensores-Vasodilatadores-Diuréticos: hipovolemia-Antihipertensivos: hipotensión-B bloqueadores: bradicardia-Nitritos: hipotensión
Otros	<ul style="list-style-type: none">-Hipoglucemiantes: hipoglucemia aguda-Tiroxina: taquiarritmias-Antiinflamatorios no esteroideos: inestabilidad y confusión-Medicamentos para el Parkinson: hipotensión ortostática-Corticoesteroides: inestabilidad-Colchicina: inestabilidad-Altas dosis de estatinas + fibratos: inestabilidad

FUENTE: Cuadro 59-3., página 252. Se realizaron modificaciones para una mejor visualización. Gutiérrez RL, García PM, Arango LV, Pérez ZM. Geriatria para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012.

Los factores de riesgo para presentar caídas pueden ser divididos en factores intrínsecos (determinados por los cambios fisiológicos) y extrínsecos (relacionados con el ambiente). (10)

4.2.1. FACTORES INTRÍNSECOS

Los factores intrínsecos están relacionados con los cambios anatómicos y fisiológicos ocurridos durante el envejecimiento. (9)

A continuación se describen algunos cambios y modificaciones en la estructura de algunos órganos y sistemas que pueden aumentar el riesgo de caídas en esta población.

Estructuralmente hay disminución del peso cerebral, de neuronas y neurotransmisores sin estar relacionadas con el área clínica, pero sí hay afectación de los lóbulos frontal, temporal e hipocampo. (19)

Los ojos sufren deterioro ocular a medida que aumenta la edad.

CUADRO 3. Cambios que presentan los ojos del adulto mayor

CAMBIOS QUE PRESENTAN LOS OJOS DEL ADULTO MAYOR	
Pestañas	Disminución en cantidad y longitud: conjuntivitis infecciosa.
Parpados	Pérdida parcial de elasticidad. Atrofia cutánea: oclusión. Disminución de grasa periorbital. Glándula lagrimal atrofiada.
Esclerótica	Placas hialinas. Disminución celular en endotelio corneal: depósitos lipídicos.
Iris	Lasitud muscular. Aumento de pigmentación.
Vítreo	Despolimerización del ácido hialurónico: cuerpos flotantes.
Cristalino	Pérdida de elasticidad: presbiopía.
Retina	Cambios capilares de la coroides. Aumento de pigmentación.

FUENTE: Alteraciones oculares causadas por el envejecimiento, página 18. d'Hyver C., Gutiérrez RL, editores. Geriátría. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2006.

El oído cumple la función de audición y de mantener el equilibrio. Con el envejecimiento se deteriora el pabellón auricular, (el movimiento ciliar disminuye, la piel se deshidrata, el cerumen se vuelve más espeso y la agudeza de la audición disminuye) así mismo el equilibrio se ve comprometido. (9)

El sistema Musculo-esquelético se ve alterado por pérdida de masa muscular, disminución de la velocidad de contracción y fuerza, por declive en las fibras musculares tipo II. Estos cambios se pueden ver influenciados por los estilos de

vida como la alimentación y el ejercicio, además de los antecedentes patológicos de la persona. (9)

Otros cambios musculares son:

- Disminución del tamaño y número de células.
- Desorganización miofibrilar.
- Disminución del número de sarcómeros.
- Atrofia que se manifiesta primero en las fibras tipo II (rápidas).
- Disminución del área de las fibras tipo II.
- Diferencias degenerativas entre los distintos grupos musculares en función de la actividad.
- Disminución de la fuerza muscular (en los sedentarios puede llegar hasta un 40%).
- Disminución del número de unidades motoras (la denervación funcional de la fibra tipo II, puede ser revertida por una reinervación de fibras tipo I - lentas).
- Afectaciones de la bomba de Na – K.
- Afectaciones de la conductividad.
- Disminución de la velocidad de contracción.
- Disminución de la capacidad oxidativa por gramo de músculo.
- Cambios estructurales mitocondriales.
- Cambios en la distribución de las mitocondrias.
- Desordenamiento mitocondrial, subsarcolémico e intramiofibrilar.

Los cambios señalados, disminuyen la capacidad de reacción y de respuesta ante una situación de riesgo. (9)

4.2.2. FACTORES EXTRÍNSECOS

Estos factores engloban aspectos de la vida diaria y su medio ambiente como se muestra a continuación: (8)

CUADRO 4. Factores de riesgo extrínsecos para caídas

Factores de riesgo extrínsecos para caídas	
Vivienda	-Suelos irregulares, deslizantes o con desniveles

	<ul style="list-style-type: none"> -Mobiliario inadecuado -Iluminación deficiente o luces muy brillantes -Escaleras en mal estado, sin barandales, escalones grandes -Estantes elevados -Presencia en el suelo de cables u obstáculos (alfombras) -Camas altas o estrechas -Interruptores de difícil acceso -Ausencia de barras en duchas o aseos
Calle	<ul style="list-style-type: none"> -Aceras estrechas, pisos irregulares, obstáculos -Iluminación deficiente -Semáforos de corta duración -Charcos -Calles muy transitadas -Rampas inadecuadas
Medios de transporte	<ul style="list-style-type: none"> -Movimientos bruscos del vehículo -Tiempos cortos para entrar y salir del vehículo o transporte público -Escalones o escalerillas inapropiadas
Ropa	<ul style="list-style-type: none"> -Larga o amplia -Calzado inapropiado (suela deslizante, zapato grande, tacón alto, zapato gastado)

FUENTE: Cuadro 59-4., página 252. Se realizaron modificaciones para una mejor visualización. Gutiérrez RL, García PM, Arango LV, Pérez ZM. Geriatria para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012.

Lo anterior repercute en mayores consecuencias que incluyen la mortalidad, morbilidad, discapacidad, recursos sociosanitarios, aumento de estancia en hospitales, manifestándose como un marcador la fragilidad del adulto mayor.

(12)

Otros aspectos consecuentes que se deben tomar en cuenta son:

CUADRO 5. Consecuencias por caídas

Consecuencias	
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> Aumento en la mortalidad Afectación funcional Úlceras por presión
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> Inmovilidad como aspecto secundario al Síndrome postcaída Actitud sobreprotectora por parte de la familia
Socio – económicas	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de un cuidador Cambios de estilo de vida social Institucionalización en residencias

FUENTE: Clasificación de las consecuencias por una caída, página 72 y 73. Hortonedá BE. Síndromes geriátricos. Madrid: SEMER; 2006.

4.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) se lleva a cabo con el fin de proporcionar cuidados de enfermería de manera oportuna, específica e individualizada, siendo así un método sistemático, el cual consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Permitiendo que las personas en la adultez tengan atención adecuada buscando pronta recuperación y una mejor calidad de vida. (20,21)

4.3.1. VALORACIÓN CLÍNICA

Como primer paso para la elaboración del PAE está la valoración geriátrica integral, donde es posible contar con un instrumento que evalúe aspectos biopsicosociales y funcionales con el fin de priorizar la problemática y las necesidades de cada persona, estableciendo así un plan de cuidados que incluya intervenciones proporcionadas por el equipo interdisciplinario enfocados en la prevención de caídas. (4)

El expediente clínico es de gran ayuda cuando se tiene acceso a éste, porque contiene información personal y del estado de salud de cada persona, en éste se encuentran los siguientes datos.

- Datos sociodemográficos
- Exploración física
- Antecedentes personales y familiares
- Exámenes diagnósticos
- Diagnósticos previos
- Tratamientos actuales

Otros datos que proporciona la historia clínica son las notas medicas o de urgencia, notas de evaluación, de traslado, interconsultas, nota pre-operatoria, pre-anestésica, post-operatoria, post-anestésica, nota de egreso, hoja de enfermería, de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, registro de transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, trabajo social, cartas

de consentimiento informado, hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al ministerio publico y análisis clínicos. (22)

En caso de no contar con el expediente se puede obtener la información requerida por medio de otro instrumento, como la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson (ver cuadro 6) que se acopla mejor al estudio del adulto mayor por proporcionar datos personales, datos médicos, nombres del equipo interdisciplinario que lo atiende y datos de su cuidador. (23)

CUADRO 6. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

VALORACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON		
#	Necesidades básicas	Evalúa
1	Respirar normalmente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia respiratoria. ▪ Coloración de tegumentos. ▪ Presencia y capacidad para toser y expulsar secreción. ▪ Problemas respiratorios.
2	Comer y beber adecuadamente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatometría ▪ Costumbres alimentarias. ▪ Tipo de dieta. ▪ Dentición ▪ Control de líquidos. ▪ Glucosa ▪ Problemas de ingestión de alimentos.
3	Eliminar por todas las vías corporales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación vesical. ▪ Eliminación gastrointestinal. ▪ Equilibrio de líquidos.
4	Moverse y mantener posturas adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineación corporal. ▪ Movimiento corporal. ▪ Examen neurológico. ▪ Actividad física.
5	Dormir y descansar.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos de sueño. ▪ Alteración del patrón de sueño. ▪ Condiciones del entorno. ▪ Signos físicos. ▪ Sedación
6	Usar ropa adecuada, vestirse y desvestirse.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos y costumbres. ▪ Facilidad o dificultades para arreglarse.
7	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperatura corporal. ▪ Cambios de temperatura. ▪ Coloración de tegumentos. ▪ Adaptación a las condiciones

		ambientales.
8	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prácticas higiénicas. ▪ Cuida su autoimagen. ▪ Condiciones de la dentición.
9	Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas de salud. ▪ Estado de conciencia. ▪ Cartilla de vacunación completa. ▪ Cambios en su vida. ▪ Valoración del riesgo de caídas.
10	Comunicarse con los demás expresando emociones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficits sensoriales. ▪ Personalidad ▪ Lenguaje corporal. ▪ Núcleo de convivencia.
11	Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Religión y fe. ▪ Cultura ▪ Valores ▪ Creencia ▪ Ideología ▪ Estilo de vida. ▪ Actitud ante la muerte.
12	Ocuparse en algo para realizarse.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad física. ▪ Actividad y trabajo.
13	Participar en actividades recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos culturales. ▪ Estado del sistema neuromuscular. ▪ Condiciones del entorno.
14	Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interés ▪ Capacidad intelectual. ▪ Recursos educativos

FUENTE: Catorce necesidades del ser humano que propuso Virginia Henderson y pueden ser valoradas de manera biopsicosocial, paginas 25 – 46. Correa AE, Verde FE, Rivas EJ. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson [libro electrónico]. México: 2016 [Consultado: 9 de Mayo de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2ojj1gV>

La información que se recaba puede ser proporcionada por el adulto mayor, por los familiares o cuidadores, obteniendo más información acerca del estado de salud actual y datos importantes que requieran ser observados con detenimiento.

La valoración será la base para formular estrategias que permitan detectar y actuar de manera oportuna en cada situación de riesgo de caídas.

Otro apoyo utilizado en la valoración del adulto mayor son las escalas geriátricas a través de las cuales se valora e identifican riesgos de caídas.

4.3.2. ESCALAS GERIÁTRICAS

A continuación se exponen algunas de las escalas geriátricas más comunes utilizadas en la valoración de riesgo de caídas.

Prueba de Tinetti: Para valorar el equilibrio estático y dinámico en conjunto con la marcha, esta escala puede dividirse en dos al utilizar la versión simplificada o normal. (12)

CUADRO 7. Prueba de Tinetti simplificada

PRUEBA DE TINETII SIMPLIFICADA	
Evaluación del equilibrio	
1. Inestabilidad durante el paso de la bipedestación a la sedestación: (0=no; 1=sí)	
2. Incapacidad para mantenerse sin ayuda (0=no; 1=sí)	
3. Inestabilidad al realizar una vuelta completa (0=no; 1=sí)	
4. Inestabilidad al aplicar una pequeña fuerza desequilibrante sobre el esternón (0=no; 1=sí)	
Evaluación del equilibrio	
5. Aumento del balanceo del tronco (0=no; 1=sí)	
6. Incapacidad para aumentar la velocidad de la marcha (0=no; 1=sí)	
7. Anomalía del recorrido (aumento de las desviaciones) (0=no; 1=sí)	

FUENTE: Tabla III., página 71. Se realizaron modificaciones para una mejor visualización. Hortonedá BE. Síndromes geriátricos. Madrid: SEMER; 2006.

CUADRO 8. Escala de Tinetti

ESCALA DE TINETII	
Equilibrio	
Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:	
1. Equilibrio sentado:	
▪ Se inclina o se desliza en la silla	=0
▪ Se mantiene seguro	=1
2. Levantarse:	
▪ Imposible sin ayuda	=0
▪ Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	=1
▪ Capaz sin usar los brazos	=2
3. Intentos para levantarse:	
▪ Incapaz sin ayuda	=0
▪ Capaz, pero necesita más de un intento	=1
▪ Capaz de levantarse con sólo un intento	=2
4. Equilibrio de bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos):	
▪ Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	=0

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse ▪ Estable sin andador, bastón u otros soportes 	=1
5. Equilibrio en bipedestación:	=2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable ▪ Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o un bastón u otro soporte 	=0 =1 =2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empieza a caerse ▪ Se tambalea, se agarra, pero se mantiene ▪ Estable 	=0 =1 =2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6):	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable ▪ Estable 	=0 =1
8. Vuelta de 360 grados:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasos discontinuos ▪ Continuos ▪ Inestable (se tambalea, se agarra) ▪ Estable 	=0 =1 =0 =1
9. Sentarse:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla ▪ Usa los brazos o el movimiento es brusco ▪ Seguro, movimiento suave 	=0 =1 =2
Puntuación equilibrio: 16 _____	
Marcha	
Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a <<paso normal>>, luego regresa a <<paso rápido pero seguro>>.	
10. Iniciación de la marcha inmediatamente después de decirle que ande	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar ▪ No vacila 	=0 =1
11. Longitud y altura de paso	
a. Movimiento del pie derecho:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie izquierdo con el paso ▪ Sobrepasa al pie izquierdo 	=0 =1
b. Movimiento del pie izquierdo	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie derecho con el paso ▪ Sobrepasa al pie derecho ▪ El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso ▪ El pie izquierdo se separa completamente del suelo 	=0 =1 =1 =1
12. Simetría del paso	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es 	=0

igual	
▪ La longitud se separa completamente del suelo	=1
13. Fluidez del paso	
▪ Paradas entre los pasos	=0
▪ Los pasos parecen continuos	=1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
▪ Desviación grave de la trayectoria	=0
▪ Leve / moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	=1
▪ Sin desviación o ayudas	=2
15. Tronco	
▪ Balanceo marcado o usa ayudas	=0
▪ No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	=1
▪ Sin desviación o ayuda	=2
16. Postura al caminar	
▪ Talones separados	=0
▪ Talones casi juntos al caminar	=1
Puntuación marcha: 12 _____	
Puntuación total: 28 _____	

FUENTE: ANEXO I., páginas 76 y 77. Se realizaron modificaciones para una mejor visualización. Hortonedá BE. Síndromes geriátricos. Madrid: SEMER; 2006.

Escala de Índice de Katz: Para valorar funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores al realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (4)

CUADRO 9. Escala de Índice de Katz

1.BAÑO
Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (P. ej., Espalda). Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2.VESTIDO
Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias o calcetines). Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
3.USO DEL WC
Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo. Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y / o para limpiarse.
4.MOVILIDAD
Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.

Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y / o acostarse, de la cama y / o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
5.CONTINENCIA
Independiente: Control completo de la micción y defecación. Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6.ALIMENTACIÓN
Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos). Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.
A: Independiente para todas las funciones. B: Independiente para todas menos una cualquiera. C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera. D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera. E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera. F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera. G: Dependiente en todas las funciones.
Resultado: Índice de Katz: _____

FUENTE: Adaptado de: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jafe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963;185:914-919. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto – Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Secretaria de Salud, 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2KfJbBh>

Escala de Lawton & Brody: Para evaluar la autonomía, la realización de actividades instrumentales de la vida diaria relacionadas con el entorno, integridad física, cognitiva y psicoafectiva, demostrando así su grado de funcionalidad. (4)

CUADRO 10. Escala de Lawton & Brody

	Mujer	Varón
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia.	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marca.	1	1
No utiliza el teléfono.	0	0
2. HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
Totalmente incapaz de comprar.	0	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo	1	1

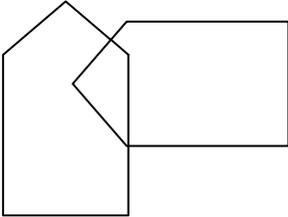
adecuadamente.		
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada.	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	1
Realizar tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	1
No participa en ninguna labor de la casa.	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
Lava por sí solo toda su ropa.	1	1
Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
No viaja en autobús.	0	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0	0
8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.	1	1
Incapaz de manejar dinero.	0	0

FUENTE: Adaptado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto – Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Secretaría de Salud, 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2KfJbBh>

Examen Mental Mínimo de Folstein: Para confirmar y cuantificar el estado mental. (4)

CUADRO 11. Examen Mini Mental de Folstein

EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN

No sabe leer ni escribir: _____ Años de escolarización: _____		Puntos
Orientación en el tiempo y espacio		
Qué día de la semana es hoy, cuál es el año, mes, día, estación, (máximo 5 puntos).		0-5
“Dígame el nombre del hospital, el piso, la ciudad, el estado y el país en el que estamos”, (máximo 5 puntos).		0-5
Fijación		
“Repita estas palabras: caballo, peso, manzana”. (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta, máximo 3 puntos).		0-3
Concentración y cálculo		
“Si tiene 30 pesos y me los da de tres en tres, ¿Cuántos le quedan?” (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 puntos).		0-5
Memoria		
“¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas”.		0-3
Lenguaje y construcción		
“¿Qué es esto? (Mostrar un reloj) ¿Y esto? (Mostrar un bolígrafo)”.		0-2
“Repita la siguiente frase: ni si, ni no, ni pero”.		0-1
“Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (anote un punto por cada orden bien ejecutada, máximo 3 puntos).		0-3
“Lea esto y haga lo que dice” “cierre los ojos”.		0-1
“Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta”.		0-1
“Copie este dibujo” (0-1 puntos).		0-1
	<p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>Nota: Tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente.</p>	
		Total _____
Punto de corte: 24		
Grado de deterioro cognoscitivo: 19-23= Leve; 14-18= Moderado; >14= Grave		

FUENTE: Adaptado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto – Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Secretaria de Salud, 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2KfJbBh>

El segundo paso del PAE es el diagnóstico. Consiste en realizar un juicio con base en la información obtenida durante la valoración con el fin de seleccionar las intervenciones enfermeras más convenientes para su problemática particular. (20)

Este apartado expondrá tres diagnósticos que son comunes en el caso particular de riesgo de caídas y con base en éstos, se desarrollará el plan de cuidados en el que se incluyen las siguientes fases del PAE, (diagnóstico, planeación, ejecución y la evaluación).

4.3.3. DIAGNÓSTICOS (NANDA, NIC Y NOC)

La taxonomía utilizada para realizar el siguiente proceso enfermero está basada en 3 instrumentos:

- Diagnósticos enfermeros (NANDA)
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

A continuación se muestran tres ejemplos de los diagnósticos, intervenciones y evaluaciones relacionadas con las caídas en los adultos mayores. Tomando en cuenta que las intervenciones son el cuarto paso y la evaluación o resultado es el último paso del PAE. (24,25,26)

Diagnóstico 1

NANDA

Riesgo de caídas (2000, 2013)

Dominio 11. Seguridad / protección

Clase 2. Lesión física

Código 00155

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Edad \geq 65 años (nos enfocaremos solo en este ejemplo).

Otras opciones podrían ser:

- Antecedentes de caídas.

-Dificultades con la marcha.

- Agentes farmacológicos.

NIC

Intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA – 1.

Riesgo de Caídas

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Prevención de caídas

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipertensión ortostática y marcha inestable).

NOC

Conducta de prevención de caídas (1909)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control del riesgo y seguridad (T)

Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Definición: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a 12 Aumentar a 16

Conducta de prevención de caídas		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Puntuación global		1	2	3	4	5
INDICADORES:						
190903	Colocación de barreras para prevenir caídas.		2	3		
190901	Uso correcto de dispositivos de ayuda.				4	5
190902	Provisión de ayuda personal.			3	4	
190917	Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.			3	4	

Diagnóstico 2

NANDA

Riesgo de lesión (1978, 2013)

Dominio 11. Seguridad / protección

Clase 2. Lesión física

Código 00035

Definición: Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Edades extremas: 60 años y más (nos enfocaremos solo en este ejemplo).

Otras opciones podrían ser:

- Alteración del funcionamiento psicomotor.

- Barrera física (p.ej., diseño, estructura, disposición de la comunidad, edificios, equipamientos).

NIC

Intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA – 1.

Riesgo de Lesión

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Prevención de caídas

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Orientar al paciente sobre el <<orden>> físico de la habitación.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

NOC

Conocimiento: prevención de caídas (1828)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conocimiento sobre salud (S)

Escala(s): Ningún conocimiento hasta Conocimiento extenso (u)

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a 19 Aumentar a 26

Conocimiento: prevención de caídas		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
Puntuación global		1	2	3	4	5
INDICADORES:						
182801	Uso correcto de dispositivos de ayuda.			3	4	
182808	Cuando pedir ayuda personal.			3	4	
182811	Ejercicios para reducir el riesgo de caídas.		2	3		
182812	Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas.			3	4	
182813	Condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas.			3	4	
182814	Enfermedades agudas que aumentan el riesgo de caídas.		2	3		
182815	Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas.			3	4	

Diagnóstico 3

NANDA

Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (2013; NDE 2.1)

Dominio 1. Promoción de la salud

Clase 2. Gestión de la salud

Código 00231

Definición: Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

Características definitorias

- Antecedentes de caídas (nos enfocaremos solo en este ejemplo).

Otra opción podría ser:

- Edad > 70 años

NIC

Intervenciones de la NIC

Identificación de riesgos

Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.

NOC

Detección del riesgo (1908)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control del riesgo y seguridad (T)

Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Definición: Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a 10 Aumentar a 16

Detección del riesgo		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Puntuación global		1	2	3	4	5
INDICADORES:						
190801	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.		2		4	
190802	Identifica los posibles riesgos para la salud.			3	4	
190808	Mantiene actualizado el conocimiento sobre los antecedentes personales.			3	4	
190809	Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales.		2		4	

Como se observó anteriormente en cada uno de los ejemplos existe una relación para ejecutar las actividades correspondientes en cada situación.

El cuarto paso es la ejecución y consiste en utilizar la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) para llevar a cabo los cuidados establecidos, tratando las consecuencias de las caídas y sus diversos factores de riesgo. (25)

El último paso es la evaluación, se usa la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) determinando si los cuidados proporcionados por el personal de enfermería fueron los correctos o se tienen que modificar para obtener un estado de salud adecuado. Además de recomendar un plan de cuidados que los adultos mayores y su cuidador deben seguir en casa. (26)

5. CONCLUSIÓN

Cada uno de los objetivos planteados al inicio de la tesina fue cumplido al 100%, dando a conocer los conceptos definatorios que involucran al adulto mayor, los factores de riesgo relacionados con caídas y problemáticas que pudieran surgir a partir de la realización de valoraciones y escalas geriátricas correspondientes. Diseñando así un plan de atención de enfermería orientada a la prevención de caídas, tomando como base la taxonomía NANDA, NIC y NOC donde las intervenciones propuestas ayudan al personal de enfermería a ejecutar acciones que beneficien al adulto mayor.

Los cambios demográficos que evidencian el aumento de población adulta en el país requieren atención y desarrollo de estrategias en diferentes frentes. Los profesionales de salud tienen el reto de buscar nuevas formas de cuidado orientada a la prevención, porque cada persona adulta mayor requiere de una valoración e intervención especializada de acuerdo con sus necesidades para tener una mejor calidad de vida y evitar riesgos que alteren su salud.

Las caídas en adultos mayores son frecuentemente ocasión de internación hospitalaria, discapacidad para el adulto, problemáticas familiares y gastos económicos elevados. La prevención de caídas es una alternativa eficiente para evitar o disminuir dichas consecuencias que no solo afectan al adulto mayor sino también a la familia y al sector salud.

El PAE es una herramienta útil para prevenir y hacer seguimiento a la salud de los adultos mayores, su característica de sistemático permite adaptaciones continuas orientadas según la particularidad de la persona cuidada. Incluyendo las nuevas tecnologías y avances que se tengan al alcance combinándolos con toda la información que ya se tenía para asegurar una mejor atención, tratamiento y pronta recuperación de ser posible.

La valoración adecuada es un paso determinante en el PAE para el logro de resultados esperados, obteniendo datos personales que describen la

sintomatología y muestra cómo es el adulto mayor en su medio ambiente desarrollando sus actividades.

A pesar de que existe información sobre los riesgos de caídas en adultos mayores, no se tiene la cultura de la prevención para poner en práctica las medidas de seguridad que eviten las caídas en poblaciones de mayor riesgo como la de adultos mayores. Por lo que es necesario implementar nuevas estrategias que prevengan las caídas en las personas adultas mayores.

6. SUGERENCIAS

En cuestiones económicas se requeriría de invertir un gran capital para modificar y cambiar las estructuras dañadas o en mal estado de las calles, hospitales, centros de día, transportes públicos, entre otros para adaptarlos y que los adultos mayores puedan trasladarse seguros en cualquiera de estos lugares disminuyendo el riesgo de caerse.

Existe la necesidad de un número mayor de profesionistas que estén especializados en el área gerontológica, para llevar a cabo actividades correspondientes de prevención, valoraciones y tratamiento a la población mayor. A través de jornadas de salud y de activación física, servicios a domicilio, además de informar a la población de las medidas que debe seguir para identificar los riesgos de caída y modificar sus estilos de vida, así como las estructuras del domicilio donde habitan actualmente disminuyendo los índices de morbilidad.

También es necesario que todas las personas adultas mayores realicen actividad física o que acudan a los diferentes centros de salud y recreación donde imparten talleres para los adultos mayores. Para tener acceso a estos servicios se recomienda que cada institución promueva sus actividades en diferentes medios de comunicación, que los familiares realicen búsquedas de estas instalaciones y que los mismos adultos mayores se compartan la información de la ubicación de estas instituciones recreativas.

Dentro del núcleo familiar es muy importante que cada integrante conviva con los adultos mayores a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria, para que conozcan la rutina y la forma en que se desempeña para realizar sus labores. Esto va a permitir que puedan identificar los factores de riesgo a los que pudieran estar expuestos, al notar ciertos cambios en su estilo de vida.

Como personal de enfermería es indispensable estar actualizados, capacitados e informados acerca de los padecimientos, problemáticas, tratamientos y cambios que la sociedad va teniendo en sus diferentes etapas de vida

afrontando así las situaciones venideras, porque el trabajo de enfermería está enfocado en la prevención, cuidado y atención de la salud para que la población este sana y tenga una vida plena.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 2018 Feb 05; citado 2018 Ene 16]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Organización Mundial de la Salud [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 2018 Ene 16; citado 2018 Ene 16]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
3. Instituto Nacional de las Mujeres [Página principal en Internet]. México: c2015 [actualizada 2015 Feb; citado 2018 Mar 01]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
4. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto – Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Secretaria de Salud, 2011. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_valoracixn_geronto_geriatrica.pdf
5. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (25-06-2002). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ldpam.html>
6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM – 167 – SSA1 – 1997, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. (17-11-1999). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
7. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México. [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 30 Mar 2018; citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.iaam.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>

8. Gutiérrez RL, García PM, Arango LV, Pérez ZM. Geriatria para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012.

9. d'Hyver C., Gutiérrez RL, editores. Geriatria. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2006.

10. Álvarez RL. Síndrome de caídas en el adulto mayor. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Revista en línea] 2015. [Consultado 01 febrero 2018]; LXXI(617). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/617/art22.pdf>

11. Modelo para la Prevención de Lesiones por Caídas en Personas Adultas Mayores en México. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, Distrito Federal. 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaidas2.pdf>

12. Hortonedá BE. Síndromes geriátricos. Madrid: SEMER; 2006.

13. Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y Solidaridad social [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 2015 Ene 30; citado 2018 Feb 05]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/caidas>

14. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. (13-09-2012). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

15. Wikipedia [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 2018 Abr 22; citado 2018 Feb 05]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad

16. Mendoza NV, Martínez MM. Modelos de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. May 2013; 261-277. Disponible en:

http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_18_Modelos.pdf

17. Wikipedia [Página principal en Internet]. México: c2018 [actualizada 2018 May 01; citado 2018 Feb 06]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Adulto>

18. "Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención". México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf

19. López RJ, Jauregui J. Fisiología del envejecimiento. 2ª ed. Colombia: Celsus; 2012.

20. El Proceso de Atención de Enfermería. Material complementario. Enfermería comunitaria. Consultado 09 May 2018. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

21. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. P.A.E.. Consultado 09 May 2018. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

22. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. (22-08-2003). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

23. Correa AE, Verde FE, Rivas EJ. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson [libro electrónico]. México: 2016 [Consultado: 9 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf

24. Herdman T., Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2015 – 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

25. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

26. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.