



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PERSONA MAYOR CON RIESGO DE
CAÍDAS EVIDENCIADO POR SUPERVISIÓN INADECUADA Y USO DE DISPOSITIVO DE AYUDA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA;

SANDRA ROMERO REYES

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ

FECHA

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO CIRE NUMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **Proceso Atención de Enfermería**

**Aplicado a Persona Mayor con Riesgo de Caídas Evidenciado por Supervisión Inadecuada
y Uso de dispositivo de ayuda**

Elaborado por:

1.	<u>Romero</u>	<u>Reyes</u>	<u>Sandra</u>	No. Cuenta	<u>416527083</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 09 de Noviembre del 2021


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

ÍNDICE	
I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN	7
III. OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo General	9
3.2 Objetivos Epecificos	9
IV. MARCO TEÓRICO	10
4.1 Enfermería como profesión disciplinar	10
4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la dustentan como disciplina y profesión	11
4.2 El Cuidado como objeto de estudio	21
4.2.1 Tipos de cuidado	24
4.2.2 Enfoque Filosófico, Teórico, metodológico y práctico	25
4.3 Modelos y teorías de Enfermería	28
4.3.1 Definición, Objetivos y Clasificación	28
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.	32
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E	34
4.3.4 Modelo o teoría utilizada para la elaboración del P.A.E	36
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.	41
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas	42
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de enfermería	43
4.5 La persona	50
4.5.1 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales	53
4.5.2 Padecimientos más frecuentes	59
4.5.3 Descripción del padecimiento	61
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	73
5.1. Presentación del caso clínico	73
5.2 Valoración inicial y continua	75
5.2.1 Resultados de la valoración	86
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	89

5.4 Plan de intervención de Enfermería.....	91
5.5 Ejecución	107
5.6 Evaluación	108
5.7 Plan de Alta	109
CONCLUSIONES	111
GLOSARIO DE TÉRMINOS	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	115
ANEXOS.....	122

I. INTRODUCCIÓN

La caída es un síndrome geriátrico de naturaleza multifactorial y es considerada un problema de salud pública con consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de los eventos de tránsito.¹

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 5,8 millones de personas mueren cada año por estas causas, representando cerca de 10% del total de muertes que se registran en el mundo.

Con base a lo anterior es necesario que para prevenir una caída; se conozcan los factores de riesgo, las características de las caídas y el entorno del paciente. La prevención primaria incluye la detección precoz y corrección de los factores intrínsecos y extrínsecos que están asociados a este problema para contribuir en la prevención de los riesgos y daños a la salud que puedan llevar a la persona mayor a una dependencia funcional y una posible pérdida de su autonomía.²

Dentro de las funciones del profesional de Enfermería se encuentran las de promoción prevención y educación para la salud así como su actuación en el proceso patológico estableciendo intervenciones y ejecutando acciones que permitan detectar a tiempo alteraciones de la salud para evitar complicaciones, mediante la implementación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) que coadyuve conjuntamente con el equipo interdisciplinario a mejorar la salud del paciente geriátrico con riesgo de sufrir una caída.

La aplicación de esta herramienta metodológica tiene repercusiones sobre la persona, familia, grupo y comunidad y la enfermera; el proceso enfermero define el

¹ Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018. [Consultado agosto 9 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

² Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geronto-Geriátrica integral del adulto. Guía de Práctica Clínica GPC. 2011. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>

campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que a través de este se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería es un sustento metodológico de la disciplina fundamentado en el método científico que le permite tomar decisiones de manera autónoma y evaluar los resultados.

Considerando lo anterior, en el presente trabajo se abordará la epistemología del cuidado enfermero para una mejor comprensión de nuestra disciplina, utilizando el modelo de la teórica Virginia Henderson aplicando el Proceso Atención de Enfermería en el cual se realizará la presentación del caso valoración diagnóstico planificación ejecución y evaluación, así como el plan de alta del paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

Las caídas constituyen la causa más frecuente de accidentes en la Persona mayor, dentro de los factores de riesgo que componen este problema se encuentran: factores orgánicos donde están la función propioceptiva, vestibular y visual, así como las comorbilidades, factores ambientales al interior del domicilio, la vía pública, medios de transporte y factores circunstanciales relacionados con la vida cotidiana. Constituye como uno de los síndromes geriátricos más importantes, debido a las repercusiones sobre la capacidad funcional con pérdida de la independencia, alteración de la autonomía y calidad de vida del propio adulto mayor y de la familia.³

Las lesiones que producen las caídas en las personas adultas mayores son un importante problema de Salud Pública en México y el mundo entero. Alrededor de 5.1 millones de personas fallecen cada año como consecuencia de lesiones de causa externa, esta cifra representa el 9.2 % de todas las muertes en el mundo y es un 32 % mayor que la suma de las defunciones por malaria, tuberculosis y VIH-SIDA. Las lesiones causadas por caídas representan el 13.5 % de todas las muertes por lesiones en el mundo, se encuentran entre las primeras causas de pérdida de años de vida saludable. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), reflejan el impacto de los diferentes riesgos de la mortalidad y la morbilidad ⁴

La salud integral de las personas adultas mayores está directamente relacionada con el mantenimiento de su funcionalidad y con su calidad de vida como principales indicadores de salud. Es por ello que uno de los pilares fundamentales para favorecer el envejecimiento saludable es el fortalecimiento de prácticas de

³ Silva-Fhon J.R., Partezani-Rodrigues R., Miyamura K., Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Ago. 08]; 16(1): 31-40. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>.

⁴ Instituto Nacional de Geriatria. [Online] febrero 2015. http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento_preguntas.html#siete.

autocuidado, el cual debe incluir hábitos de salud física, emocional, espiritual y mental mediante la implementación de Políticas Sanitarias encaminadas al diseño de estrategias preventivas haciendo hincapié a la educación para la salud , la capacitación, la creación de entornos más seguros, el establecimiento de líneas de investigación que incidan en la disminución de este problema relacionada con las caídas y el establecimiento de programas sanitarios para reducir los riesgos y daños a la salud. ⁵

El liderazgo y el trabajo interdisciplinario comprometido con la problemática del adulto mayor debe ser un valor fundamental en el cuidado de esta franja de población. Por ello es necesario que el personal de enfermería enfrente con conocimiento científico este problema de salud, tomando como herramienta el Proceso Atención de Enfermería debido a que este es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la praxis profesional que le permita individualizar las necesidades del paciente a través de una valoración clínica, para implementar las intervenciones y actividades de enfermería, que coadyuve a la disminución de riesgos y daños a la salud, así como la aparición de complicaciones.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018. [Consultado julio 12 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2IECBFw>

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el Proceso Atención de Enfermería a una Persona Mayor con riesgo de caídas en su domicilio, con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson, para el desarrollo de intervenciones y acciones preventivas que contribuyan en la disminución de riesgos y daños a la salud por este Síndrome Geriátrico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar a través de diversas fuentes el estado de salud de la persona con el fin de establecer prioridades entre los datos según las necesidades de la persona.
- Aplicar el pensamiento crítico y juicio clínico para el establecimiento de los diagnósticos sobre el estado de salud de la persona.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería y clasificar las prioridades del adulto mayor utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC para la satisfacción de sus necesidades.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas para dar respuesta a las necesidades del paciente de manera autónoma e interdependiente.
- Evaluar cada una de las etapas del proceso y la efectividad de las intervenciones de enfermería con relación a los resultados esperados para mejorar la calidad de la atención.

IV. MARCO TEORICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIONAL DISCIPLINAR

La ciencia de Enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento, las sociales y otras que sirven de apoyo a la disciplina de enfermería, y las teorías y modelos propias de la enfermería que le dan un constructor a su práctica profesional.⁶

Se caracteriza por un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio es decir el cuidado es un método el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico. Es significativo saber que en Enfermería los modelos y teorías han tratado de agrupar y ordenar los conocimientos de la disciplina. Eso pone en evidencia la preocupación que han tenido las enfermeras por buscar un marco conceptual propio de Enfermería como profesión, para disminuir la dependencia de las otras ciencias de la salud; pero con el reto de lograr interactuar con ellas a partir de esa construcción propia.

En Enfermería representa un cambio de actuar, que le obliga a reafirmar su conocimiento para posicionarse como una disciplina social, por medio de la ciencia y apoyada en una corriente de pensamiento enfocada a la solución de problemas para la satisfacción de necesidades en la sociedad.

La necesidad de fundamentar el quehacer profesional ha permitido desarrollar aspectos propios de la enfermería a través de valores, estructuras, formas, comportamientos y patrones de conocimientos que sirven como directrices para ejemplificar características y modos de pensar acerca de los fenómenos de estudio.

7

⁶ Carlos Agustín León Román. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Dic [citado 2021 Sep 28] ; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.

⁷ Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in nursing science. (1978);1(1):13-24.

4.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

La filosofía, la epistemología, la ontología en Enfermería, abarca interrogantes sobre el conocimiento, los valores y el ser, es decir; las creencias que tiene el individuo sobre la existencia. De esta manera, la profesión de Enfermería tiene presente y se permite recordar su sistema de creencias, los mismos conocimientos y guiar la práctica ética en Enfermería. Se ha descrito antes, que la ciencia de Enfermería provee de conocimientos teóricos, mediante los cuales, la práctica se nutre, y simultáneamente se transforma generando nuevos conocimientos; de esta manera, la práctica alcanza un alto nivel del cuidado expresado en la mejoría y bienestar de las personas.

La enfermera trabaja con la persona, familias, grupos y comunidades, para identificar sus necesidades o situaciones de salud, comprender como ayudarles, cual es el momento para ayudarles y brindarles una atención que promueva cambios y contribuya a mejorar las condiciones de salud y bienestar de las mismas; mediante la aplicación del proceso de enfermería, la cual es una herramienta que le confiere identidad, autonomía frente a la actuación disciplinar, referida al cuidado de enfermería, articulando la integralidad de la persona desde su componente biopsicosocial y cultural para su actuación en el cuidado.

De otra forma, se considera la naturaleza de la Enfermería (filosofía, ontología, ética), cuando se basa en su ejercicio o práctica profesional con autonomía; en este caso, el interés de enfermería también responde a mejorar el estado actual y potencial de bienestar de las personas. Los conocimientos incluyen información sobre la condición de bienestar de la persona, teniendo en cuenta sus creencias, sus valores sobre salud, estilo de vida, sus sistemas de apoyo y metas relacionadas con la salud.

Por lo que hoy enfermería debe considerarse una profesión consolidada, en constante desarrollo y la búsqueda de nuevos campos de acción y de ampliación

de competencias, con una formación educativa de alto nivel y un cuerpo propio de conocimientos sustentado en saberes científicos.⁸

De acuerdo con Ledezma⁹ Profesión **es una vocación, inclinación y disposición a ejercer una disciplina o carrera**. Por lo general la profesión recurre a la ciencia y a otras fuentes del conocimiento, pero tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios, Pertenece a un grupo homogéneo y organizado cuyos miembros obedecen ciertas normas de conducta impuestas por la autoridad de un grupo profesional, desempeñan un lenguaje común y desempeñan un servicio a la sociedad. La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Se basa en los siguientes criterios:¹⁰

1. Es intelectual se basa en conocimientos.
2. Es práctica y dinámica conlleva responsabilidad personal.
3. Es académica, requiere de un período relativamente extenso de formación.
4. Tiene habilidad técnica basada en principios generales.
5. Tiene bases éticas que norman la práctica,
6. Tiene organización interna, pugna por mejorar el servicio.
7. Tiene autonomía el control se genera con elementos propios de regulación.
8. Es eminentemente social por la calidad del servicio.

Enfermería como **disciplina** es definida como un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y semánticos interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.¹¹

Como ciencia retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, para reflexionar sobre los interrogantes de la misma, qué es Enfermería, cuál es su naturaleza, cuál

⁸ Cárdenas, M., Zarate, R, La enfermería como disciplina profesional ENEO-UNAM

⁹ Ledezma Pérez M.C. La enfermería como profesión. Ed. UTHEA Noriega editores. Colección de textos Politécnicos 1999 P.p. 13-17

¹⁰ Leddy S. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería. OPS 1989. 21 – 23

¹¹ Ídem (8)

es su objeto de estudio, como nos aproximamos a dicho sujeto y objeto de cuidado, cuáles son sus conceptos centrales y como se puede actuar en Enfermería; pues aproximándonos al conocimiento de los interrogantes anteriores, reconocemos el camino para desarrollar un cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión) en Enfermería.

La enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de las personas, está fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales.

La ciencia de Enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales, en el control de la práctica. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación).

Las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias.

La actuación de la enfermera en su profesión–práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético. La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el

marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La evolución de vocación a profesión sólo era posible mediante una formación regulada, ordenada y sistemática en la que se requiere la adquisición de un cuerpo sustancial de conocimientos, en el que se fundamente la práctica enfermera. Este cuerpo de conocimientos particulares de una profesión es lo que se conoce como disciplina enfermera. De entre las muchas autoras que han definido la disciplina enfermera se puede destacar a la conocida como madre de la enfermería profesional, Florence Nightingale. Fue la primera que describió, en su obra “Notas de Enfermería” (1859), qué es la enfermería y cuál es su función. Afirmó que el conocimiento enfermero era diferente al conocimiento médico. Describió la función de la enfermería como: “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Para cumplir con este objetivo se debería adquirir una sólida base de conocimientos propios sobre la persona y el entorno, diferente a la que los médicos utilizaban en su práctica.¹²

La Enfermería ha sido considerada como ciencia sólo a partir de los últimos decenios, en donde su desarrollo teórico se ha potenciado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Esto ha permitido que se constituya en una ciencia humanística y social con un cuerpo de conocimientos propio.¹³

La disciplina de enfermería se caracteriza por lo siguiente:

- I. **Posee un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado:** Tiene un cuerpo de conocimientos propio que le permite interpretar, describir, y explicar los fenómenos que ocurren en torno al cuidado a través de métodos de indagación que tienen en cuenta la naturaleza de su práctica. Ha vislumbrado su fundamentación epistemológica construyendo teorías que

¹² ENEO- UNAM teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. 2da. Edic. abril 2009

¹³ Rubio AM, Arias BM. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2013; 29 (3):191-198.

orientan el cuidado. La ciencia de enfermería se caracteriza por un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio el cuidado, un método el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico.

II. Formas de conocimiento propias¹⁴:

- A) El **patrón empírico** fue designado como “la ciencia de enfermería”; hace referencia al empleo de leyes generales y teorías con el propósito de “describir, explicar y predecir fenómenos de especial preocupación para la disciplina, entrega evidencia empírica que puede ser empleada para la organización y clasificación del conocimiento en enfermería”.
- B) El patrón **estético o “arte de enfermería”** no se origina como resultado de la investigación empírica. Carper argumentó que “por lo tanto puede haber reticencia consciente para incluirlo como un saber de enfermería, podría describirse como una admisión tácita de que enfermería en parte, es al menos un arte.
- C) El **patrón de conocimiento personal** expresa el conocimiento de sí mismo (en relación con los demás); desde la perspectiva intrínseca se considera fundamental, requiere el desarrollo del “conocimiento personal”; por eso es el más problemático para dominar y enseñar, pero a la vez es el más esencial para entender “el significado de la salud en términos de bienestar individual”
- D) El **patrón de conocimiento ético** es el componente moral de la disciplina. Permite demostrar el deber ser de la disciplina fundamentado en valores humanísticos personales, profesionales e institucionales. Además, establece el compromiso y respeto a la vida humana, sustenta la toma de decisión personal en situaciones difíciles y complejas del moderno mundo del cuidado a la salud, permite elecciones al cuestionarse acerca de los derechos morales y errores en las acciones vinculadas con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud.

¹⁴ Duran de Villalobos. M. Disciplina de enfermería. En: Enfermería. Desarrollo Teórico e investigativo. Facultad de enfermería Universidad nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá, Colombia P.p 15-59

III. El conocimiento se funda en los paradigmas científicos:

Se identifican tres paradigmas de la ciencia que han tenido y tienen importancia e influencia en la construcción disciplinar:

- A) **El paradigma positivista o empírico analítico:** El conocimiento es explicativo y predictivo y hay un interés por el conocimiento mismo sus resultados permiten hacer generalizaciones en cualquier espacio y tiempo, busca la causa de los fenómenos y la apreciación subjetiva de las personas. Es de naturaleza hipotético-deductiva.
- B) **El interpretativo o fenomenológico:** Este paradigma se conoce también como cualitativo, fenomenológico, humanista, naturalista o etnográfico. Surge como alternativa al paradigma positivista, dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles ni susceptibles de cuantificación, interpreta y evalúa la realidad no la mide.
- C) **El sociocrítico o humanista:** El pensamiento sociocrítico es una de las prácticas fundamentales que todo ser humano debe poseer para ser un ciudadano activo dentro de la sociedad en la que se desarrolla. Una forma de abordar este pensamiento es a partir de un acercamiento a sus características. En este sentido, se puede nombrar a la pregunta, la reflexión, la argumentación, el análisis y la solución de problemas como las más representativas.

IV. Los Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión:

Los componentes del metaparadigma que la constituyen como disciplina y profesión que influyen y determinan su práctica profesional y área de competencia son:

El **cuidado:** como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional. La dinámica de este se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida. Por lo que esta práctica requiere de un método y de la aplicación de conocimientos que le den

sustento y un juicio crítico. El cuidado tiene diferentes connotaciones: ***cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.***

La **persona**: sujeto de estudio y de cuidado se concibe como un ser fisiológico, psicológico sociocultural y espiritual un todo integral insociable, más complejo que la suma de sus partes. ¹⁵

La **salud**: Como un valor y un derecho humano y fundamental.

El **entorno**: Comprende el medio interno genético, fisiológico, psicológico y espiritual y el medio externo compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte los aspectos físicos, ecológicos, sociales culturales, económicos es decir todo aquello que influya en su estilo de vida.

V. Las escuelas del pensamiento enfermero.¹⁶

Escuela de necesidades:

Los modelos de esta escuela han intentado responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona para la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La jerarquía de necesidades de Maslow y la teoría de las etapas de desarrollo de Erickson han influenciado en esta escuela, según la cual, los cuidados de Enfermería tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.

Escuela de interacción:

Apareció a finales de los años 50 y principios de los 60, la teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

¹⁵ Wesley R.L. Teorías y modelos de enfermería. ed 2ª. Ed: Mc Graw – Hill Interamericana. 1997
¹⁶ Kërouac Susanne. Pensamiento Enfermero, Masson, España, 1996.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta ¿cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?; han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Según esta escuela, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el fin de poder ayudar, la enfermera debe considerar sus propios valores y comprometerse con el cuidado como acción humanitaria y no mecánica. Sus investigaciones se apoyan en las necesidades básicas para conceptualizar a la persona, pero la característica que las identifica es que definen la Enfermería como un proceso de interacción que es deliberado (tiene un propósito) y que implica ayuda y cuidados.

La descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. Como representantes de esta escuela S. K rouac incluye a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.

Escuela de los efectos deseables:

Se centran en ver cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman. Su período transcurre entre 1958 1975. Según Meleis (1991) la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta:

 Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen sin ignorar qué y cómo?

La característica fundamental de esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Sin ignorar el “qu ” y el “cómo”, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los Cuidados Enfermeros.

Escuela de la promoción de la salud:

Destacan el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. M. Allen es la representante de esta escuela.

Promoción de la Salud mediante el mantenimiento el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje.

Escuela del ser humano unitario:

Esta escuela se basa en concepciones humanistas y fenomenológicas del ser humano en donde la enfermera suscita la participación

Se centra en quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería.

Dentro de esta escuela se situarían M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.

Escuela del caring:

El término inglés Caring engloba, a la vez, los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, así como el significado, elementos todos inseparables unos de otros, en el acto de cuidar Kérouac 1996. Centra el interés en la cultura y en el denominado **Caring**, lo que implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situarían M. Leininger y J. Watson.

Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson) y la cultura (Leininger) y si se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Está formado por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo, descubrir de manera sutil los signos de mejora o deterioro en la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y cultura de las personas (Leininger; Watson) Paradigma de la simultaneidad.

VI. Conceptualización de enfermería

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.¹⁷

También ha sido definida como la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.¹⁸

La enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condiciones sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica.

Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud.

Para que los países logren la meta de Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, también denominada Salud universal, se debe garantizar la calidad, cantidad y relevancia de la fuerza laboral de enfermería.

¹⁷ Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

¹⁸ Secretaría de Salud. Modelo del Cuidado de Enfermería. Primera edición. 2018. Disponible en: www.cpe.salud.gob.mx/%2Fsite3%2Fprograma%2Fdocs%2Fmodelo_cuidado_enfermeria.pdf&clen=13635776

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo un prisma dialéctico materialista.

El cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta efectiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permitan actuar en condiciones de realidad. La persona como usuaria de un servicio de salud necesita y tiene derecho a estar informada y participar en forma consciente en su tratamiento por medio de procesos sensibilizadores que la involucran y comprometen con el cuidado de mantener, como deber y derecho, a la salud y recuperarse de la enfermedad,

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería. Conociendo nuestro contexto histórico, y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituya el cuidado, pero entonces es preciso definir qué es cuidar ***Es un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca.*** El cuidado de acuerdo con M. Françoise Collière: ***“Es el arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”***.¹⁹

¹⁹ Collière M.F promover la vida. Barcelona, Interamericana, MC Graw Hill, 1992. P.p 2011-215

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Asimismo, los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios. Algunos de los factores clave en la evolución de la enfermería profesional aparecen desarrollados seguidamente.

Las concepciones filosóficas y sociológicas Se tratan de un factor externo a la profesión. Se identifica con las interpretaciones filosóficas y sociológicas de los fenómenos que influyen en la enfermería. Los conceptos que más han influido en el desarrollo de la profesión son los de salud y persona. A lo largo del tiempo ha ido variando su significado, según las épocas y las culturas. Al evolucionar ambos conceptos, la atención a las personas ha ido adaptándose y modificándose paralelamente.²⁰

- **Etapa Domestica:** La salud como supervivencia. Esta concepción es propia de las sociedades más primitivas. Las actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de la cobertura de las necesidades más básicas: de abrigo, alimentación, hidratación, etc.
- **Etapa Vocacional:** La salud como valor sobrenatural. La enfermedad era entendida como un castigo divino. La curación y la adquisición de la salud eran explicadas a través de la magia. Los tratamientos se basaban en experiencias sobrenaturales y en interpretaciones cosmológicas. Durante esta etapa eran los chamanes, magos o líderes religiosos los encargados de proporcionar salud a la comunidad.

La salud como valor religioso. Muy ligada a las interpretaciones filosóficas cristianas de la época. Como consecuencia de la concepción divina de persona, los cuidados se dirigen fundamentalmente al alma o sustancia

²⁰ Martin- Caro G. C. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed. Elsevier España primera edición 2007

inmaterial. El cristianismo crea la idea de salvación a través de la caridad y el cuidado humanitario al enfermo.

- **Etapa Técnica:** La salud como ausencia de enfermedad. Como consecuencia del avance científico que tiene lugar a lo largo del siglo XIX, se encuentran explicaciones de la enfermedad mediante relaciones de causalidad. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos de Pasteur sobre las bacterias y el desarrollo de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, se demostró que la enfermedad es el efecto visible de una causa que puede ser buscada y eliminada mediante un tratamiento específico. Koch o Lister, entre otros, también colaboraron con sus descubrimientos a la concepción de salud como ausencia de enfermedad. Las actuaciones se centran en la enfermedad, y su tratamiento. El enfermo es reducido a la enfermedad que padece, despersonalizándose su atención.
- **Etapa profesional:** La salud como equilibrio de la persona con su entorno. La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente.

Un importante paso en esta concepción de salud lo aportó la OMS en la Conferencia de Alma Ata, en 1978, elaborando la siguiente definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta declaración se quería hacer hincapié en que tanto en la salud como en la enfermedad existen diversos grados de afectación y se debe aspirar, más que a la mera ausencia de enfermedad, a fomentar el máximo potencial de salud de la persona.²¹

De esta manera la participación del personal de enfermería en todas las etapas del cuidado de la salud es fundamental. Su compromiso profesional incluye actividades de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud dirigidas a la persona, familia, grupo o comunidad.

²¹ Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona. 1996.

4.2.1 TIPOS DE CUIDADO

Los cuidados de enfermería tienen la finalidad de permitir a las personas desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social que conlleva ésta última. Entendiendo al cuidado como el eje de atención de enfermería, es necesario plantear la base teórica fundamental que sustente el conocimiento enfermero.

Según Collier los cuidados que se proporcionan con instrumentos de alta tecnologías son probablemente la mejor imagen de la atención enfermera, ya que aúnan los aspectos tecnológicos con la mirada profesional humana y social que precisa una persona con problemas que requieren una alta intensidad de cuidado sin embargo todo ello no basta con la simple mirada de otros profesionistas, que su óptica no da más que la de un material avanzado, tecnología e incluso una máquina que trabaje por ellos.

En cuanto a la Enfermería las tecnologías se constituyen en el paradigma emergente el cual está en fase de construcción, entendido este como la aplicación de la técnica y la tecnología constituyendo un punto de partida para “el hacer” al proporcionar cuidados, resolver situaciones y contribuir al bienestar del hombre y al mantenimiento de la vida.²²

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida (CARE): Son de gran variedad y deben ser objeto de la imaginación y la creatividad sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana como son la alimentación, el vestido, el aseo, la evacuación, etc.

Este se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de necesidades básicas, como proteger recursos, territorio, alimentarse. Representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene

²² COLLIERE, Marie Françoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Barcelona, Interamericana, MC Graw Hill, 1992.

como única función mantener la vida reaprovisionándola de energía en forma de alimentos o de agua, comer, evacuar, levantarse, moverse, desplazarse, respirar de calor de luz, o de naturaleza afectiva o psicológica. Estos cuidados están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y creencias. Progresivamente el campo de los cuidados de Enfermería y van desde los instrumentos más sencillos hasta las maquinas más complejas, “la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponden más a los cuidados prescritos por los médicos y llevados a cabo por el profesional de enfermería.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad CURE garantiza la continuidad de la vida curando todo aquello que la obstaculice. (Monitorización de signos vitales, administración de medicamentos, etc.) Estos cuidados tienen por objeto limitar la enfermedad, luchas contra ella y atacar sus causas.

4.2.2 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO

Todo conocimiento ha partido de una realidad que poco a poco se ha ido consolidando. Dentro de ese conocimiento cabe una gama de fenómenos unos muy abstractos y otros muy concretos. Sin importar que tan complejo sea siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico.²³

En el caso de Enfermería, el primer momento del desarrollo del conocimiento fue intuitivo; la experiencia frente al manejo de situaciones marchó fundamentada en el ensayo y error. Los conocimientos fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se logra acumular una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de otros oficios.

²³Leddy S. Pensamiento científico y desarrollo de la teoría. Bases conceptuales de la enfermería profesional. OPS 1989

Posteriormente se siente la necesidad de buscar un fundamento teórico acorde con el desarrollo de otros conocimientos para prestar el cuidado. Se comienzan a gestar prácticas sanitarias orientadas al cuidado de las personas haciendo énfasis en las normas de higiene, de control del medio ambiente, hacia la observación de los pacientes y su comodidad, a la administración de medicamentos ordenados por el médico. En este momento se centra la práctica en el cumplimiento de un quehacer señalado por el médico, con poca autonomía frente al cuidado y un estricto cumplimiento de reglas, principios y tradiciones repetitivas que alejaban esta práctica de un quehacer profesional y lo reducían a un oficio, pero con un acúmulo importante de experiencia por los desarrollos empíricos con los que se contaba hasta ese momento.

Este proceso evolutivo conduce a que se establezcan programas de formación estructurados que permitan una mejor fundamentación de las bases teóricas que enriquezcan la práctica de cuidado. Se establecen planes de estudio orientados hacia las ciencias básicas como biología, anatomía, fisiología, microbiología; éstas eran ciencias ya desarrolladas. Así se da comienzo a un período de consolidación del conocimiento; éste se caracteriza porque la experiencia acumulada y el nuevo conocimiento forman una alianza que genera nuevas necesidades en el campo de la ética y de lo jurídico y así se conforman organizaciones que respaldan el ejercicio de la profesión.

En esta evolución del conocimiento de enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo. Ellos representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad opuesta. Los conceptos del Metaparadigma de enfermería surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes en la práctica, de los cuales se han identificado cuatro constructos: la persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería. La persona es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupos o comunidades engloban el concepto de persona.

Para poder hacer estudios que fundamente los conocimientos de enfermería es necesario hacer uso de la filosofía por ser una rama del conocimiento que se ocupa de ofrecer juicios fundados sobre los componentes de la ciencia del conocimiento del cuidado. La filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. Se define como la investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad e indaga la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico y no de los métodos empíricos.²⁴

La visión filosófica del cuidado se ha convertido en la clave para comprender, explicar e interpretar los cambios que han ocurrido en el desarrollo de la humanidad y entender la relación que las personas mantienen con la naturaleza.²⁵

Heidegger afirma que el cuidado es circunstancial a la existencia humana, utiliza el término *surge* para significar cuidado, inquietud, preocupación por sí mismo e interés intelectual. Foucault refiere que cuidar de sí es conocerse, formarse, superarse a sí mismo y cuidar de los demás. Por lo que coinciden junto con otros que el cuidado pertenece a la naturaleza del ser humano y se comparte con su grupo social, con el fin de reconocer la propia existencia como manifestación del ser, el cuidado de sí y el crecimiento mutuo de quien cuida y a quien se cuida.

En lo que respecta a la práctica va más allá de la realización de técnicas y procedimientos pues al ser el cuidado su objeto de estudio requiere de conocimientos, pensamiento crítico y un juicio clínico para elegir una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica el dominio de conocimientos teórico-metodológicos, de habilidades técnicas, y de actitudes hacia la persona de cuidado por lo que su práctica se debe caracterizar:²⁶

²⁴ Cárdenas B.L. Cuidado Profesional de Enfermería. Ed. 1ª. (FEMAFEE) 2009. Pp. 144-146

²⁵ Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A.L., Ramírez M., Ferro N., Alvarado E.. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 04] ; 14(3): 191-198. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es.

²⁶ Cárdenas J.M. Conceptualización de la enfermería. Documento mimeografiado ENEO-UNAM

- El cuidado implica diversos procesos la aplicación de conocimientos, la reflexión, la integración de creencias y valores, análisis crítico, juicio clínico, y la intuición que permitan desarrollar un cuidado innovador, reúne la ciencia y el arte de enfermería y se centra en la persona quien interacción continua con su entorno vive una experiencia de salud.
- Reconocer la diferencia de la forma de ser y de percibir que existen entre la persona, familia, grupo y comunidad.
- La interacción de la persona con la enfermera deberá sustentarse en valores y dejar de considerar a la persona como paciente y reconocer su verdadera esencia como ser humano.
- Basar el cuidado en conocimientos específicos de la disciplina de enfermería y en otros campos disciplinares y apoyarse de una visión humanística y holística del ser humano.
- El método que posibilita el cuidado de la salud Proceso Atención de Enfermería definido como el sistema propio de intervenciones propias de enfermería el cual implica la identificación de necesidades de salud o enfermedad de la persona.

4.3 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN

La aplicación de las teorías en nuestra disciplina es esencial para explicar y comprender las prácticas enfermeras. El marco teórico de referencia ayuda a examinar, organizar, analizar e interpretar los datos del paciente, apoyando y facilitando la toma de decisiones. De la misma forma, favorece la planificación, la predicción y la evaluación de los resultados de los cuidados que se proporcionan a la persona, familia, grupo y comunidad.

Por lo tanto, el enfoque teórico es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y además, favorece que los profesionales de enfermería empleen y manejen toda la información sobre el paciente y gestionen la práctica del cuidado de forma ordenada y eficaz. Es evidente la necesidad de profundizar en las teorías de enfermería, para la aplicación adecuada en las áreas de investigación, enseñanza y práctica, optimizando y mejorando el uso de estas, además de posibilitar la comprensión de determinados conceptos. Meléis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica. Evitan que esta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas, y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado, así mismo permiten identificar con mayor claridad cual es la contribución de las enfermeras como parte de un equipo interdisciplinario.²⁷

El uso de modelos conceptuales de enfermería en la atención garantiza que el personal de enfermería comparta un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan el rol profesional.²⁸

Los **modelos conceptuales** de enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva desde la que observar fenómenos específicos de la disciplina de la enfermería. Diferentes modelos conceptuales ofrecen varias perspectivas o marcos para pensar críticamente y tomar decisiones enfermeras.

Teorías de enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas

²⁷ Moreno Fergusson María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 Oct [cited 2021 Sep 12]; 5(1): 44-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en.

²⁸ Idem (27)

interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir y o controlar los fenómenos²⁹

Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica. Los modelos y teorías de enfermería tienen en común el metaparadigma del que parten.

OBJETIVOS DE LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA: ³⁰

- Los profesionales de enfermería deben asumir el liderazgo del cuidado, para lo cual requieren de un marco de referencia que los centre en aquellos aspectos fundamentales de su práctica.
- En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina.
- Favorece la comunicación entre los profesionales de enfermería al unificar criterios frente a la interpretación de las situaciones de cuidado, y la aplicación del proceso de enfermería.
- Tener claridad sobre la razón de ser de la disciplina y las metas del cuidado debido a que permite a los profesionales diferenciar su campo de acción e identificar claramente su contribución para la promoción y recuperación de la salud de las personas, y los estimula a participar activamente en el equipo interdisciplinario.
- Los modelos facilitarán establecer indicadores de calidad para enfermería.

²⁹ MARRINER, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid, Rol, 1989.

³⁰ (Ídem 27)

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

De acuerdo con la evolución y desarrollo de las teorías de enfermería Marriner las clasifica de la siguiente manera:³¹

1. **Filosofía de la enfermería:** Explica el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, el razonamiento y el argumento lógico. (Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson, Benner)
2. **Los modelos conceptuales:** Tratan los amplios conceptos del metaparadigma que son fundamentales para su significado en el contexto del marco concreto y la disciplina enfermera. Proporcionan un marco de referencia distintivo a sus partidarios, indicándoles hacia dónde deben mirar y que preguntas deben formularse. Las obras de los grandes teóricos comprenden toda la enfermería y suelen incluir aspectos de los seres humanos, su entorno y su salud con los que se relaciona la disciplina proporcionándoles unas directrices a los profesionales dentro del ámbito científico. (Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Newman, King)
3. **Teorías de enfermería o teorías de nivel medio:** Proceden de trabajos de otras disciplinas referidos a la enfermería y de las grandes teorías o modelos conceptuales. (Peplau, Orlando, Travelbee, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain, Mercer, Bernard, Leininger, Parse, Fitzpatrick, Newman, Adam, pender)

Existen otras tendencias: Modelos naturalistas, modelos de suplencia o ayuda, modelos de interrelación.

Modelos naturalistas

Su principal representante es Florence Nightingale. En 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería en su libro *Notas sobre enfermería (Notes on nursing)*; «Se tiene la tendencia a creer que la medicina cura Nada es menos

³¹ Marriner, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid, Rol, 1989.

cierto, la medicina es la cirugía de las funciones como la verdadera cirugía es la cirugía de los órganos, ni una ni la otra curan, sólo la naturaleza puede curar. - Lo que hacen los cuidados de enfermería en los dos casos es poner al enfermo en su obra».

Florence Nightingale ya había comprendido la necesidad de tener un esquema de referencia, un cuadro conceptual. Desde este primer intento de conceptualización, hasta que de nuevo formalmente se hace esta pregunta, transcurre casi un siglo. Es el más sencillo de todos los modelos.

Modelos de suplencia o ayuda

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona.

Las dos representantes más importantes de esta tendencia son Virginia Henderson y Dorothea Orem.

Modelos de interrelación

En estos modelos el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermero-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Los modelos más representativos son los de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha E. Rogers, Myra Levine y Marjory Gordon.

4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

El desarrollo de las teorías de enfermería se ha considerado como esencial para el establecimiento de un cuerpo de saberes propio. En la actualidad a nivel mundial el proceso de enfermería ha sido aceptado como el marco de la práctica de enfermería, garantizando mediante este proceso cuidados de enfermería idóneos.

Emula los pasos del método científico, con el objetivo principal de establecer una estructura para intervenir mediante actividades las necesidades reales o potenciales del paciente, las cuales una vez aplicadas y evaluadas, permiten la retroalimentación para redireccionarlas en función de alcanzar una mayor efectividad. La aplicación del proceso de enfermería (PAE), fomenta el pensamiento crítico, la investigación y el desarrollo de conocimientos propios que le aportan autonomía a la profesión y sustentan el quehacer científico de la misma.

El proceso de atención de enfermería está fundamentado en las teorías y actualmente está conformado por las dimensiones directiva, docente, investigativa y asistencial.

Cabe destacar que la profesión ha evolucionado en diferentes ámbitos, con relación a las dimensiones de enfermería, tomando en cuenta que en la asistencial el enfermero tiene como objetivo el cuidado humano, el cual conlleva características que lo identifican y diferencian de otros. Es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro; implica cuidado de la vida, para la permanencia y trascendencia del ser, valores, deseos y compromiso, conocimiento y acciones; es el ideal moral como fin, protección y engrandecimiento de la dignidad humana.

Importancia para la profesión.

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como una disciplina académica sino también es crucial para la práctica de enfermería profesional.

1. En su práctica utiliza un cuerpo bien definido y organizado de conocimientos.
2. Aumenta constantemente el cuerpo de conocimientos que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
3. Aplica su cuerpo de conocimientos en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.

4. Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales, y por tanto para controlar la actividad profesional.³²

4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA APLICACIÓN DEL P.A. E

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos.

La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto, la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que

³² MARRINER, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid, Rol, 1989.

sanciona la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO³³

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

³³ Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. Anteproyecto del Código de Ética de la Enfermería Profesional. México, D.F. 1999.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A.E

MODELO DE ATENCIÓN VIRGINIA HENDERSON: “DEFINICIÓN DE LA ENFERMERÍA”

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.³⁴

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de esta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el

³⁴ Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.

individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.³⁵

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

³⁵ Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. Enf y Hum [internet].2014[citado 18 octubre 2019];(1)1-5. Disponible en <<http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>>

Meta-paradigma del modelo y/o teoría.

El meta-paradigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.³⁶

Necesidades: Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respiración: respirar normalmente.
2. Alimentación: comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación: eliminar los desechos corporales.
4. Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso: dormir y descansar.
6. Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad: evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

³⁶ García. G.MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso. Ed. 2da. 2004

11. Religión: rendir culto según la propia fe.
12. Adaptación: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Ventajas del modelo de cuidados de Virginia Henderson

Algunas de las ventajas de la utilización del modelo de Virginia Henderson son:

- Se adapta al contexto de enfermería.
- Puede utilizarse en todos los campos de actuación.
- Existe abundante información.
- Incluye en papel de colaboración como parte de actuación de la enfermería.
- Contempla a la persona como un todo.
- Reconoce a la persona su potencial de cambio.
- Propone un método de resolución de problemas.
- Permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC.

Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson

La profesión enfermera se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados.

Es decir, que la implantación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además, el PE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.

Así podemos decir que la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera es el Proceso Enfermero (PE).³⁷

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

ANTECEDENTES:

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación,

³⁷ Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010

ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado; el primero tiene el papel activo pues realiza acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud.³⁸

4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El Proceso Atención de Enfermería es una herramienta metodológica importante en la disciplina profesional, el cual es fundamentado en el método científico, ya que, a partir del contexto, datos y experiencias, se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, nos permite hacer una revisión del tema basado en la evidencia científica, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones así mismo se analizan y evalúan los resultados.³⁹

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo

³⁸ Idem (27)

³⁹ Reina G., Nadia Carolina El Proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia

Objetivos:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud.

4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

➤ Valoración

Concepto

La valoración de enfermería es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual de la paciente llevada a cabo por el enfermero.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. RECOLECCIÓN DE DATOS. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La obtención de los datos se realizará:

- Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física)
- Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.
- Los métodos para la recogida de datos son la entrevista, la observación, y la exploración física.
- El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

2.- VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3.- ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados

4.- INSPECCIÓN

Es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para detectar los hallazgos anormales en relación con los normales.

El aspecto general y el comportamiento de un individuo deben ser valorados en términos de cultura, nivel educativo, nivel socio económico y problemas actuales (historia general de salud).⁴⁰

La edad, el género y la raza del paciente son factores útiles para interpretar hallazgos. Se divide en dos:

⁴⁰ Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. Enf y Hum [internet].2014[citado 18 octubre 2019];(1)1-5. Disponible en <<http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>>

Inspección General: Incluye el aspecto general, el estado mental, los signos vitales, el peso y altura, postura, marcha y piel.

➤ **Diagnóstico**

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Nexo entre la Valoración y la Planificación en el que, a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados. Consta de dos fases:

ANÁLISIS DE DATOS Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- Problema de Colaboración. Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha

adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los diagnósticos enfermeros pueden estar centrados en el problema, un estado de promoción de la salud o un riesgo potencial. ⁴¹

- **Diagnostico enfocado en el problema:** Un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud7proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- **Diagnóstico de riesgo:** Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud procesos de vida.
- **Diagnóstico de promoción de la salud:** Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.

Los diagnósticos de enfermería se enuncian utilizando la taxonomía NANDA.⁴²

Nombre o etiqueta Elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores.

Definición descripción clara y precisa del problema.

Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.

Factores relacionados/de riesgo (relacionado con r/c)

Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad. Sobre estos

⁴¹ NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación2018-2020 undécima edición.

⁴² Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. Enf y Hum [internet].2014[citado 18 octubre 2019];(1)1-5. Disponible en <<http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>>

factores se enfocarán las intervenciones enfermeras y actividades derivadas de éstas. Si sospechamos que los objetivos que nos planteamos (criterios de resultado: NOC) no pueden ser alcanzados con las intervenciones, porque con ellas no llegamos a tratar la causa del problema, estaríamos ante un Problema de Colaboración, o ante un problema de autonomía.

Características Definitorias.

Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia. Son concretas y mensurables mediante la observación o los informes de la persona/grupo. Al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. Excepción: en los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes, son aquellos que la persona puede desarrollar, como consecuencia de la presencia de factores de riesgo, de no intervenir adecuadamente.

PASOS PARA UN DIAGNÓSTICO

- ✓ Priorizar Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación
- ✓ Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
- ✓ Realizar una lista de problemas reales y potenciales identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
- ✓ Buscar las evidencias (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.

- ✓ Nombrar los problemas con las etiquetas diagnósticas que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
- ✓ Determinar las causas del problema (r/c) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las intervenciones específicas.
- ✓ Si se detectan factores de riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como diagnóstico de riesgo (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
- ✓ Involucrar al individuo/familia en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tienen el derecho legal a esta información.
- ✓ Evaluar los recursos con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados.

➤ **Planificación**

Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas

- ✓ Problemas que amenacen la vida del individuo.
- ✓ Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- ✓ Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- ✓ Problemas para resolver por enfermería.
- ✓ Problemas para resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

- ✓ ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo? Los objetivos se establecen utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Selección de Intervenciones y Actividades

- ✓ En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- ✓ En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).

➤ **Ejecución**

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos

Preparación revisando las intervenciones propuestas para

- ✓ Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- ✓ Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos.

➤ Evaluación

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- ✓ Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del diagnóstico de evaluación.
- ✓ Diagnóstico: el diagnóstico de evaluación es exacto y adecuado.
- ✓ Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- ✓ Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.⁴³

4.5 LA PERSONA

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

De acuerdo con la OMS «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».⁴⁴

La salud en la vejez es el reflejo de factores que intervienen en toda una vida, que va desde factores incontrolables como la herencia genética pasando por condiciones socioeconómicas como las oportunidades de trabajo y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y estilos de vida.

Existen otros factores condicionantes que modifican , de acuerdo a la historia de vida de cada individuo el establecimiento y curso de los problemas de salud, como lo es por un lado el envejecimiento, el cual como lo menciona Streleher “Es un proceso biológico universal, endógeno, intrínseco, que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las

⁴³ Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018. [Consultado agosto 9 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno como externo , a la detención de sus sistemas autorregulados y que lleva a la muerte.⁴⁵

El envejecimiento es el "***proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.***⁴⁶ Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales".

Clasificación del adulto mayor

De acuerdo a las Naciones Unidas el adulto mayor, comienza a los 65 años en los países desarrollados y a los 60 años en los países en vías de desarrollo. Además, la Organización Mundial de la Salud lo clasifica por rangos de edades desde los 60 a 74 años edad avanzada, de 75 a 90 años ancianos y mayores de 90 años como grandes viejos.

A partir de los 60 – 65 años, aproximadamente, comienza una edad marcada por el desgaste progresivo de los distintos sistemas corporales; el tejido elástico del cuerpo se va perdiendo y es por ello que se nota menor flexibilidad en las articulaciones; asimismo, las capacidades sensoriales (vista, oído) disminuyen considerablemente y los huesos se hacen más frágiles y quebradizos, por lo que son comunes las fracturas que se deben a las caídas; esto no significa un declive de las capacidades cognitivas y psíquicas, de hecho, un individuo puede continuar disfrutando de mente ágil y eficiente hasta más allá de los 70 años, y más aún si se ha llevado una vida sana; el progreso de la ciencia médica, por otro lado, permite hoy aumentar la esperanza de vida de los ancianos y mejorar sus condiciones de salud.

⁴⁵ Castro, S. Enfermería Geriátrica. Protocolos del Cuidado al anciano

⁴⁶ Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 jun [citado 2021 Sep. 13] ; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.

- **Persona mayor autónoma.**

Incluye a los mayores de 65 años, sanos y exento de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años, y en estudios realizados en Ecuador se encuentra un elevado nivel de autonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva.

- **Persona mayor dependiente.**

Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional.

- **Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia.**

Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, e inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. Es una etapa de todo ser humano ya que está asociada a la calidad de vida que cada persona debido a esto se da los cambios que puede llegar a presentar el adulto mayor ya que algunos cambios vienen relacionados con la calidad de vida que ha tenido desde el nacimiento hasta esta etapa por eso se diría que el envejecimiento es un proceso el cual es inevitable que pueda dar el cualquier ser humano.

La vejez

Es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento. Para quienes trabajamos con y para

personas mayores será indispensable que contemos con una idea clara de estos conceptos. Las actitudes que frecuentemente mostramos a las personas mayores se encuentran relacionadas con la percepción social que se mantiene de ellas y esta imagen a su vez determina en gran medida, la posición social en la que se encuentran.⁴⁷

4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Biológicas

El envejecimiento se ha definido como el conjunto de cambios estructurales y graduales que se producen con el paso del tiempo, que no son debidos a enfermedad o accidente y que, eventualmente, conducen a la muerte. Por el envejecimiento, adultos saludables se convierten en débiles, con una disminución en las funciones fisiológicas y un aumento de la vulnerabilidad a procesos morbosos y a la muerte.⁴⁸

La definición anteriormente expuesta lleva implícita una cuestión de difícil resolución, antes de abordar el problema de cómo envejecemos. Se trata del establecimiento de un criterio generalizado de lo que constituye el envejecimiento normal. No es fácil diferenciar las manifestaciones del envejecimiento por ejemplo de enfermedades comunes de los ancianos. Lo ideal sería la identificación de los procesos que llevan a la vejez que, como es lógico, deben actuar desde edades mucho más tempranas, dado el carácter progresivo del envejecimiento.

A pesar de la diversidad de teorías, de muy diferente origen, que reclaman para sí la verdad sobre el envejecimiento, la biogerontología no ha conseguido demostrar de forma concluyente cómo envejecemos. Durante la decadencia fisiológica que lleva a la muerte, se produce la disminución de la función celular, lesión celular y, finalmente, la muerte celular. La causa de todo ello es la cuestión central de este

⁴⁷ Idem (1)

⁴⁸ Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. 2015;17(1):121-131

capítulo. Probablemente no exista una única causa del envejecimiento, sino que más bien interactúen diferentes procesos de una manera integrada.

A pesar de las dificultades que subyacen al problema del envejecimiento, existen una serie de características que mantienen una cierta regularidad en el proceso. Entre ellas están el incremento de la mortalidad con la edad; los cambios en la composición bioquímica del cuerpo (disminución de la masa magra y un incremento de la grasa), incremento de lipofuscina en ciertos tejidos y de las uniones cruzadas en moléculas de la matriz como el colágeno; aumento de los cambios degenerativos; disminución de las capacidades adaptativas a los cambios ambientales. Finalmente, aumenta la vulnerabilidad a ciertas enfermedades. De todas esas características, parece ser que la más importante es el descenso de la “reserva homeostática”, o lo que es lo mismo, la reducción de la capacidad para mantener el equilibrio interno frente a “agresiones” externas.

Teorías Biológicas del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad. Una cosa es definitiva, todas las especies envejecen y experimentan notables cambios desde su nacimiento hasta la muerte. Las personas que llegan a una cierta edad se enfrentan a problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que condicionan, cada vez de manera más estricta, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural.

Teorías estocásticas: consideran al envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las siguientes:⁴⁹

A) **Teoría del error catastrófico:** esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último

⁴⁹ Charlotte E. Enfermería geriátrica y gerontológica. Ed. Wolters Kluwer. 9ª edición

término determinaría daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas.

B) **Teoría del entrecruzamiento:** Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

C) **Teoría del desgaste:** esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies.

D) Teoría de los radicales libres (Denham Harman, 1956): esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento puede ser el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Teoría no estocástica: consideran que el envejecimiento está predeterminado. Esta teoría propone que el envejecimiento podría ser la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

A) **Teoría del marcapasos:** el sistema inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El Timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento".

B) **Teoría genética:** es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

Psico social

El envejecimiento normal conlleva un declive de las funciones y procesos biológico del individuo. Esta involución física en las estructuras, funcionamiento y neuroquímica cerebral es indiscutible, pero el funcionamiento intelectual no se ajusta a este patrón de deterioro progresivo.⁵⁰

Este paralelismo entre lo biológico y lo psicológico ha generado hasta los años sesenta una visión negativista del funcionamiento intelectual y cognitivo durante la vejez.

Es evidente que, con la edad, determinadas habilidades cognitivas y motoras sufren cambios cualitativos y cuantitativos; las investigaciones más recientes permiten matizar este modelo deficitario de la inteligencia.

Conviene resaltar la importancia que tienen los aspectos biográficos, históricos y socio-demográficos, los cuales van a influir en mayor o menor medida en el funcionamiento intelectual de una persona durante su ciclo vital.

Teorías psicológicas: La mayoría de las teorías psicológicas mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas para que una persona envejezca con éxito. Los desencadenantes pueden ser los cambios físicos del envejecimiento, los problemas de la jubilación sobrellevan la muerte del conyugue o de amigos y tal vez el declive de la salud.

Los factores a los que se hace referencia podrían agruparse en:

- Factores ontogenéticos: Se refieren a los determinantes básicos biológicos y ambientales que van a condicionar el desarrollo de la persona a lo largo de su vida.
- Factores históricos: Acontecimientos producidos en su medio cultural, y que, asociados a cambios ambientales, afectan a una generación determinada.

⁵⁰ (Ídem 49)

Por ejemplo, actualmente, mayor prevención de la salud en edades avanzadas, mejores condiciones socioeconómicas, etc.

- Factores no normativos: Son aquellas situaciones que se produce de forma eventual o permanente en el transcurso de la vida de una persona; van ligados a aspectos tanto biológicos como ambientales. Por ejemplo, una enfermedad crónica.

Aspectos sociales

El grupo de ancianos es al menos tan diverso como el de jóvenes en términos de recursos personales, sociales, salud, estado mental, integración social, etc.

Desarrollaremos algunos aspectos concretos. a) Sexo: La relación anciana/anciano es de 2 a 1 y, en el grupo de los muy ancianos, la proporción puede ser da hasta el 70% a favor de las mujeres. Esto viene determinado porque, aunque nacen más hombres que mujeres, la mortalidad masculina es mayor, y la esperanza de vida, tanto al nacer como a cualquier edad, es siempre superior para el sexo femenino. b) Estado civil: Como la mortalidad masculina es mayor, el porcentaje de viudas y solteras sobre viudos y solteros en la tercera edad se incrementa de decenio en decenio en favor de la mujer.

TEORÍAS SOCIOLOGICAS

Teorías sociológicas: la sociología considera a la ancianidad como una etapa vital de creciente importancia. Las teorías se basan en la relación de las personas con la sociedad, y el status de los ancianos.

Teoría adaptativa: El enfoque está en cómo el anciano se adapta al final de la vida y como el medio ambiente influye en ese proceso adaptativo.

Teoría de la modernización: Destaca la situación actual del anciano caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría.

Teorías funcionalistas o teorías de la socialización: Estas teorías estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad. Defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima.

I. **Teoría de la actividad:** se fundamenta en la importancia que se les da a los roles del individuo para que se sienta útil.

II. **Teoría de la desvinculación o del retraimiento:** según esta teoría el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen.

III. **Teoría de la continuidad:** propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, si no que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas.

- **Teorías derivadas del envejecimiento demográfico:** estudia la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población, y las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, hacen de la población una sociedad anciana.

- **Teoría del medio social:** sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de echo el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo al contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.

- **Teoría de la construcción social de la vejez:** critica la imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento improductivo dependiente de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendiendo en las teorías anteriores.

4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES

PANORAMA DEMOGRÁFICO

El envejecimiento poblacional es un reto importante para el Sistema Nacional de Salud en México este no debe ser visto como una carga, ni como un problema de financiamiento de pensiones, sino como una oportunidad para reorientar las políticas públicas y dotar de nuevo significado a la vejez, a las personas adultas mayores y al envejecimiento.⁵¹

En 2016, en México, la población de 60 años y más es mayor que la población menor de cinco años, y para 2050 el número de personas mayores superará al grupo de jóvenes (< 15 años).

A los adultos mayores se les adjudica una condición de grupo emergente, que se atribuye a la proporción en que se produce su incremento numérico a nivel mundial, con un pronóstico por la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 de un 70 por ciento de la población del planeta y un valor neto estimado superior a los 700 millones de personas en los llamados países en vías de desarrollo, muy por encima de los 318 millones esperados para las regiones industrializadas.

Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.⁵²

En el 2015 la esperanza de vida en México es de 74.9 años y para el 2050 será casi de 80 años. De lo anterior destaca la enorme significación que adquiere el adulto mayor, como sector poblacional, no solo en el contexto general del mundo y de sus respectivos países, sino en particular de México, donde el Sector Salud ha tomado

⁵¹ INGER Hechos y desafíos para un envejecimiento Saludable en México. Primera edición junio 2016

⁵² Idem (1)

en cuenta como criterio fundamental este incremento importante de la población, para establecer políticas de atención y acciones específicas.

Los avances en las ciencias médicas y la mejoría en las condiciones de vida han contribuido a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, pero aún no se advierte cuándo se contendrá a las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto, es importante reconocer que una mayor longevidad de la población significa mayor carga de enfermedad y discapacidad, así como la necesidad de cuidados de corto y largo plazos.⁵³

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Las defunciones por COVID-19, en el periodo de enero a agosto de 2020, ocupan la segunda causa de muerte a nivel global con 108 658 casos, por debajo de las enfermedades del corazón que ocupan el primer lugar con 141 873 y por encima de la diabetes mellitus que ocupa el tercer lugar con 99 733. Entre enero y agosto de 2020 se registraron 683 823 defunciones; mientras que, en 2017, 2018 y 2019 fueron 467 264, 480 721 y 499 784 respectivamente. Es en julio donde se presenta el mayor número de defunciones registradas con un 17.1%, seguido de junio y agosto con un 15.5% y 14.9% respectivamente. Entre enero y agosto de 2020 en México se contabilizaron, mediante los registros administrativos generados a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficialías del Registro Civil, los Servicios Médicos Forenses y de los cuadernos estadísticos suministrados por las Agencias del Ministerio Público, un total de 683 823 muertes, es decir, 184 039 más que en el mismo periodo del año inmediato anterior.⁵⁴

Las caídas son la fuente más importante de morbilidad y mortalidad para los adultos mayores, convirtiéndose en un grave problema de salud pública, por las lesiones que producen, en la mayoría de los casos responden a una inadaptación entre la persona y su entorno de origen multifactorial. La prevalencia de caídas en el adulto

⁵³ (Ídem 51)

⁵⁴ INEGI, (2020). Nota técnica sobre las estadísticas de defunciones registradas 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

mayor varía del 30 al 50% con una incidencia anual de 25 a 35%. Del 10 al 25% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas, 5% requiere hospitalización. Las caídas son el 30% de la causa de muerte en los mayores de 65 años.⁵⁵

4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. Otra definición la refiere como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al individuo generalmente al piso contra su voluntad, suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo.⁵⁶

La edad es uno de los principales factores de riesgo para caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas y el riesgo aumenta con la edad. Las caídas en pacientes de más de 60 años constituyen un problema clínico importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el individuo, su familia y la sociedad.

Fisiología de la estabilidad

La fisiopatología de las caídas está vinculada con alteraciones en la regulación de la postura. La relación que tiene ésta con respecto a la gravedad es importante para mantener el equilibrio postural, que puede definirse como el estado en que todas las fuerzas actúan sobre el cuerpo y que están equilibradas de tal forma que éste mantiene la posición deseada (equilibrio estático), o es capaz de avanzar según un movimiento deseado sin perder el equilibrio (equilibrio dinámico); la suma de sus fuerzas ejercidas y de sus momentos es cero.

⁵⁵Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018. [Consultado agosto 9 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

⁵⁶ Ídem (55)

- **Caídas en el adulto mayor**

Las caídas en el adulto mayor son más propensas debido a su edad, siendo las más comunes debido a la alteración de la pérdida del equilibrio lo cual con lleva al adulto mayor al suelo en contra de su voluntad siendo esta una de las más relacionadas con el adulto mayor durante la hospitalización.

Las consecuencias que pueden traer las caídas en el adulto mayor, esto se puede relacionar a que una caída es la pérdida de la estabilidad o del equilibrio en el adulto mayor lo cual lo llevara a suelo en contra de su voluntad y podría llegar ase ruan de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor.

Clasificación de las caídas

Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultandos mortales en el 8,8% de los casos.

- Caída accidental: es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ej: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.
- Caída repetida: expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.
- Caída prolongada: es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

FACTORES DE RIESGO

La persona adulta mayor, tiene una susceptibilidad incrementada para padecer caídas, debido a un desajuste en los mecanismos de equilibrio postural ocasionados por la presencia de factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos.⁵⁷

FACTORES INTRINSECOS: Se denominan así a aquellos factores que predisponen a las caídas y que forman parte de las características físicas de una persona.

- **Enfermedades crónicas:** Enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- **Alteraciones visuales:** Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- **Sistema vestibular:** La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucósidos, etcétera.
- **Sistema locomotor:** Alteraciones osteo-musculares asociados directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (hallux valgus, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.
- **Sistema neurológico:** Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- **Enfermedades agudas:** Las infecciosas, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores.

⁵⁷ González Sánchez Regla Ledia, Rodríguez Fernández María Magdalena, Ferro Alfonso María de Jesús, García Milián Josué Raúl. Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Feb [citado 2021 Oct 04]; 15(1): 98-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011&lng=es.

- **Polifarmacia:** El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.
- **Uso incorrecto de los medicamentos:** No es infrecuente en la población anciana el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación.

FÁRMACOS RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE CAÍDAS

Benzodiacepinas: El Nitrazepán y Flurozepán parecen ser los que más problemas causan en este sentido, el Clobozán y el Clorodiazepóxido, los que con menor frecuencia se asocian con caídas.

Antihipertensivos: Se consideran en segundo lugar después de los sedantes, pueden influir en las caídas por producir hipotensión postural (Metildopa, betabloqueadores, etc) o disminuir el flujo sanguíneo cerebral.

Diuréticos: Por producir hipotensión sobre todo cuando son empleados en enfermedades cardíacas.

Fenotiacinas: Sus reacciones adversas son las extrapiramidales y el parkinsonismo. Puede explicar cierta asociación con caídas.

Antidepresivos tricíclicos: Aumenta la propensión a las caídas sobre todo cuando se asocian a otras drogas que provocan hipotensión postural, siendo su principal exponente la Imipramina. Además, este grupo provoca trastornos del ritmo cardíaco y efecto anticolinérgicos que puede intervenir en las caídas del anciano.

Antinflamatorios no esteroideos: Existen estudios que afirman que el 20 % de los ancianos tratados con ellos desarrollan inestabilidad y confusión.

FACTORES EXTRINSECOS

Son los factores que dependen de circunstancias sociales y ambientales. en este grupo se engloban las caídas accidentales. Son la causa del 77 % de caídas como los derivados del entorno tales como:

- **En el domicilio:** pisos resbaladizos, iluminación insuficiente, mobiliario poco apropiado, obstáculos en los lugares de paso, escalones demasiado altos, ausencia de asideros y pasamanos, ropas inseguras: zapatos y calcetines de la talla equivocada, batas o pantalones largos. etc.
- **En el exterior:** Aceras en mal estado, tráfico excesivo, mala señalización, falta de adaptación en los medios de transporte, y de los accesos a edificios para las personas discapacitadas.
- **En los hospitales e Instituciones:** ausencia de mobiliario adaptado, camas, sillones geriátricos, aditamentos de apoyo para la marcha etc.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de caídas La evaluación del adulto mayor que presenta una caída, así como del riesgo debe incluir los siguientes apartados: anamnesis, valoración geriátrica integral, valoración del equilibrio y de la marcha, exploraciones complementarias, valoración del entorno y plan de tratamiento y seguimiento. Se ha sugerido que los profesionales de la salud deben preguntar rutinariamente a los adultos mayores y, en su caso, a sus cuidadores, si éstos se han caído en el último año, así como la frecuencia y las características de la caída. El adulto mayor que refiere una caída debe ser considerado como un paciente con riesgo y debe evaluarse el déficit del balance y la fuerza.

El interrogatorio es una base fundamental para elaborar un diagnóstico integral. El primer paso es la búsqueda del diagnóstico sindromático y posteriormente

etiológico. Las caídas no escapan a este razonamiento clínico, ya que la presencia de inestabilidad en la marcha, proyección involuntaria y trauma contra el piso o mobiliario son elementos del síndrome de caídas. Por otro lado, para la integración de dicho síndrome, es indispensable definirlo en las dimensiones de eventos de caída por año.

Es importante mencionar que las personas adultas mayores reúnen una serie de características que los hacen proclives a caer más frecuentemente que las personas más jóvenes y no obstante que el caer es anormal a cualquier edad, está documentado que en las personas adultas mayores es “esperado” que tengan un evento de caída en el lapso de un año.

Por lo tanto, la integración del síndrome de caídas basada en criterios de eventos en unidad de tiempo es “la presencia de dos o más caídas en el último año”. Debemos de recalcar que el número de caídas es directamente proporcional al deterioro funcional del paciente. Una vez que se han integrado los componentes del síndrome de caídas, se debe hacer una semiología del evento, en búsqueda de sus características y en consecuencia esbozar la magnitud y probable etiología del incidente

CONSECUENCIA DE LAS CAÍDAS

Estas se pueden clasificar en inmediatas y tardías:⁵⁸

INMEDIATAS:

- Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas. También se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.

⁵⁸ González Sánchez Regla Ledia, Rodríguez Fernández María Magdalena, Ferro Alfonso María de Jesús, García Milián Josué Raúl. Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Feb [citado 2021 Oct 04]; 15(1): 98-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011&lng=es.

- La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

TARDÍAS:

- Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.
- Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y lo que genera restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Existe evidencia que relaciona el envejecimiento con los cambios hormonales y la pérdida de masa muscular, más aún no existe manejo hormonal específico bien avalado.
- El uso de Vitamina D a dosis mayores a 400UI por día, reduce el riesgo de fractura no vertebral; además existe una asociación entre niveles bajos de vitamina D y disminución de la masa muscular, fuerza muscular y el incremento de caídas.
- No se recomienda el uso de hormona del crecimiento, ya que no incrementa la fuerza ni la masa muscular y aumenta la mortalidad en personas con desnutrición.
- La tibolona aumenta la masa muscular y disminuye la masa grasa total. Sin embargo, no existen estudios que confirmen su seguridad en la población anciana.

- El uso de los inhibidores de la enzima convertidora en angiotensina en mujeres ha demostrado, disminuir el grado de deterioro de fuerza y velocidad, sin embargo, es necesario mayor evidencia para sustentar su uso para fines de tratamiento de la fragilidad.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

- Los ejercicios de resistencia son considerados un método seguro y efectivo para mejorar la fuerza y el tejido muscular (sarcopenia y dinapenia) al mejorar la síntesis de proteínas y la adaptación neuromuscular, incluso con períodos cortos de entrenamiento.
- Fomentar el ejercicio de resistencia, para tratar la debilidad muscular, ya que esta disminuye la discapacidad, principalmente en personas con deterioro funcional temprano
- Realizar entrenamiento de resistencia física al menos tres veces por semana ya que mejora la fuerza muscular y la actividad física con el fin de evitar o retrasar la aparición de fragilidad y mantener la funcionalidad del anciano.
- Actividad física de 30 a 60 minutos al día, en sesiones de 10 minutos cada uno con un total de 150 a 300 minutos a la semana, para mantener resistencia, equilibrio y flexibilidad.
- La intensidad y duración de la actividad física debe ser individualizada de acuerdo con las capacidades físicas de cada paciente y de ser posible supervisada por un profesional en rehabilitación o fisioterapeuta.
- Es importante conocer las necesidades de la familia y/o cuidadores para poder involucrarlos y orientarlos en el cuidado del paciente frágil, para poder preservar la funcionalidad del anciano.

- Si se realiza una identificación y tratamiento tempranos de la fragilidad se reduciría la progresión de la discapacidad en pacientes viejos y los costos en la atención de salud.⁵⁹

MANEJO DE LAS CAÍDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El manejo de la persona adulta mayor que ha sufrido una caída requiere del tratamiento de un equipo multidisciplinario (médico, terapeuta físico, psicólogo, enfermera y trabajadora social), en esta guía solamente nos referiremos al tratamiento médico sin dejar de lado que la intervención de los demás profesionistas es de vital importancia para ofrecer un tratamiento integral a estos pacientes. Las acciones aquí expuestas tienen dos propósitos fundamentales: uno es la prevención de la caída y el otro es el tratamiento específico de la causa que la originó.

PREVENCIÓN

La prevención de las caídas en las personas adultas mayores gira en torno a varios sentidos, por una parte, es fundamental sensibilizar a la persona adulta mayor, así como a sus familiares, de la vulnerabilidad que confiere la edad avanzada para sufrir una caída. Identificar aquellos factores tanto extrínsecos como intrínsecos, que pudieran generar caídas en el paciente geriátrico, a fin de modificar, por un lado, el entorno potencialmente peligroso y por otro lado intervenir preventivamente en aquellas causas del componente biológico de la persona adulta mayor, que pudieran ocasionar o perpetuar este tipo de accidentes.

Por último, la detección de la persona que tiene un riesgo aumentado para caer es básica para actuar de forma preventiva o correctiva.

MEDIDAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Además del tratamiento sobre las enfermedades o los factores intrínsecos que se encuentren se pueden adoptar las medidas siguientes:

⁵⁹ Idem (49)

En el domicilio:

- La “lista de verificación” será de gran ayuda para identificar los factores externos que propician las caídas.

Adecuaciones de la vivienda en general:

- Los pasillos deben ser amplios con paredes y pisos pintados con colores contrastantes que delimitan la distancia y favorezcan la ubicación de cada lugar y evitar la disposición inadecuada de juguetes, objetos de mobiliario que predispongan a una caída.
- Los contactos de luz e interruptores deben ser accesibles, de manejo sencillo y en condiciones adecuadas; la iluminación debe ser adecuada.
- Los pisos de preferencia deben ser anti de rapantes evitando la presencia de tapetes, alfombras, y objetos riesgosos para el tropiezo del anciano.
- en los escalones es recomendable colocar tiras antiderrapantes, procurando que la altura sea de 20 cm y lo suficientemente amplio para que el anciano pueda colocar el pie completo con seguridad, debe existir pasamanos seguro (en ambos lados y fijo la base). Es necesario resaltar el último escalón con un color contrastante al resto de la escalera porque el anciano que presenta cambios de la visión no perciba adecuadamente la profundidad.
- No utilizar manija con manivelas redondas en las puertas; porque es difícil para el anciano la manipulación debido al deterioro sensorial, debilidad o enfermedad articular degenerativa.
- El mobiliario utilizado para que el anciano se siente preferentemente necesita respaldo alto, acojinado y con brazos amplios que favorezcan la bipedestación (ponerse de pie).
- Mantener en un lugar fijo los muebles para evitar la modificación del entorno y desorientación del anciano.

Adecuaciones en el dormitorio:

- Altura adecuada de la cama, de forma que el anciano puede levantarse sin problemas.
- Interruptor accesible.
- Orinal (“pato”) cerca de la cama, para evitar desplazamientos nocturnos al baño.
- Recomendar al anciano que se levante de la cama de forma progresiva, para evitar hipotensión postural (mareos).
- Evitar las barras laterales de protección, sólo para casos de agitación en que sean imprescindibles.

Adecuaciones en el sanitario:

- Superficie deslizante o tapete de goma en el baño o la ducha.
- Soportes metálicos (tu voz) tanto horizontales como transversales en la ducha, para ayudar en la movilización.
- Silla de ducha o taburete para facilitar la transferencia y evitar la fatiga durante el baño.
- Elevar la taza del retrete o inodoro para favorecer el uso adecuado en el anciano por disminución de los arcos de movilidad, problemas de flexión.
- Buscar que las puertas se abran hacia el exterior para facilitar la deambulación sobre todo cuando el anciano utiliza aditamentos de apoyo para la marcha.

Vestido y calzado:

- La ropa debe tener las siguientes características: ser cómoda, adecuada a la época, con abertura hacia adelante, utilizar velcro en lugar de botones para facilitar la manipulación del anciano.
- Mantener la independencia del anciano permitiendo que se vista solo y sentado, evitando riesgos de caída.

- Ropa cómoda y amplia, preferentemente con abertura hacia adelante.
- Zapatos: cómodos, de tacón bajo, suela antideslizante (de goma preferentemente) y bien ajustados (agujetas bien amarradas).

Uso correcto de dispositivos de ayuda para la movilidad:

- Bastones, andadores y sillas de ruedas; sólo han de utilizarse con prescripción médica, rehabilitador y una enfermera capacitada quien enseña adecuadamente al anciano y su familia sobre el uso correcto de cada aditamento.

Adecuaciones del medio hospitalario y residencial:

- Las adecuaciones del entorno para facilitar la movilización del paciente y prevenir caídas ha de llevarse a cabo en cualquier área en que se encuentre, sea hospital, estancia de cuidados prolongados (asilo), centros de día, etc.
- Es muy importante mantener un cuidado estrecho con el adulto mayor institucionalizado, supervisando cada actividad, especialmente la deambulación. En periodo de inquietud o confusión procurar mantenerlo sin sujeción, ya que esto altera más su estado.

Medidas para atenuar las consecuencias de las caídas:

- Vigilar al anciano que ha sufrido una caída, ya que algunas complicaciones pueden dar síntomas varios días después, como el hematoma subdural, cuyos síntomas pueden aparecer hasta dos meses posteriores a la caída. (cefalea, vértigo, trastornos de visión, trastornos motores, etc.)
- Proporcionar sistemas de alarma para ancianos que estén solos, para que puedan avisar en caso de caída u otro problema.
- Pueden emplearse dispositivos protectores, por ejemplo: de cadera, para evitar que las caídas provoquen fracturas.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

5.1. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Antecedentes y situación actual

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: L.R.S.			
Edad: 93 años	Sexo: Masculino	Fecha de nacimiento: 25 Agosto 1928	
Ocupación: Pensionado	Escolaridad: Secundaria	Estado civil: Casado	
Lugar de nacimiento: Ciudad de México	Residencial actual: Ciudad de México	Religión: católica	
Tipo de interrogatorio: Directo			

Informe sobre el estado de Salud

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Hermano finado por diabetes mellitus tipo 2, desconoce resto de antecedentes.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia, construida con materiales perdurables, de cemento, 2 recamaras, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, habita con 2 personas más, hacinamiento negativo sin convivencia con animales. Aseo cada tercer día con apoyo del cuidador primario, con cambio de ropa exterior e interior diariamente, higiene dental 1 vez al día; alimentación adecuada en calidad y cantidad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Crónicos degenerativos: Negados

Traumáticos: Caídas

Alergias: Ninguna

Transfusionales: Negado

Quirúrgico: Ninguno

Toxicomanías: Negadas

MOTIVO DE CONSULTA/PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino el cual refiere iniciar padecimiento actual el día 22/ julio/2021 posterior a caída de su propio plano de sustentación, contundiéndose en región pélvica derecha y posterior aparición de dolor de intensidad 5/10 EVA que repercute en la mecánica de la marcha.

EXPLORACIÓN FÍSICA

FC: 75 xmin.

FR: 18 xmin.

TA: 111/75 mmHg

Temp: 36.3°C

Peso: 70 kg

Talla: 1.65m

Masculino, de edad aparente similar a la cronológica, alineado, mesomórfico, facies no características que muestren alguna alteración, alerta, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, actitud libremente escogida, con apoyo de auxiliar para la marcha (bastón), normocéfalo, ojos simétricos, nariz central, narinas permeables, cavidad oral hidratada, conducto auditivo externo con adecuada implantación con presencia de cerumen, cuello cilíndrico, tráquea central, no se palpan adenomegalias, tórax normolíneo, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuado tono, frecuencia e intensidad, abdomen plano, normoperistalsis, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, extremidades torácicas integra, simétricas con fuerza conservada, extremidades pélvicas integra, simétricas con presencia de hematoma en extremidad inferior derecha de aproximadamente 8 cm de diámetro a nivel vasto externo.

Dominio Funcional.

Se aplico a **Escala de Barthel** para valorar las actividades Básicas de la Vida Diaria: obteniendo un puntaje de: 75 que corresponde a un grado leve de dependencia.

Durante la valoración con el apoyo de la **Escala de Tinetti o poma** se evaluó la biomecánica de la marcha y equilibrio obteniendo el siguiente resultado puntuación total 13/16 dando como resultado un riesgo alto de caídas. De acuerdo con el ciclo de la marcha.

5.2 VALORACION INICIAL Y CONTINUA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: <u>L.R.S</u>	EDAD: <u>93 AÑOS</u>	SEXO: <u>MASCULINO</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>CAÍDA DESDE PROPIA</u> ALTURA	OCUPACIÓN DEL PACIENTE: <u>PENSIONADO</u>	
DIRECCIÓN: <u>AVENIDA MONTE DE LAS CRUCES No. 24 COLONIA EL TIANGUILLO C.P.05400</u>		
TELÉFONO: <u>58139460</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>HIJA</u>	

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN RESPIRATORIO				
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>18 x'</u>				
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal	<u>x</u> Superficial	Kusmaull	Crepitantes	Paciente sedentario por deterioro de la marcha
Taquipnea	Profunda	Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea		Disnea	Sibilancias	
		Cheynes Stokes	Estertores	

CARDÍACO		
FRECUENCIA CARIACA: <u>80 x'</u> PULSO: <u>75 x'</u> TENSIÓN ARTERIAL: <u>111/75 mmHg</u>		
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES
Taquicardia	Rebotante	Trayectos venosos en las piernas aparentemente visibles
Bradycardia	Taquisfignia	
Arritmia	Bradisfignia	
	Filiforme	

COLORACIÓN TEGUMENTARIA

Cianosis Distal:	Cianosis peribucal:	Palidez:	Llenado Capilar: <u>3 Segundos</u>
------------------	---------------------	----------	------------------------------------

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>70 kg</u>	Peso ideal: <u>70 kg</u>	Talla: <u>1.65 CM</u>	Perímetro abdominal: <u>98 cm</u>	Perímetro Cefálico: <u>57 cm</u>
--------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Ha perdido o ganado peso (cuánto): se ha mantenido con el mismo peso

Complexión: Delgado Obesidad: Caquéxico: Otro:

ALIMENTO

<i>TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES</i>				<i>OBSERVACIONES</i>
Blanda:	Normal: <u>X</u>	Papilla:	Astringente:	Ingiere dieta normal en porciones adecuadas
Laxante:	Suplementos:			

LIQUIDOS

<i>CANTIDAD DE LÍQUIDOS:</i>	<i>TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS</i>			<i>OBSERVACIONES</i>
< de 500ml	Agua natural:	Agua de sabor natural: <u>X</u>	Té: <u>X</u>	Su ingesta de líquidos es adecuada
500 a 1000ml	<u>X</u> Jugos:	Refrescos:	Café: <u>X</u>	
>de 1000ml	Cerveza:	Otros:		

DATOS DIGESTIVOS

<p>Anorexia: Náuseas: Vómito: Indigestión: Hematemesis: Pirosis</p> <p>Distensión abdominal: Masticación dolorosa: Disfagia: Polidipsia: Polifagia:</p> <p>Polifagia: Odinofagia: Sialorrea: Regurgitación: Otro:</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>No presenta ninguna alteración digestiva</p>
---	---

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL						
Tipo	Frecuencia	Cantidad	Color	Olor	Consistencia	OBSERVACIONES
Fisiológica: <u>X</u>	2 diarias	Regular	Café	Normal	Pastosa	
Forzada:			<u>X</u>			
DATOS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL						
Estreñimiento:	Flatulencia:	Rectorragia:	Incontinencia:	Melena:		
Pujo: <u>X</u>	Tenesmo:	Otros: _____				

ELIMINACIÓN URINARIA					
Tipo	Frecuencia	Cantidad	Color	Olor	Observaciones
Fisiológica: <u>X</u>	2 diarias aproximadamente	Depende de la ingesta de líquidos	Amarillo claro u oscuro	Sui generis	De acuerdo a la ingesta de líquidos son las características de la orina, pero se encuentran dentro de los parámetros normales
Forzada:					
DATOS DE ELIMINACIÓN URINARIA					
Nicturia:	Anuria:	Disuria:	Enuresis:	Incontinencia:	Poliuria:
Iscuria:	Oliguria:	Opsiuria:	Polaquiuria:	Tenesmo	Urgencia
Otros: _____					

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	
Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): No realiza actividad física por el deterioro de la marcha que presenta	OBSERVACIONES Utiliza bastón como dispositivo de apoyo
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>utiliza bastón de apoyo</u>	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>utiliza bastón</u>	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>8</u> ¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>Sí</u> ¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>Ninguno</u>	¿Siente descanso cuando duerme?: <u>si</u> ¿Toma algún medicamento para dormir? <u>No</u>	OBSERVACIONES Se queda dormido en ocasiones en la tarde mirando la televisión, pero su descanso es adecuado
CARACTERÍSTICAS		
Insomnio: Bostezos frecuentes:	Se observa Presenta ojeras: cansado:	Ronquidos: Somnoliento Irritabilidad Otros: <u> </u>

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuándo hace el cambio de ropa interior y exterior? <u> </u> diario_ Necesita ayuda para vestirse: <u>sí</u> Tipo de ropa preferida: <u> </u> prefiere ropa caliente y de algodón <u> </u>	OBSERVACIONES Requiere ayuda del cuidador primario para vestirse.
--	---

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: <u>36.3°C</u> Axilar: <u>X</u> Frontal: Ótica: Oral: Rectal: Escalofríos: Piloerección: Diaforesis: Hipotermia: Hipertermia: Distermias: Fiebre: Rubicundez facial: Otros: <u> </u>	OBSERVACIONES Refiere su habitación esta adecuada para regular la temperatura ya que suele ser muy friolento
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN
Matutino Vespertino: <u>X</u> Nocturno:	Fría: Húmeda: Templada: <u>X</u> Ventilada: <u>X</u> Poco ventilada: Otros:

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL						
HIGIENE PERSONAL						
Regadera: <u>X</u>	Tina	Esponja	Aseos parciales:	Aseos de cavidades:	OBSERVACIONES	
Frecuencia del baño. Diario:	<i>Tres veces a la semana:</i>	<i>1 vez a la semana:</i>	<i>Otro: 2 veces a la semana</i>			No le gusta bañarse seguido.
MUCOSA ORAL						
Seca	Hidratada: <u>X</u>	Estomatitis	Caries	Gingivitis:	Ulceras	Aftas
Sialorrea:	Xerostomía:	Flictenas:	Halitosis:			
Características de la lengua: <u>Normal</u>			Otros:			
DIENTES						
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: <u>X</u> 2 veces al día: 3 veces al día:						
Cantidad de dientes: <u>X</u>						
Características de los dientes: Amarillos: Blancos: Picados: Sarro: Caries:						
Otros: <u>Tiene prótesis dental</u>						

PIEL						
Coloración:	Palidez:	Cianosis	Ictericia:	Rubicundez:	Cloasma:	OBSERVACIONES
Melasma:	Angiomas	Manchas	Rosado: <u>X</u>	Grisácea:	Apiñonada:	Piel tibia con textura un poco seca miembros pélvicos con presencia de hematoma por caída reciente a causa de deterioro de la marcha
Morena clara: <u>X</u>	Morena intensa:	Morena media:	Hiperpigmentación			
Temperatura	Fría:	Caliente:	Tibia: <u>X</u>	Otras: _____		
Textura	Edema	Celulitis:	Áspera:	Turgente	Escamosa	
Seca: <u>X</u>	Agrietada:		Otras: _____			
Aspecto y lesiones	Macula	Pápula	Vesículas	Pústulas	Nódulos	

<p>Ulceras Erosiones Fisuras: Costras: Red venosa: <u>X</u> Escaras:</p> <p>Tubérculos: Escaras: Callosidades: Isquemias Nevos Tatuajes</p> <p>Prurito: Petequias Equimosis: Hematomas: <u>X</u> Masas: Verrugas</p> <p>Signos de maltrato: Quemaduras Infiltración Ronchas o habones:</p> <p>Otros: _____</p>	
--	--

UÑAS					
<i>Coloración y características</i>					
Quebradizas	Micosis: <u>X</u>	Onicofagia	Bandas Blancas	Amarillentas	OBSERVACIONES Presencia de micosis en uñas de los pies
Cianóticas	Estriadas	Convexas	Coiloniquia	Grisácea	
Hemorragias subungueales	Deformadas	Rosadas	Otras:		

CABELLO						
Largo:	Corto: <u>X</u>	Lacio: <u>X</u>	Quebrado	Limpio: <u>X</u>	Sucio: _____	OBSERVACIONES Cabello corto lacio y limpio con presencia de alopecia
Desaliñado:		desprendimiento:	Alopecia: <u>X</u>	Distribución:		
Implantación:	Zooriasis:	Pediculosis	Quebradizo	Caspa	Otro:	

OJOS					
Simetría: <u>X</u>	Asimetría	Tumores	Hemorragias	Separación ocular	OBSERVACIONES Ojos simétricos pestañas integra pupilas isocóricas utiliza lentes
Edema palpebral	Secreción:	Ojeras	Tics	Dolor Estrabismo	
Pestañas integra o lesionadas: <u>integro</u>	Exoftalmos	Enoftalmos	Fosfenos	Uso de lentes <u>X</u>	

OÍDOS					
Dolor	Cerumen	Otorrea	Edema	Auxiliares auditivos: <u>X</u>	OBSERVACIONES Presencia de (otocerosis) cerumen en ambos oídos utiliza dispositivo auditivo por hipoacusia
Deformidades:	Hipoacusia: <u>X</u>	Acusia:	Acufenos:		

9. EVITAR PELIGROS	
DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
Esquema de vacunación. Completo: <u>X</u> Incompleto: _____ Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>ninguna</u> Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: <u>X</u> Tomar un medicamento que este en casa: _____ Número de personas con las que vive y parentesco: <u>2, hijo y esposa</u> Convive con animales (cuales y cuantos): <u>0</u> En casa hay fauna nociva o domestica: <u>no</u> En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>no</u> En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>No</u> ¿Qué tipo de servicios tiene en casa?: <u>cuenta con todos los servicios</u>	OBSERVACIONES Riesgos arquitectónicos

ESTADO NEUROLÓGICO					
Alerta: <u>X</u>	Orientado: <u>X</u>	Confusión	Parálisis	Hemiplejia	OBSERVACIONES Se encuentra alerta, consciente y orientado
Movimientos anormales	Hemiplejia	Hemiparesia	Parestesia	Dislalia	
Dislalia:	Hiperactividad	Déficit de atención	Agresividad	Letárgico	
Excitabilidad motriz:	Alucinaciones:	Fobias:	Otros		

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales: <u>Deterioro de la marcha</u> Riesgos ambientales: <u>Escalones en casa</u> Riesgos familiares: <u>Ninguno</u> Riesgos familiares: _____	OBSERVACIONES Riesgo de caídas por deterioro de la marcha, Barreras arquitectónicas (escalones en casa, espacios reducidos, piso liso, baño inadecuado para su baño seguro, hay plantas que obstaculizan el paso)

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: ninguno

Medios de comunicación frecuentes: Dispositivo auditivo

HABLA

Tipo de comunicación		Oral: <u>X</u>	Escrita:	Señas:	Visual:	OBSERVACIONES Presenta hipoacusia. Comunicación entendible
Tipo de habla:	Entendida <u>X</u>	Poco clara:	Incompleta:	Incoherente:	Pausado:	
Tartamudeo:	Balbuceo:	Dislexia	Afasia:	Dislalia:	Dialecto:	

PERSONALIDAD

Alegre: <u>X</u>	Tímido	Violento	Sarcástico	Noble:	Pasivo:	OBSERVACIONES Es una persona muy alegre amable y respetuosa se aísla por la hipoacusia que no le permite relacionarse adecuadamente
Hiperactivo	Enojo	Impulsivo	Retador	Superioridad	Inferioridad	
Otro: _____						

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: católica

Valores que se consideran importantes: Respeto, amor

¿Cómo influye su religión o creencia en su vida? Su fe es muy importante

¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: Siempre al iniciar el día se encomienda a Dios

OBSERVACIONES

Sus creencias y valores adquieren más intensidad en la vida de la persona, por lo que es capaz de compartir sus creencias y valores con otras personas

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc.)

Ingreso económico mensual: \$ 4 000

¿La enfermedad ha causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? Ninguno

¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad?

¿Cuáles?: Si

OBSERVACIONES

Es pensionado su ingreso es suficiente para cubrir sus necesidades

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: Ninguno

¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: leer el periódico

¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: 1 hora

¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: ve televisión 3 horas

OBSERVACIONES

Ve televisión y lee el periódico.

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD

Escolaridad del paciente: secundaria

Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente):

¿Qué le gustaría estudiar?: nada

¿Qué le gustaría aprender?: no

OBSERVACIONES

Estudios hasta secundaria

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD				OBSERVACIONES
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: sí, es consiente	Malo: _____	Regular: _____	No sé: _____	
Se ha tomado estudios de laboratorio: Sí: _____	No: ✕ _____	Cuales: _____		
¿Cuántas veces al año acude al médico general?:	__1__			
¿Cuántas veces al año acude al dentista?:	____1____			
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? <u>clara y suficiente</u>				

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN				
MUJER				
Edad de la menarca:	Ritmo, flujo, de menstruación:			OBSERVACIONES
Dismenorrea:	Fecha de última menstruación:			
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.):				
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuándo fue la última vez?:				
¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?:				
¿Se ha realizado mastografía y cuándo fue la última vez?:				
¿Sabe realizarse la exploración de mama?:				
¿Cuál es su método de planificación familiar?:				
¿Cuándo inicio la menopausia?:				
No. gestaciones:	No. de partos:	No. cesáreas:	No. de abortos:	
Todos sus hijos viven: _____				
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?:				

HOMBRE	
Higiene de zona genital: <u>1 diaria sin uso de sustancias</u>	OBSERVACIONES Realiza higiene genital 1 vez diaria no se ha realizado antígeno prostático
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: <u>no</u>	
¿Le han realizado exploración médica genital?: <u>Ninguna</u>	
¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>Ninguno</u>	
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>No</u>	

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales:
Exámenes de Laboratorio Especiales
Estudios de Gabinete.

TRATAMIENTO MÉDICO

5.2.1 Resultados de la Valoración

1. OXIGENACIÓN

Presenta frecuencia respiratoria de 18x' sin alteración respiratoria, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y pulso de 75, llenado capilar de 3 segundos tomado en miembro pélvico derecho, Trayectos venosos en las extremidades inferiores aparentemente visibles.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

De acuerdo con la última somatometría se registró un peso de 70. Kg, talla de 1.65 cm IMC: 20.2 se ha mantenido en su peso su ingesta de líquidos es adecuada.

3. ELIMINACIÓN

Refiere eliminación fisiológica 2 veces al día, cantidad normal, color café y consistencia pastosa comenta ligera dificultad al presentar pujo; uresis fisiológica aproximadamente 2 veces al día dependiendo de la cantidad de líquidos ingeridos es la cantidad de orina color amarillo claro, olor débil, densidad semejante a la del agua.

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Paciente sedentario ya que presenta deterioro de la marcha y utiliza bastón como dispositivo de apoyo.

5. DESCANSO Y SUEÑO

Duerme 8 horas su descanso es adecuado a veces se queda dormido al ver televisión.

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Con el apoyo del cuidador primario realiza cambio de ropa 1 vez al día, prefiere la ropa térmica y de algodón.

7. TERMORREGULACIÓN

Registro de temperatura axilar de 36.3, refiere que los cambios térmicos son en la tarde y su habitación esta templada ya que refiere la mayor parte del tiempo tener frio.

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Realiza higiene 2 veces a la semana con regadera ya que refiere tener frio, depende de su cuidador primario por deterioro de la marcha, mucosa oral hidratada, lengua normal, dentadura

incompleta sustituida por prótesis dental a la cual le realiza higiene 1 vez al día, piel de tes morena clara con temperatura tibia y textura seca , presencia de hematomas en miembro pélvico derecho por caída a causa de deterioro de la marcha presencia de insuficiencia venosa en miembros pélvicos, uñas con presencia de micosis amarillentas, cabello corto lacio y limpio, ojos con presencia de cataratas, simétricos y pupilas isocóricas, oídos con presencia de cerumen, utiliza dispositivo auditivo en oído derecho a causa de hipoacusia.

9. EVITAR PELIGROS

Refiere contar con esquema de vacunación completo, niega toxicomanías, se encuentra alerta y orientado, presenta deterioro de la marcha e hipoacusia acude al médico a revisión general 2 veces al año aproximadamente, reside en casa propia con hijo y nuera cuenta con todos los servicios en su hogar, mismo que cuenta con demasiados escalones que aumenta el riesgo de caídas, así como el espacio reducido, y objetos que obstaculizan.

10. COMUNICACIÓN

Cuenta con teléfono fijo por el cual recibe llamadas de sus familiares su comunicación es oral clara y entendida, se observa una personalidad amable, alegre, noble y respetuosa. Por hipoacusia se ha aislado un poco ya que le cuesta comprender cuando le hablan.

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Profesa religión católica misma que influye en su vida ya que siempre se encomienda a Dios y los valores más importantes son el respeto y el amor los cuales aplica en su día a día.

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

Es pensionado, su ingreso económico es de \$4,000 que sustenta sus necesidades básicas.

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

En sus tiempos libres ve T.V. y lee el periódico ya que no realiza ninguna otra actividad.

14. APRENDIZAJE

Nivel de estudios secundaria trunca, por su edad lo único que lee es el periódico y pone atención a todas las noticias.

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Higiene de zona genital 1 diaria, sin uso de sustancias, no se ha realizado antígeno prostático.

VALORACIÓN DOMINIO FUNCIONAL.

ESCALA TINETTI y POMA

Se trabajó con la escala de Tinetti para la evaluación de la marcha y el equilibrio. Esta escala se desarrolló para las personas mayores.

En relación con la marcha, el entrevistador camina detrás del paciente, el entrevistador permanece de pie junto al paciente, enfrente y a la derecha, vigilante de la situación. La máxima puntuación para la marcha es 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total de la escala es de 28 puntos. Se considera riesgo alto de caídas: menos de 19 puntos; riesgo de caídas: de 19 a 23 puntos, y riesgo bajo o leve: de 24 a 28 puntos.

Posterior a la aplicación de la escala se obtuvo un valor de 7 en equilibrio y 6 en marcha obteniendo un total de 13 puntos que indican un riesgo alto de caídas.

ÍNDICE DE BARTHEL

Se trabajó con la escala de Barthel instrumento de evaluación en forma de escala ampliamente utilizado por diversos profesionales de la rama sociosanitaria con el fin de evaluar o valorar el nivel de independencia que tiene una persona a la hora de realizar actividades básicas.

El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Posterior a la aplicación de la escala se obtuvo un valor total 75 puntos que indican un grado leve de dependencia.⁶⁰

⁶⁰ Idem (48)

5.3 DISEÑO Y PRIORIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Evitar peligros seguridad	Dificultad para caminar Uso de dispositivo de ayuda (bastón)	Disminución de la fuerza en extremidades inferiores	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Caídas Patrón: 01 Percepción Manejo de la Salud Dominio: 11 Seguridad/ protección Clase: 2 Lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros seguridad	Alteración de la marcha y equilibrio Tinetti y poma de 13/16 puntos alto riesgo de caídas	Refiere problemas durante la deambulación	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ambulación Patrón: Actividad y Reposo Dominio: 4 Clase: 2	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros	Historial de caídas	Aislamiento	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Síndrome del anciano Patrón: Promoción a la salud Dominio: 1 Clase: 2	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Oxigenación	Trayectos venosos en las piernas aparentemente visibles	Uso de medias de compresión	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de tromboembolismo venoso Patrón: Seguridad y protección Dominio: 11 Clase: 2 lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Higiene y protección de la piel		Baño 2 veces a la semana	Etiqueta diagnóstica: Déficit de autocuidado baño Patrón: Actividad y Reposo	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante

			Dominio: 4 Clase: 5 autocuidado	Voluntad	Compañera
Usar prendas de vestir adecuadas		Cambio de ropa diaria con ayuda	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el autocuidado. Patrón: Actividad y reposo Dominio: 4 Clase: 5 autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Comunicación	Hipoacusia	Aislamiento	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Soledad Patrón: Confort Dominio: 12 Clase: 3 confort social	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera

5.4 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO:11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA	DOMINIO: 4 CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: H SEGURIDAD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de Caídas EVIDENCIADO POR: Edad ≥ 65 años, historial de caídas, uso de dispositivos de ayuda.	RESULTADO ESPERADO: 1909 conducta de prevención de caídas Escala Likert 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTEN R EN	AUMENTA R A	LOGRAD O
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO. El Paciente refiere no querer causar molestias al pedir ayuda, pero valora la importancia de solicitarla al cuidador primario, utiliza apropiadamente el dispositivo de ayuda (bastón) y utiliza todo el tiempo sus lentes para disminuir el riesgo de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> • 190923 pide ayuda 	3	4	4
	<ul style="list-style-type: none"> • 190902 utiliza dispositivos de ayuda correctamente 	2	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> • 190918 utiliza dispositivos oculares correctamente 	3	4	4

CAMPO: 4 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGOS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos• Determinar la disponibilidad y calidad de los recursos• Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual• Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria• Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería• Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo• Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo.• Comentar y planificar las actividades de reducción de riesgo en colaboración con el individuo o el grupo• Aplicar las actividades de reducción de riesgo• Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud	<p>Las intervenciones relacionadas a la prevención de riesgos en el envejecimiento tienen por objetivo, contribuir al mantenimiento de la funcionalidad física y mental para influir en la calidad de vida.</p> <p>La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de sufrir lesiones graves por caídas, y el riesgo aumenta con la edad.</p> <p>Las razones por las que los ancianos sufren mayores riesgos de caídas se deben, en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de las personas de edad avanzada.</p> <p>La prevención de caídas en adultos mayores busca reducir los factores de riesgos y fomentar medidas eficaces para reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen.</p> <p>Según la OMS, el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente, y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa e indirecta.⁶¹</p>

⁶¹ Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2007;15(1):47-50.

CAMPO: 4 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGOS
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas • Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha • Enseñar al paciente a usar un bastón • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado • Colocar los objetos del paciente al alcance sin que tenga que hacer esfuerzos • Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo • Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas según corresponda 	<p>En el adulto mayor se manifiestan los cambios fisiológicos propios del envejecimiento que modifican el proceso de vida/salud a nivel personal y de interacción. Se identifica a los accidentes como problema de salud derivado de la transición demográfica y entre ellos a las caídas como prioritarios.</p> <p>En este sentido las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas primeramente a la valoración de los factores extrínsecos e intrínsecos.</p> <p>Es necesario que además de la accesibilidad de los servicios exista la flexibilidad para reconocer situaciones que están en constantes cambios, procurando atender a los ancianos de manera integral, con provisión de servicios sociales, condiciones de trabajo, de hogar, seguridad, alimentación, transporte y recreación.⁶²</p>

⁶² Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2007;15(1):47-50.

CAMPO: 4 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGOS	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6486 MANEJO AMBIENTAL DE SEGURIDAD	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según el nivel físico la función cognitiva y el historial de conducta. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos • Disponer dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del ambiente • Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas • Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias • Observar si se producen cambios en el estado de seguridad de ambiente • Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro • Informar a la personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales 	<p>El cuidado del adulto mayor disfuncional o dependiente radica en la adecuación del hogar para las exigencias de la vejez. Por lo que nuestra prioridad será establecer un entorno adecuado para la seguridad y recreación de nuestro adulto mayor. La adaptación del entorno debe partir de tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad. Es importante no pasar por alto que estas adaptaciones en el hogar respetarán las necesidades individuales del adulto mayor teniendo en cuenta aspectos funcionales, sanitarios y de seguridad. Y es que si llevamos a cabo con éxito todo lo anterior estaremos asegurando una mejora en la autoestima, la dignidad y la independencia del adulto mayor. Las modificaciones en las distintas habitaciones de la casa deben hacerse de acuerdo con la situación de cada adulto mayor, ya que éstas pueden variar considerablemente en cada caso⁶³</p>

⁶³ Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2007;15(1):47-50.

DOMINIO:4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 2 ACTIVIDAD Y EJERCICIO	DOMINIO: 1 SALUD FUNCIONAL CLASE: C MOVILIDAD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Deterioro de la ambulación FACTOR RELACIONADO Disminución de la fuerza muscular EVIDENCIADO POR Alteración de la marcha	RESULTADO ESPERADO: 0200 ambular ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Paciente muestra compromiso en caminar por su casa para mejorar la movilidad refiere miedo y le cuesta bajar y subir las escaleras. Se le instruye la manera adecuada de utilizar su dispositivo de ayuda para que se sienta más seguro y se hace énfasis de la participación de la familia en su cuidado.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<ul style="list-style-type: none"> • 020801 mantenimiento del equilibrio 	2	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> • 020810 marcha 	2	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> • 020803 movimiento muscular 	2	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> • 020804 movimiento articular 	2	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> • 020806 ambulación. 	2	3	3

CAMPO: 4 FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIOS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0221 TERAPIA DE EJERCICIOS AMBULACIÓN

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Vestir al paciente con prendas cómodas.• aconsejar al paciente que usa un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.• Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.• Colocar el interruptor de posici3n de la cama al alcance del paciente.• Consultar al fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n si es preciso.• Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.• Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial si es necesario• Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad	<p>Las intervenciones enfermeras m3s utilizadas en nuestra poblaci3n han sido la Prevenci3n de ca3das y la Gest3n del entorno: seguridad acorde a los factores relacionales m3s prevalentes detectados en nuestra poblaci3n como han sido el deterioro de la movilidad, la falta de medidas de seguridad y los dispositivos de ayuda.</p> <p>La movilidad f3sica requiere suficiente fuerza muscular y energ3a, adem3s de la estabilidad esquel3tica, la funci3n articular y la sincronizaci3n neuromuscular adecuadas¹. Cualquier cosa que altere este proceso integrado puede provocar deterioro de la movilidad o bien inmovilidad.</p> <p>Las lesiones relacionadas con las ca3das tambi3n pueden afectar a la movilidad. Los cambios musculoesquel3ticos y otros cambios asociados con el envejecimiento, como la disminuci3n de la densidad 3sea, la reducci3n de la masa muscular, la p3rdida de visi3n perif3rica y la demencia pueden combinarse para hacer que los adultos mayores sean m3s propensos a ca3das y lesiones traum3ticas⁶⁴</p>

⁶⁴ Gillespie, LD; Gillespie, WJ; Cumming, r; Lamb, SE; Rowe, BH. Intervenciones para reducir la incidencia de ca3das en los ancianos. Rev. Cochrane

DOMINIO: 1 PROMOCIÓN A LA SALUD CLASE: 2 GESTIÓN DE LA SALUD	DOMINIO IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: H SEGURIDAD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00231 Riesgo de Síndrome de fragilidad del anciano EVIDENCIADO POR Edad > 70 años, miedo a caerse, deterioro del equilibrio, deterioro de la movilidad, disminución de la fortaleza muscular	RESULTADO ESPERADO: 1909 CONDUCTA DE PREVENCION DE CAIDAS Escala Likert 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Paciente muestra interés en prevenir caídas, así como la familia se ha involucrado en disminuir riesgos adaptando su ambiente de forma segura tomando las medidas de prevención adecuadas	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	190923 pide ayuda	3	4	4
	190901 utiliza dispositivos de ayuda correctamente	2	4	4
	190918 utiliza dispositivos oculares de corrección	3	4	4
	190902 proporciona ayuda para la movilidad	3	4	4

CAMPO: 4 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGOS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
- Sugerir al paciente cambios en la marcha.
- Identificar las características del ambiente que podrían aumentar las posibilidades de caídas (sólo resbaladizas y escaleras sin barandillas).
- Preguntar al paciente por su percepción del equilibrio, según proceda.
- Ayudar al paciente adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
- Sugerir uso de calzado seguro.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

En la transformación biológica-fisiológica propia del envejecimiento, es común que la funcionalidad se vea comprometida, afectando de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. Lo que lo conlleva a la dependencia funcional, situación que representa un desafío para los profesionales de enfermería; quienes deben establecer estrategias educativas y de tratamiento para ayudar a las familias y a los adultos mayores para reducir los riesgos

La prevención de caídas en adultos mayores busca reducir los factores de riesgos y fomentar medidas eficaces para reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen.

Roles y responsabilidades del cuidador. Según la OMS, el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente, y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa e indirecta.⁶⁵

⁶⁵ Idem (55)

DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA	DOMINIO: IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: S CONOCIMIENTOS SOBRE PROMOCIÓN E LA SALUD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00268 Riesgo de tromboembolismo venoso EVIDENCIADO POR Deterioro de la movilidad	RESULTADO ESPERADO: 1865 conocimiento reducción de la amenaza de trombo ESCALA LIKERT 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento Moderado 4. Conocimiento Sustancial 5. Conocimiento extenso			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Cuidador primario coloca medias de compresión e identifica signos y síntomas de varices se le colocan medidas de prevención y se motiva a movilizar los miembros pélvicos para disminuir el riesgo de padecer tromboembolismo	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
		MANTENEN	AUMENTA	LOGRADO
	<ul style="list-style-type: none"> • 186505 estrategias de reducción de la estasis venosa 	2	4	4
	<ul style="list-style-type: none"> • 186508 signos y síntomas de los trombos 	3	4	4
<ul style="list-style-type: none"> • 186522 cuando pedir asistencia sanitaria 	3	4	4	
<ul style="list-style-type: none"> • 186526 planificación de tratamiento inmediato en presencia de signos y síntomas adversos 	3	4	4	

CAMPO: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4066 CUIDADOS CIRCULATORIOS INSUFICIENCIA VENOSA	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el edema y los pulsos periféricos. • Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular. • Observar el grado de molestias o dolor. • Enseñar al paciente la importancia de la terapia compresiva. • Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendajes de larga/ corta extensión), según sea conveniente. • Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente. 	<p>La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera causa de mortalidad cardiovascular en el anciano, después del infarto agudo de miocardio y del ictus. La incidencia de ETV es 10-20 veces más frecuente en el anciano que en el adulto joven, lo que convierte a la edad en un importante factor de riesgo.</p> <p>El uso de medias de compresión evita que la vena se distienda, conteniéndola, ayudando al retorno venoso, a progresar hacia el sistema venoso profundo, disminuye el dolor y edema</p> <p>Su alta incidencia entre la población anciana, sus elevadas cifras de mortalidad, así como la dificultad de diagnóstico hacen de este un importante problema de salud con implicaciones importantes del profesional de enfermería.⁶⁶</p>

⁶⁶ Bleda Moreno S, Haro Miralles J, Flórez González A, Acín García F. Asociación de trombosis venosa profunda de miembros inferiores, tromboembolismo pulmonar e isquemia aguda de miembros superiores: un caso de embolismo. Cir Esp. 2010; 88 Supl 5: 342+1.

PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: _4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 AUTOCUIDADO		DOMINIO: I SALUD FUNCIONAL CLASE:D AUTOCUIDADO				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Déficit de autocuidado baño FACTOR RELACIONADO Deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño. EVIDENCIADO POR Deterioro musculoesquelético, barreras ambientales		RESULTADO ESPERADO: Autocuidados: baño 0301 ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido				
		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENE R EN	AUMENTA R A	LOGRAD O
		030101 entra y sale del cuarto del baño		2	3	3
		030109 se baña en la ducha		2	3	3
		030115 se lava la parte inferior del cuerpo		2	3	3
		030111 seca el cuerpo		2	3	3
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Paciente accede a bañarse más veces a la semana siempre con ayuda del cuidador primario se colocan dispositivos de ayuda para facilitar el acceso del paciente se le explica el uso adecuado de estas mismas para fortalecer un poco su independencia.						

CAMPO: I. FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: F FACILITACION DEL AUTOCUIDADO	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: AYUDA CON EL AUTOCUIDADO DEL BAÑO	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con el autocuidado • Ayuda en la modificación de sí mismo • Elogio Enseñanza: individual • Establecimiento de objetivos comunes • Facilitar la autorresponsabilidad • Manejo ambiental 	<p>El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.</p> <p>En algunos casos esta facultad se ve afectada por la edad, lo cual puede estar a su vez relacionado con la presencia de enfermedades, padecimientos crónicos o lesiones que afectan las habilidades físicas o mentales del individuo.⁶⁷</p>

⁶⁷ Millán Méndez, Israel E. "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad." *Revista cubana de enfermería* 26.4 (2010): 202-234.

PLAN DE CUIDADOS					
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 AUTOCUIDADO		DOMINIO: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: CONDUCTA DE SALUD Q			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00182 Disposición para mejorar el autocuidado. COMO SE EVIDENCIA POR Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado		RESULTADO ESPERADO: 1603 conducta de búsqueda de salud ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
		PUNTUACIÓN DIANA			
		INDICADORES			
			MANTENE R EN		
			AUMENTA R A		
			LOGRAD O		
		<ul style="list-style-type: none"> • 160301 hace preguntas relacionadas con la salud 	2	3	3
		<ul style="list-style-type: none"> • 160305 realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia 	3	4	4
		<ul style="list-style-type: none"> • 160316 busca ayuda cuando es necesario 	2	4	4
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Paciente muestra interés en comunicarse, así como en mejorar su salud de manera favorable para tener una calidad de vida buena la familia se involucra en todos los ámbitos para favorecer su entorno haciendo un equipo adecuado para un bienestar biopsicosocial del paciente					

CAMPO: 3 CONDUCTUAL CLASE: 2 Q potenciación de la comunicación

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4974 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT AUDITIVO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Realizar u organizar las evaluaciones y cribados auditivos rutinarios.• Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen• Extraer el exceso de cerumen con el extremo enrollado de una gasa mientras se tracciona hacia debajo de la oreja.• Observar y documentar el método de comunicación preferido por el paciente.• Lograr la atención del paciente antes de hablarle (es decir lograr su atención mediante el contacto.• Evitar ambientes ruidosos a la hora de comunicarse.• Evitar comunicarse a más de un metro del paciente.• Escuchar con atención, permitiendo que el paciente tanga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder.• No gritar al paciente.	<p>El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.</p> <p>Los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social.⁶⁸</p>

⁶⁸ Millán Méndez, Israel E. "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad." *Revista cubana de enfermería* 26.4 (2010): 202-234.

<p align="center">DOMINIO: 12 CONFORT</p> <p align="center">CLASE: 3 CONFORT SOCIAL</p>	<p align="center">DOMINIO: III SALUD PSICOSOCIAL</p> <p align="center">CLASE: N ADAPTACIÓN SOCIAL</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>00054</p> <p>Riesgo de Soledad</p> <p>FACTOR RELACIONADO</p> <p>Aislamiento Social</p>	<p>RESULTADO ESPERADO:</p> <p>1309 resiliencia personal</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>El paciente muestra mucho interés en mejorar la comunicación con su entorno social, así como su familia se adapta y o hace participe en todo momento mostrando mucho confort al relacionarse con las personas</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p align="center">MANTEN R EN</p>	<p align="center">AUMENTA R A</p>	<p align="center">LOGRAD O</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 130903 expresa emociones 	<p align="center">2</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 130904 clarifica una comunicación ambigua 	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 130926 identifica los recursos sanitarios disponibles 	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>

CAMPO: 3 CONDUCTUAL CLASE: Q POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás.
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas y audífonos
- Verificar que tenga puesto su dispositivo auditivo y este encendido
- Preguntarle sobre lo que leyó en el periódico
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
- Explorar puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

La representación social acerca del significado de calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él. Y, para la familia, es proporcionarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene.⁶⁹

⁶⁹ Idem (48)

5.5 EJECUCIÓN

Mediante la valoración se detectaron las necesidades alteradas en la cual con apoyo de dos escalas aplicadas que fueron la Escala de Barthel para valorar las actividades Básicas de la Vida Diaria: obteniendo un puntaje de: 75 grado leve de dependencia y la escala de Tinetti o poma se evaluó la biomecánica de la marcha y equilibrio obteniendo el siguiente resultado puntuación total 13/16 dando como resultado un riesgo alto de caídas. De acuerdo con el ciclo de la marcha. Mismas que nos permitieron la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída y evaluar la frecuencia de éstas permitiendo analizar los factores de riesgo extrínsecos que las favorecen.

Se plantearon diversas intervenciones preventivas que han demostrado la eficacia, para la aplicación y uso correcto de la colocación de medidas de protección, se aplicaron diferentes intervenciones de prevención educación y promoción de la salud para que el paciente pudiera tener una calidad de vida buena en los aspectos biopsicosocial.

5.6 EVALUACIÓN

Se oriento al paciente y familiares sobre las principales medidas de prevención promoción y educación a la salud respecto a su autocuidado detección y prevención de riesgos para la prevención de caídas, con el apoyo de una infografía, Lo anterior con el fin de disminuir los riesgos y danos a la salud además de crear un entorno favorable al paciente.

El señor L.R.S se queda satisfecho con los cambios obtenidos especialmente con el de su entorno familiar, refiere que la información proporcionada ha sido clara y entendida de igual manera que su familia se encuentra muy comprometida con el cuidado para el mejoramiento de la salud del paciente.

Su seguridad se ha reforzado haciendo algunas modificaciones en su vivienda modificando algunas barreras arquitectónicas y mediante la instalación de soportes de apoyo en el cuarto de baño. Así mismo. La comunicación y la confianza que ha depositado en su familia ha sido satisfactoria ya que se implementaron algunas terapias cognitivas (Reminiscencia, musicoterapia, estimulación sensorial, resocialización etc.) que contribuyeron en este proceso.

La educación y promoción de la salud respecto del aseo le ha hecho sentir mejor, así como el uso adecuado de su dispositivo de ayuda mejoro la deambulacion y le brinda mayor seguridad

5.7 PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL USUARIO (A): **L.R.S** SEXO: MASCULINO EDAD: **93 AÑOS**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo.

Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano evidenciado por edad >70 años y la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad.

RESUMEN:

Evaluación y modificación de los obstáculos ambientales del domicilio debido a que tenía antecedentes de caídas previas, en el baño se recomendó la colocación de tapetes antiderrapantes de plástico, también la colocación de agarraderas principalmente en zonas de riesgo, principalmente en las paredes de la regadera y el sanitario, las cuales deberán estar elevadas por lo menos 20 cms. del nivel de suelo. Así mismo fue necesario orientar a la familia para el acondicionamiento del espacio físico con el fin de crear un ambiente más seguro en el hogar. La comunicación ha mejorado mediante la implementación de terapias cognitivas, se coloca diariamente medias de compresión y realiza baño frecuentemente.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA: **Blanda, fortalecer la ingesta de líquidos (jarra del buen beber)**

EJERCICIO: **Ambulación**

TRATAMIENTO: -----

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

AMBULACION DIARIA. se instaura un plan de ejercicios activo-pasivos con el apoyo de un fisioterapeuta.

Terapias cognitivas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

USO ADECUADO DE DISPOSITIVO DE APOYO (BASTON)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

FAMILIA SE ADHIERE AL TRATAMIENTO PARA BRINDARLE UNA VIDA DE CALIDAD AL PACIENTE

SIGNOS DE ALARMA:

RECONOCE SIGNOS DE ALARMA DE TROMBOEMBOLISMO

RECUERDE:

Acudir a su cita a la consulta externa en su clínica para su chequeo o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: M.R.D

NOMBRE DE LA ENFERMERA: SANDRA ROMERO REYES

CONCLUSIONES

Es importante resaltar que, con el proceso de envejecimiento y los cambios fisiológicos en el organismo, este grupo de población está más propensa a sufrir estos eventos. En México las caídas representan el 30% de las causas de muerte en mayores de 65 años; 62% de estas ocurren en casa y 26% en la vía pública.⁷⁰ Se destacan entre los factores que contribuyen a agravar las condiciones de salud y vida de la persona anciana.

Estos eventos constituyen la primera causa de accidentes en ancianos, además de causar daños motores, fisiológicos y psicológicos, también acaban representando un gran gasto para la salud pública, para ellos mismos y sus familiares siendo los últimos de vital importancia debido a que una caída en una persona adulta mayor puede traer como consecuencia el Síndrome Post-Caídas que se refiere a 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, incluso también puede esto generar, impactos económicos y sociales importantes en una familia o comunidad.⁷¹

La prevención de las caídas puede ser una manera de minimizar el aumento de la morbilidad entre los ancianos institucionalizados. Esta acción preventiva debe ser iniciada por la evaluación multidimensional del anciano del ambiente que lo rodea, identificando los factores de riesgo para caídas, y proponiendo modificaciones.

El personal de salud debe saber identificar los factores que están asociados para prevenir los riesgos y daños, que pueden llevar a la persona mayor a una dependencia funcional y a una posible pérdida de su autonomía. Mediante el desarrollo de programas de promoción, fomento y educación para la salud, que permitan mantener una comunicación continúa con el adulto mayor y con la familia

⁷⁰ Idem (23)

⁷¹ Idem (45)

para identificar oportunamente los factores de riesgo intrínseco y extrínsecos que contribuyan a exacerbar este problema.

Con base a lo anterior es importante la creación de planes de cuidados individualizados que favorezcan la atención del adulto mayor en su hogar y con ello mantener y preservar su autonomía e independencia funcional, además de su perspectiva de vida al evitar los diferentes eventos adversos.

A lo largo de la elaboración de este Proceso Atención de Enfermería las intervenciones se llevaron a cabo con la disponibilidad del paciente y su familia, para prevenir caídas implementando estrategias para generar un entorno seguro en su hogar y uso adecuado de dispositivo de ayuda (bastón), así como una mejor comunicación para que se sienta incluido en su entorno social.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Personas adultas mayores.** Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.
- **Biología del envejecimiento:** Estudia los cambios desde el punto de vista molecular, celular, de los órganos y tejidos por el proceso de envejecimiento.
- **Caída:** 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.
- **Cuidador Primario:** Persona que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Esta dispuesto a tomar decisiones por el paciente, así mismo, cubre las necesidades básicas de este, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda o indirecta determinando cuando, como y donde se tienen que dar.
- **Vejez:** Es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento. Caracterizada por deterioro funcional, físico y mental, que no necesariamente conducen al individuo a una incapacidad funcional.
- **Envejecimiento:** Proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en el se producen cambios, cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno.
- **Evaluación:** El análisis crítico, cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos con respecto a las metas o normas establecidas, con el fin de determinar las causas de las variaciones y definir las posibles medidas correctivas.
- **Fragilidad:** Síndrome biológico de origen multifactorial, que consiste en reservas fisiológicas disminuidas, que condicionan vulnerabilidad ante

factores estresantes y situaciones adversas que ponen en riesgo de dependencia funcional.

- **Funcionalidad:** La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de auto cuidado que le prodigan bienestar.
- **Geriatría:** Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos, psicológicos y sociales de los ancianos con sus repercusiones y consecuencias, mediante un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico para mantener al adulto mayor en el mejor sitio, su domicilio.
- **Gerontología Social:** Rama de la gerontología y la sociología, que estudia el envejecimiento como proceso interdisciplinario con sus interacciones psicológicas, médicas, sociales, culturales, económicas y políticas, así como la interacción dinámica entre la población envejeciente, el estado y los grupos sociales.
- **Psicogerontología:** Parte de la psicología que describe los cambios en la conducta, psíquicos, y de adaptación que se presentan como consecuencia del envejecimiento en el ser humano.
- **Síndrome geriátrico:** Formas de presentación, más frecuentes de las enfermedades en el Adulto mayor. Se deben a condiciones de salud multifactorial, propias del paciente anciano. Ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas, incluyendo los procedimientos quirúrgicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018. [Consultado julio 12 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2IECBFw>
2. Carlos Agustín León Román. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2006 dic. [citado 2021 sep. 28]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
3. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in nursing science. (1978);1(1):13-24.
4. Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada?. Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Oct 04]; 27(4): 188-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es. Epub 20-Ene-2020.
5. Ledezma Pérez M.C. La enfermería como profesión. Ed. UTHEA Noriega editores. Colección de textos Politécnicos 1999 P.p. 13-17
6. Leddy S. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería. OPS 1989. 21 – 23
7. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in nursing science. (1978);1(1):13-24.
8. Cárdenas J.M. Zarate G. RM. Construcción disciplinar de enfermería ENEO-UNAM
9. Rubio AM, Arias BM. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2013; 29 (3):191-198.
10. Wesley R.L. Teorías y modelos de enfermería. ed 2ª. Ed: Mc Graw – Hill Interamericana. 1997
11. Ídem (8)
12. ENEO-UNAM Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado 2da. Edic. abril 2009

13. Rubio AM. Arias BM: Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Revista Cubana de enfermería 2013,2983).191-198
14. Duran de Villalobos. M. Disciplina de enfermería. En: Enfermería. Desarrollo Teórico e investigativo. Facultad de enfermería Universidad nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá, Colombia P.p 15-59
15. Wesley R.L. Teorías y modelos de enfermería. ed 2ª. Ed: Mc Graw – Hill Interamericana. 1997
16. Kerouac Susanne. Pensamiento Enfermero, Masson, España, 1996
17. Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en:
<https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
18. Secretaría de Salud. Modelo del Cuidado de Enfermería. Primera edición. 2018. Disponible en:
www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf&clen=13635776
19. Colliere M.F promover la vida. Barcelona, Interamericana, MC Graw Hill, 1992. P.p 2011-215
20. Martin- Caro G. C. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed. Elsevier España primera edición 2007
21. Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona. 1996.
22. Idem (11)
23. Leddys S. Pensamiento científico y desarrollo de la teoría. Bases conceptuales de la enfermería profesional. OPS 1989, 89 – 99
24. Cárdenas B.L. Cuidado Profesional de Enfermería. Ed. 1ª. (FEMAFEE) 2009. Pp. 144-146
25. Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A.L., Ramírez M., Ferro N., Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2017 Sep. [citado 2021 Oct 04]; 14(3): 191-198. Disponible en:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191&lng=es)

26. Cárdenas J.M. Conceptualización de la enfermería. Documento mimeografiado ENEO-UNAM
27. Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernández A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2021 Oct 05] ; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.
28. López P.M. et al Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Vol 16 No.4 Pag. 218-221, julio 2016 <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-reflexiones-acerca-del-uso-utilidad-1309185>
29. MARRINER, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid, Rol, 1989.
30. Moreno Fergusson María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan* [Internet]. 2005 Oct [cited 2021 sep 12] ; 5(1): 44-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en.
31. Ídem (22)
32. Ídem (22)
33. Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. Anteproyecto del Código de Ética de la Enfermería Profesional. México, D.F. 1999.
34. Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.
35. Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Enf y Hum* [internet].2014[citado 18 octubre 2019];(1)1-5. Disponible en <http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>
36. García. G.MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso. Ed. 2da. 2004

37. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010
38. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm. Univ.* 2016; 13(4): 208-15. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.00>
39. Reina G., Nadia Carolina, El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico [Internet]*. 2010; (17): 18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
40. Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Enf. y Hum [internet]*.2014[citado 18 octubre 2019];(1)1-5. Disponible en <<http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>>
41. NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2018-2020 undécima edición
42. Ídem (40)
43. Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014
44. Castro, S. Enfermería Geriátrica. Protocolos del Cuidado al anciano
45. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos [Internet]*. 2014 jun [citado 2021 Sep.13]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es.<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
46. CONAPRED-INAPAM, “Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores”, México, 2011
47. OPS Envejecimiento y Salud. Datos y cifras 5 de febrero de 2018 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

48. INGER Hechos y desafíos para un envejecimiento Saludable en México. Primera edición junio 2016
49. INEGI, (2020). Nota técnica sobre las estadísticas de defunciones registradas 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocio demo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
50. idem (1)
51. idem (1)
52. González Sánchez Regla Ledia, Rodríguez Fernández María Magdalena, Ferro Alfonso María de Jesús, García Milián Josué Raúl. Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Feb [citado 2021 Oct 04]; 15(1): 98-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011&lng=es.
53. Álvarez Rodríguez L. Síndrome de caídas en el adulto mayor. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (617) 807 - 810, 2015
54. Guía de Práctica Clínica GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano. DISPONIBLE EN: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER.pdf>
55. Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J, Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona, 1.994. J. R. Prous Editores: 137-64.
56. Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2007;15(1):47-50.
57. Idem (49)
58. Idem (49)
59. Idem (48)
60. Gillespie, LD; Gillespie, WJ; Cumming, r; Lamb, SE; Rowe, BH. Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en los ancianos. Rev. Cochrane

61. Garamendi-Araujo F, Delgado-Ruiz DA, Amaya-Alemán MA. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2010; 22: 26-31.
62. Bleda Moreno S, Haro Miralles J, Flórez González A, Acín García F. Asociación de trombosis venosa profunda de miembros inferiores, tromboembolismo pulmonar e isquemia aguda de miembros superiores: un caso de embolismo. *Cir Esp.* 2010; 88 Supl 5: 342+1.
63. Millán Méndez, Israel E. "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad." *Revista cubana de enfermería* 26.4 (2010): 202-234.
64. Ídem (55)
65. OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. N° 31. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995. p. 9-10
66. García Flores FI, Rivera Cisneros AE, Sánchez González JM, Guardado Mendoza R, Torres Gutiérrez JL. Correlación entre velocidad de marcha y fuerza muscular con equilibrio para reducir caídas en ancianos. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 20]; 84(5), 392-397. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115002923>
67. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Prevención y Atención de las Caídas en la Persona Adulta Mayor. [Online] 2013. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_Caidas_2aa.pdf.
68. Ídem (48)
69. Ídem (23)
70. Ídem (45)
71. Ídem (52)
72. Ídem (45)
73. Ídem (52)

74. Howard K. Butcher, Gloria M blucher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Séptima edición, Clasificacion de Intervenciones de Enfermeria (NIC). 2018
75. Sue Moorhear, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Mas. Sesta Edicion Clasificación de Resultados de Enfermeria (NOC). 2018

ANEXOS:

EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD ORIENTADA EN EL DESEMPEÑO (POMA)

Maniobra	Escenario	Puntos
Equilibrio sentado	0 incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado 1 se inclina levemente requiere sujetarse de la silla para mantenerse erguido 2 se sienta con estabilidad erguido y con seguridad	1
Al levantarse	0 incapaz de levantarse sin asistencia 1 capaz de levantarse utilizando los brazos o requiere de múltiples intentos al hacerlo 2 capaz de levantarse suavemente sin utilizar los brazos en un solo intento	1
Equilibrio de pie inmediato (primeros 5 segundos tras levantarse)	0 inestable se tambalea mueve los pies marcando balanceo del troco se apoya en objetos 1 estable, pero usa andador o bastón o se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto 2 estable sin andador bastón u otro objeto	1
Equilibrio de pie con los ojos serrados y los pies juntos	0 inestable 1 estable con amplio plano de sustentación o requiere de bastón andador y otro soporte 2 estable con un plano de sustentación estrecho son necesidad de soporte	1
Prueba de tirón (se empuja suavemente al adulto mayor en el esternón)	0 se empieza a caer requiere de asistencia para evitar caerse 1 requiere de mas de dos pasos hacia atrás para evitar caerse 2 estable necesita 2 pasos o menos hacia atrás para mantener el equilibrio	1
Giro de 360°	0 inestable requiere de soporte 1 estable con pasos discontinuos (deposita un pie en el piso antes de levantar el otro) 2 estable sin necesidad de soporte pasos continuos	1
Al sentarse	0 inseguro (evalúa mal la distancia cae sobre la silla) 1 utiliza los brazos para sentarse o lo utiliza sin suavidad 2 seguro movimientos suaves	1
	Puntuación total equilibrio	7/16

Maniobra	Escenario	Puntos
Inicio de la marcha después de decir "adelante"	0 duda o requiere de múltiples intentos para iniciar 1= No duda	0
Altura del paso	Pie derecho 0 no se levanta por completo del piso o de levanta exageradamente (por arriba del maléolo medial izquierdo) 1 se levanta por completo del piso	1
	Pie Izquierdo 0 no se levanta por completo del piso o de levanta exageradamente (por arriba del maléolo medial izquierdo) 1 se levanta por completo del piso	1
Longitud del paso	Pie derecho 0 al avanzar el pie derecho no sobrepasa el izquierdo 1 al avanzar el pie derecho sobrepasa el izquierdo	1
	Pie izquierdo 0 al avanzar el pie derecho no sobrepasa el derecho 1 al avanzar el pie derecho sobrepasa el derecho	0
Simetría del paso	0 la longitud del paso con el pie derecho e izquierdo no son iguales 1 la longitud del paso con el pie derecho e izquierdo son iguales	0
Continuidad del paso	0 los pasos son discontinuos o se detiene mientras camina 1 los pasos aparentan ser continuos	1
Desviación de la trayectoria	0 marcada desviación hacia uno o ambos lados 1 desviación leve o moderada hacia uno o ambos lados o marcha recta usando un auxiliar o soporte	1
Balanceo del tronco	0 balanceo marcado. Flexiona las rodillas o el tronco. Usa los brazos para mantener el equilibrio 1 se mantiene estable el tronco son balanceo no flexiona las rodillas ni utiliza los brazos para equilibrarse. No utiliza auxiliar de la marcha	0
Plano de sustentación (distancia entre ambos pies)	0 los talones se mantienen separados mientras camina 1 los talones casi tocan mientras caminan	1
Giro de 180° caminando	0 se tambalea. Movimientos discontinuos o pausados 1 movimiento suave y continuo	0
Puntuación total equilibrio		6

Puntuación equilibrio 7 + puntuación marcha 6 = puntuación total: 13

Riesgo alto < 19 puntos

Riesgo medio 19 a 24 puntos

Riesgo bajo 25 a 28 puntos⁷²

⁷² Idem (52)

ÍNDICE DE BARTHEL, valora actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		75

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los adultos mayores son quienes corren mayor peligro de sufrir lesiones

Pueden ocasionar:



Fracturas, lesiones en la piel



Dolor intenso, inflamacion



Perdida de la funcionalidad, etc .



Medidas Preventivas



Adecuaciones de la vivienda en general



Vestido y calzado



Uso correcto de dispositivos de ayuda para la movilidad